



UNIVEIRSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

*La qualité de lien d'attachement chez les suicidants
Etude clinique de quatre (4) cas réalisé au sein de (l' EPH) de Sidi-
Aich*

Réalisé par :

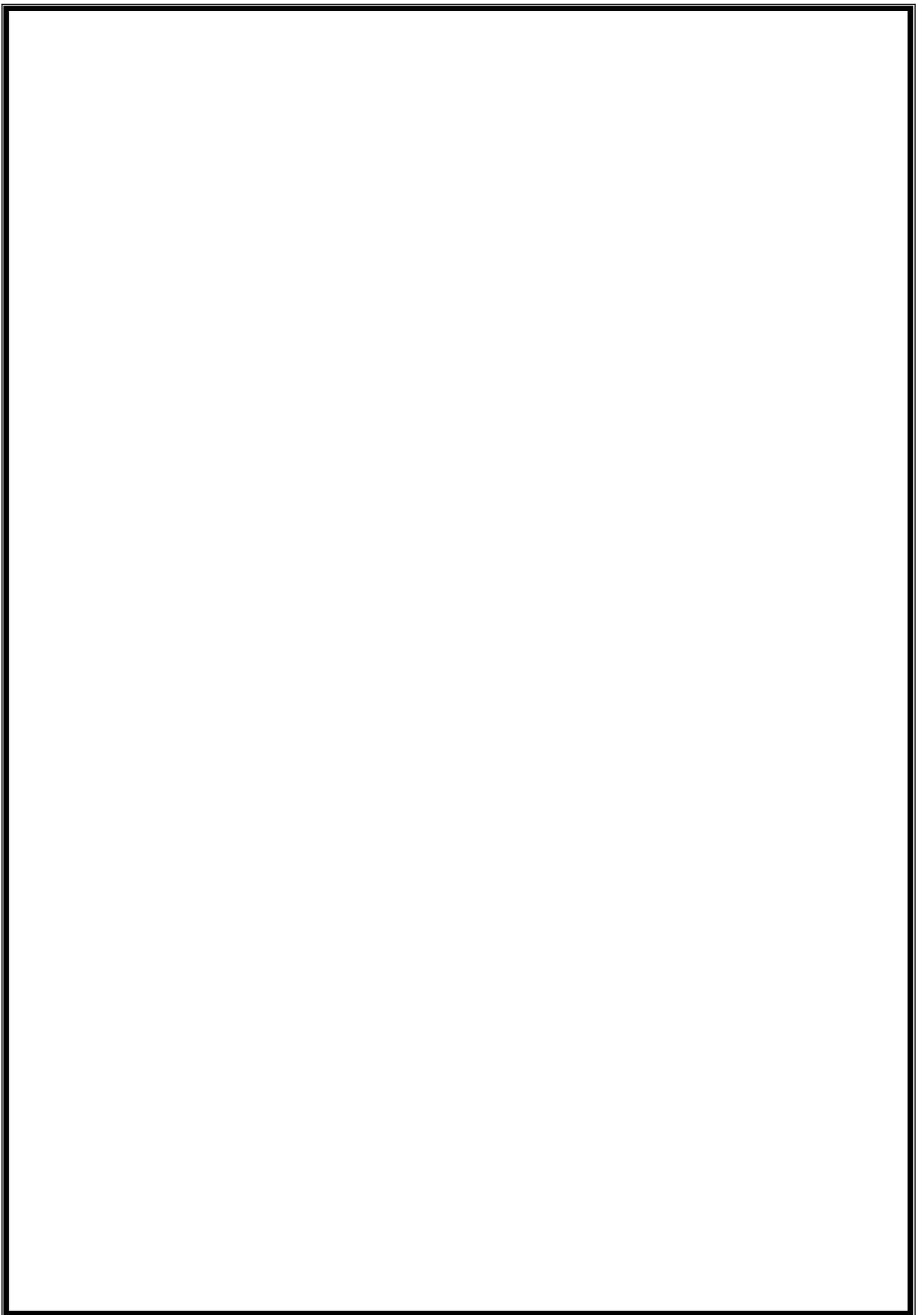
M^{elle} : BOUAMARA Amina

M^{elle} : CHAABNA Naima

Encadré par :

M^{me} : MEKHZEM Kahina

Année universitaire : 2017 / 2018



Remerciements

Avant tout, on remercie le bon dieu « Allah » de nous avoir mis sur la voie du savoir et d'avoir préservé le peu qu'on connaît.

Un grand merci à notre promotrice M^{me}. MEKHZEM.KAHINA, pour sa disponibilité, sa patience, son écoute et qui nous a fait profiter de ses larges compétences et ses conseils.

On remercie nos chères familles pour leur soutien, et leurs patiences durant toutes nos années d'études.

On remercie nos amis pour leur soutien, et leur encouragement.

On remercie tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réussite de ce modeste travail.

On tient à remercier tout le personnel de l'hôpital de Sidi Aiche de nous avoir accueillis au sein de leur établissement, en particulier la psychologue M^{me} DEBBOU et le psychiatre M^r Sagllabe, pour leur aide, et leur encouragement.

On remercie tous les patients, pour leur confiance.

En fin nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux membres du jury qui ont accepté d'examiner et de juger notre modeste de travail.

BOUAMARA Amina

CHAABNA Naima

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie que je dédie ce travail :

*A mes très chers parents, merci pour votre amour, votre soutien, et votre encouragement
durant toute ma vie. « Que dieu vous garde ».*

Un grand merci à mon grand-père que je l'aime beaucoup, pour leur amour et leur soutien.

A mon cher et unique frère Abdou.

A ma chère sœur Fatima.

A mes tantes et oncles.

A mes cousines et cousins.

*A toute ma famille « Bouamara » pour leurs amours et leur respect qu'ils m'ont toujours
accordé.*

*A tous mes amies sans exception : Sonia, Tinhinane, Sylia, Fahima, Amel, Kahina, Hanane,
Nabila, Lamia, Saliha, Lynda, Yasmina, Hassina, Djeda, Karima et ma binôme Naima et sa
famille. Et à tous mes amis (es) de la fac.*

*A tout personne qui m'ont encouragé et aidé au long de mes études et à toutes celles que je
n'ai pas pu prononcer leur noms.*

Amina. B

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

*A mes chers parents, pour votre amour, considération et confiance en moi, je ne cesserai jamais de vous remercier, que dieu puisse leurs accorder santé, bonheur et longue vie
je vous aime.*

A mes chères sœur : Kaltoum, Souad, Taous, pour leur encouragement et leur soutien dans tous mes choix.

A mes chers frères : Abd Anour, Chafaa, qui m'ont toujours encouragé et soutenu tout au long de mon parcours universitaire.

Mes chères nièces, Thafsouth, Assalas, Jura.

A mes oncles et mes tantes pour leurs encouragements.

A mes belles sœurs Hassiba et Fadila.

A mes cousins et mes cousines.

A tout ma famille « Chaabna ».

A mon futur mari Halim et sa famille.

A tous mes amies : Lynda, Hanane, Sonia, Nassima, Fadila, Fatiha, Karima, Saliha, Sylie, Dalila, Djida ainsi ma binôme Amina et tout sa famille.

A toute personne qui m'ont encouragé et aidé au long de mes études.

Naima. Ch.

La liste des abréviations

Abréviation	Le non complet
AAS	Adult attachment Scale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ANNES	Agence nationale d'Accréditations et d'évaluation en santé
TS	Tentative de suicide

Liste des tableaux

N°	Tableau	page
01	Tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche	53
02	Tableau récapitulatif des résultats de l'échelle(AAS)	72
03	Résultats de l'échelle (AAS) d'Imane	63
04	Résultats de l'échelle (AAS) d'Amira	66
05	Résultats de l'échelle (AAS) de Nadir	69
06	Résultats de l'échelle (AAS) de Lyliya	71

Sommaire

Sommaire

Introduction 9

Cadre générale de la problématique

1. La problématique et les hypothèses 4
2. Objectif de la recherche 8
3. Définition des concepts clés 8
4. Opérationnalisation des concepts clés 9

Partie théorique

Chapitre I : le suicide et tentative de suicide

Préambule 13

1. Aperçu historique 13
2. Définition..... 15
 - 2.1 Suicide..... 15
 - 2.2 Tentative de suicide 16
 - 2.3 Idées suicidaires..... 17
 - 2.4 équivalents suicidaires 17
 - 2.5 para-suicide 17
 - 2.6 crise suicidaire..... 18
 - 2.6.1 les composantes de la crise suicidaire..... 18
3. Epidémiologie..... 20
4. Les fonctions de suicide..... 23
5. Les facteurs de risque..... 24
 - 5.1 Facteur de risque de suicide..... 24
 - 5.2 Facteur de risque de tentative de suicide..... 25
6. Les théories explicatives de suicide 26
7. La prise en charge des tentatives de suicide 28

Synthèse 31

Chapitre II : l'attachement

Préambule..... 33

1. Historique..... 33
2. Définition de l'attachement 34
3. La théorie de l'attachement 35
 - 3.1 La figure d'attachement 36

Sommaire

3.2 Le caregiving	36
3.3 Comportement d'attachement	37
4. Les types d'attachement	38
5. L'importance de l'attachement	39
6. Les systèmes d'attachement	40
7. Les phases de développement de processus d'attachement	42
8. Les facteurs influençant la qualité d'attachement	43
9. Les troubles d'attachement	46
Synthèse	47

Partie pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule	50
1. Pré-enquête.....	50
2. La méthode de recherche	51
2.1 La méthode clinique	51
2.2 L'étude de cas	52
3. Le groupe de recherche	52
3.1 les critères de la sélection.....	52
3.2 les caractéristiques de groupe	53
4. le lieu de recherche	53
5. les outils de recherche	55
5.1 l'entretien clinique	55
5.2 l'entretien semi-directif	56
5.3 le guide d'entretien	57
5.4 présentation de L'échelle Adulte Attachement	57
6. déroulement de la pratique	59
6.1 la passation de l'entretien	59
6.2 la passation de l'échelle adulte attachement	60
Synthèses	60

Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Présentation et analyse de quatre cas

1. présentation et analyse de l'entretien de premier cas (Imane).....	62
1.1 présentation et analyse de l'entretien	62
1.2 interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	64
1.3 synthèse de cas	64

Sommaire

2.présentation et analyse de l'entretien de deuxième cas (Amira).....	64
2.1présentation et analyse de l'entretien	64
2.2interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS.....	67
2.3synthèse de cas	67
3.présentation et analyse de l'entretien de troisième cas (Nadir).....	67
3.1présentation et analyse de l'entretien	67
3.2interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS	69
3.3synthèse de cas	69
4.présentation et analyse de l'entretien de quatrième cas(Lylia).....	70
4.1présentation et analyse de l'entretien	70
4.2interprétation et analyse des résultats de l'échelle AAS	72
4.3synthèse de cas	72
5.discusion des hypothèses	74
Conclusion.....	77
Liste bibliographique
Annexe.....

Sommaire

Introduction

Le suicide est un phénomène qui a longtemps suscité l'intérêt des chercheurs. C'est un phénomène complexe qu'on ne peut prétendre aborder du seul point de vue et aussi est un phénomène universel.

Le suicide est « l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie » en plus d'être une tragédie personnelle, c'est un grave problème de santé publique.

La fréquence du suicide et tentative de suicide en cesse d'augmenter dans le monde.

Bien que le suicide ne s'explique jamais par une seule cause, un fait particulier peut jouer le rôle de « déclencheur ».

L'attachement est un lien affectif et social développé par une personne envers l'autre, le besoin d'attachement est un besoin primaire, inné, chez l'être humain.

Donc l'attachement c'est être attaché à quelqu'un : « un lien avec une personne proche, ou une figure parentale, un partenaire intime, ou même un ami proche » signifie seulement qu'un cas de détresse on se tourne vers cette personne spécifique pour y trouve un sentiment de sécurité.

Ces relations d'attachement peuvent jouer un rôle unique dans la prévention de suicide et peuvent être l'un des causes de suicide.

De notre part, nous avons réalisé une recherche sur « la qualité du lien d'attachement chez les suicidants » ; dans l'objective de déterminer, et évaluer la qualité de lien d'attachement chez les suicidants.

Pour aborder notre recherche, et atteindre nos objectifs, nous avons établi un plan de travail qui comporte un chapitre sur le cadre générale de la problématique où on a formulé notre problématique ainsi on a proposé nos hypothèses, et on a terminé par la définition des concepts clés de notre recherche (suicide, tentative de suicide, et l'attachement). Notre recherche se subdivise en deux parties :

La partie théorique : est subdivisée en deux chapitres qui sont les suivants :

Chapitre I : aborder « le suicide et tentative de suicide » où nous avons présenté ; l'historique, différentes définitions, Épidémiologie, les fonctions de suicide, les facteurs de risque, et aussi les théories explicatives, en termine avec la prise en charge des tentatives de suicide.

Chapitre II : aborder « l'attachement » où nous avons présenté ; l'historique, la théorie de l'attachement, sa définition, la figure d'attachement, le caregiving, le comportement d'attachement, ainsi que ses types, l'importance de l'attachement, et ses systèmes et aussi ses phases de développement de processus d'attachement, et ses facteurs influençant la qualité d'attachement, et en finira par présentées les troubles d'attachement.

La partie pratique : comporte deux chapitres ; le premier est aborder au cadre méthodologique où nous avons choisi la méthode clinique utilisent un guide d'entretien semi-directif et l'échelle Adulte Attachement Scale (AAS) pour mesurer le modèle d'attachement chez les suicidant. Le deuxième est centré sur la présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

A la fin de notre recherche on va terminer avec une conclusion générale, liste bibliographie, et les annexes.

Cadre générale de la problématique

Problématique

Dans la vie quotidienne, L'être humain est confronté divers problèmes et difficulté qui peuvent affecter sa vie. Telle que le divorce, le chômage, la violence, les accidents, et même les conflits familiale et relationnel, ce qui la renvoie plus difficile, car l'effet de ces évènement peut infecter le fonctionnement psychique, et peut avoir des répercussions sur le comportement, sur le raisonnement de la personne, sur ses relations avec autrui et peut même pensé au suicide. Mishna et Tousignant 2004, « la grande majorité des êtres humains ont pensé à un moment ou l'autre de leur vie qu'il serait préférable de mourir que de vivre une situation difficile».

Cependant, puisque l'idéation suicidaire est toujours présente avant une tentative de suicide ou un suicide complété, elle peut être considérée comme le signal d'une possibilité de se tuer. (Mishra & Tousignant, 2004, p37).

Lemperière défini le suicide comme«un acte par lequel le sujet met sa vie en jeu et la prise en compte de l'intentionnalité du geste pose le problème de la définition de suicide. Soit l'on considère toute acte d'autodestruction quel que soit le degré de la conscience qui l'anime, soit l'on se limite aux comportements ou existe une intention délibérée de mourir » (Lemperière, 2000, p3).

Selon l'organisation mondial de la santé, le suicide« est un acte ayant une issue fatal, entrepris et exécuté délibérément par l'individu décédé, celui-ci connaissant ou recherchant cette issue fatale, et visant par cet acte à causer des changement désirés»(OMS, 2001, p6.).

Parler alors, de suicide et tentative de suicide n'est pas chose facile, cette notion de nous jour constitue un véritable problème de santé publique, rendent la vie de l'être humain plus difficiles et complexe, touches tous les âges que ce soit féminine ou masculine.

Selon L'OMS 2002, un million de personnes s'est donné la mort et 10 à 20 fois plus, ont tenté de se suicider, il y a donc plus de morts par suicide que de morts dans

Cadre générale de la problématique

les conflits armés à travers le monde. Dans tous les pays, le suicide est une des premières causes de mortalité des 15-35 ans. (Mimouni, 2011, p21).

L'Algérie parmi les pays touché par le suicide, ce phénomène constitue aujourd'hui un réel problème de santé publique. Bien que le suicide ne s'explique jamais par une seule cause, un fait particulier peut jouer le rôle de déclencheur.

Mimouni (2011), considère l'évolution de la famille algérienne, due essentiellement aux facteurs socioéconomiques a laissé des séquelles apparentes sur la structure de la société. Les effets de ces changements ont été accentués par les affaires du terrorisme qui ont profondément traumatisé la société toute entière. D'autre problème sociaux, tel que le chômage, le vide culturel, des problèmes relationnels, les échecs scolaires, la drogue, sont venus se greffer à une situation de violence, des facteurs qui ont déclenché et influencer sur la personnalité des individus.

Les relations sociales et familiales marquent aujourd'hui des séquelles et des obstacles qui peuvent détruit et déclenché les liens affectifs et sociaux avec autrui. Et quand le lien d'attachement sera désorganisé, l'être humain va présenter des séparationsou il évité tout contact avec sa figure d'attachement, ensuite il va développer des confusions à s'avoir la dépression, une souffrance psychique, qui peuvent infecter le fonctionnement psychique et influencer sur son état psychologique, ou la personne devient incapable de réagir et d'explorer son environnement, et ses impacts pousse les personnes au tentative de suicide.

Alors d'après Bowlby, l'attachement correspond à un besoin innée et désigne l'ensemble des processus par les quels l'enfant recherche et tente de maintenir la proximité physique avec un adulte de son entourage. Sa principale fonction est de protéger l'enfant de danger extérieure, pour explorer son environnement.

L'enfant psychologiquement et physiquement besoin du parent, en effet il assure pour lui l'insertion dans le social, opère pour lui des choix, au sens où il dessine pour lui la route à suivre, son rôle principal consiste à l'orienter dans la vie, c'est-à-dire il offre pour son enfant toute sécurité et réconfort. Donc l'attachement provoque

Cadre générale de la problématique

un sentiment de sécurité chez l'individu, il éprouve un sentiment de sécurité et de bien être en présence de l'autre personne lui servant de base de sécurité à partir de laquelle il peut explorer le monde.

Selon Bowlby « La relation mère-enfant est aussi vitale pour le développement général du bébé que les vitamines et les protéines pour le développement physique», contrairement à Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfait son besoin d'alimentation «quoi qu'il en soit, c'est cette libidinalisation secondaire des fonctions neurophysiologique qui explique l'attachement du bébé a la mère ou au substitut maternel dispensateur de soin» (Bernard, 2015, p9).

Donc Bowlby relie l'attachement aux besoins de contacts sociaux. L'enfant nait social et se construit au moyen des relations avec les personnes significatives qui l'entourent. Il se sent plus au moins en sécurité dépendant de la façon dont on répond à ses besoins.

L'attachement débute de la grossesse et s'établit dans les trois premières années de toute en longue vie. Il va influencer la façon dont l'enfant va ensuite établir ses relations sociales pour le reste de sa vie. (Labbé, 2006, p1).

Maury en, (2008), considère que une relation parent- enfant sécurisante aide l'enfant à réguler ses émotions lors des situations stressantes, à explorer son environnement avec confiance et optimiser son développement cognitive, émotionnel et langagier. De plus, les enfants qui ont un attachement sécurisé avec leur parent sont prédisposés à adopter des comportements sociaux positifs (par exemple, des comportements empathique et coopératifs) qui les aident à développer des relations ultérieures positives. En revanche, l'attachement insécurisé ou désorganisé accroît le risque de problèmes de comportement et de psychopathologies chez l'enfant, (par exemple, l'agressivité, la dépression et la piètre régulation émotionnelle). (Maury M, 2008, P47).

D'après l'étude de Grunebaum, M.F et al(1999), sur le lien entre le sentiment de sécurité perçu (attachment –fell security) et l'existence d'antécédents de tentatives

Cadre générale de la problématique

de suicide chez les adolescents, le comportement suicidaire est un comportement extrême d'attachement et l'expression d'une colère et d'une détresse contre une figure d'attachement indisponible. Les tentatives de suicide chez l'adolescent refléteraient un dysfonctionnement de l'attachement et surviendraient en réponse à une incapacité à atteindre un sentiment de sécurité suffisant. Cette étude a trouvé que la non disponibilité perçue et les niveaux élevés de symptomatologie dépressive étaient des prédicteurs de comportement de suicidaires.

Ainsi que de notre part, nous souhaitons déterminer la qualité de lien d'attachement d'un suicidant, et nous avons formulé notre question de départ de notre recherche est comme suite :

Question

- ✓ qu'elle est la qualité du lien d'attachement chez les suicidants ?

Hypothèses

Pour répondre à cette question, on 'a formulé les hypothèses suivants :

Hypothèses général

- ✓ Les suicidants présentent une qualité de lien d'attachement insécure.

Hypothèses partielle

- ✓ Les suicidants présentent une qualité de lien d'attachement de type insécure ambivalent.

Objectif de la recherche

Toute recherche scientifique à des objectifs principaux. L'objectif générale de cette recherche vise à cerner l'importance de notre recherche qui s'intitule : «la qualité de lien d'attachement chez les suicidant»

Cette recherche vise à :

Cadre générale de la problématique

- Acquérir le maximum d'informations sur l'attachement en générale l'attachement chez les suicidant.

- comprendre la relation sociale et affectif de suicidant.
- tenter d'évaluer les qualités de l'attachement que vie le suicidant.
- avoir l'expérience sur la démarche scientifique et méthodique.

Les mots clés

1. Suicide :

- Selon Deshaies(1946), le suicide comme « l'acte de se tuer d'une manière habituellement consciente, en prenant la mort comme un moyen ou comme une fin ». (Deshaies, 1952, p 41).

2. Tentative de suicide :

- Selon Marcellid et Baraconnier, la tentative de suicide est « l'échec d'un suicide qu'elle que soit la couse de cet échec ». (Marcellid et Baraconnier, 1992, p 567).

3. L'attachement :

- Selon Bowlby l'attachement est comme « un équilibre entre les comportements d'attachement envers les figures parentales et les comportements d'exploration du milieu ». (Bowlby, 1978).

Opérationnalisation des concepts

1. Suicide

- le suicide c'est l'acte délibéré de mettre fin à sa propre vie d'une manière volontairement.

2. Tentative de suicide

- La tentative de suicide est un acte grave, il s'agit pour une personne d'essayé de mettre fin à ses jours. Une tentative de suicide distingue du suicide par le fait que l'acte n'engendre par le décès. Cependant la personne ayant réellement en l'intention d'y aboutir, certaines conduites à risques sont également assimilées à des tentatives de suicides (consommation de drogue, conduite en état d'ivresse...)

3. L'attachement :

- L'attachement est un lien affectif particulier entre deux personnes qui répond au besoin d'être protégé.
- L'attachement est une construction affective basé sur le besoin de sécurité et de protection. c'est un ensemble de gestes primitifs et biologiques dans le but est de s'approprier sa figure d'attachement principale afin d'assurer sa survie.

Attachement sécure

L'enfant explore son environnement lorsque la personne qui en prend soin (la figure d'attachement) est à proximité. Il vérifié également autour de lui en regardant régulièrement la personne qui en prend soin. Si celle-ci s'en va, l'enfant cesse habituellement d'explorer. Lorsque la figure d'attachement revient, il est heureux de la voir et se calme rapidement, s'il est contrarie. Il est prouvé que le style d'attachement sécure aide l'enfant à apprendre, a montré de l'empathie, à développer des liens, à faire face au stress. A maitrisé la peur et a être indépendant.

Attachement insécure

L'enfant ne présente pas beaucoup de réaction. Il est moins actif, il ne compte pas sur la mère pour le sécuriser. On dit que l'enfant est insécure évitant ou anxieux évitant. Le comportement qui caractérise de façon typique ses enfants est l'évitement de contact avec la figure d'attachement lors de la réunion. S'ils sont pris dans les bras ses enfants ne résiste pas, toute fois il ne cherche pas non plus à conserver ce contact. Ils montrent généralement peu de détresse lors de la séparation. Si l'on est tenté de

Cadre générale de la problématique

voir là de l'indifférence, il faut considérer que leur mouvement d'évitement semble trahie en réalité une ignorance active, dénotant une certaine colère.

La partie théorique

Chapitre I

Le suicide et tentative de suicide

Préambule :

Le suicide est une question grave et pertinente qui, d'hier et aujourd'hui, trouve sa place dans le discours sociétale .ce phénomène posent de nous jour un réel problème de santé publique qui a longtemps suscite l'intérêt des chercheurs. La mort par suicide est un sujet tabou, n'est pas une mort ordinaire au niveau sociétale.

Donc le suicide est un phénomène complexe qu'on ne peut pas prétendre aborder de seul point de vue médical, d'autre approche historique, philosophique anthropologique, théologique, sociologique se sont intéressées au phénomène. Il touche toutes les tranches d'âge et les deux sexes femmes et hommes. Enfin les comportements suicidaires résulte de multiples facteurs varies, sociaux, familiaux, psychologique et pathologique.

Dans ce chapitre on va présenter l'historique de suicide avec ses définitions, l'épidémiologie, ses fonctions, ses facteurs, et ses théoriques explicatives, on finira par la prise en charge.

1. Aperçu historique

Le suicide est un sujet qui est de plus en plus abordé. Cependant, il reste encore Relativement tabou. Ce phénomène n'a jamais laissé indifférent les hommes et a toujours été un sujet de controverse.

1.1 Le suicide de l'antiquité en moyen-âge :

Durant ; l'antiquité la société grecque interdise toute sépulture à un mort par suicide et l'enterrait en dors de la cité. Les principales raisons pour se donner la mort durant l'antiquité étaient le mépris de la vie, la fuite des maux associés à l'âge, la dévolution à la partie.

Plusieurs textes de penseurs grecs défendent le suicide et admettent qu'il peut s'agir d'une solution lorsque la dignité de la personne est en cause.

La mort de Socrate posera de grandes questions sur les aspects éthiques du suicide.

Rappelons que celui-ci s'est donné la mort en buvant la ciguë Pour protéger son honneur en moment où il était menacé de peine de mort.

Pourtant Socrate, toute comme Platon ou Aristote, défend l'idée que la vie appartient aux dieux et que le suicide est condamnable. Cette idée sera également celle de l'église.

Dès le moyen âge, l'église catholique adopta une position très ferme en interdisant le suicide. Pour justifier cette décision, l'évêque saint-augustin reprit le cinquième Commandement de moïse «tu ne tueras point». Toute vie humaine appartenant au dieu, c'était un crime, un péché de la supprimer. Saint-augustin condamna sans exception toute personne qui se donna la mort volontairement.

Le christianisme développera une position de refus face au suicide mais émettra tout de même des réserves. C'est-à-dire qu'il n'excusera que des cas particuliers, par exemple en cas de folie d'un individu et pour autant que sa conduite ait été irréprochable avant sa mort.

A la fin du moyen-âge saint thomas reprendra le débat et évoquera dans sa somme théologique les arguments pour et les arguments contre le suicide. Sa conclusion sera sans appel : le suicide est un crime contre la nature et surtout contre dieu qui est le propriétaire de nos vies.

Les grandes religions de l'histoire de l'humanité condamnent également le suicide les religions condamnent la pratique du meurtre et c'est en regard de cela qu'elles sont contre le meurtre de soi-même. (Micro, 1987, p 1028).

1.2 Le suicide à l'époque contemporaine

Si le suicide pose le problème de la liberté de chacun, il est curieux qu'il n'ait pas suscité autant de controverses que dans la philosophie contemporaine. Le problème de suicide n'a pas été absent mais ne semble pas prioritaire aux yeux des

philosophes et semble d'avantage préoccuper les écrivains. Albert Camus, dans son essai sur le mythe Sisyphe, avait déclaré que le suicide était un problème fondamental et qu'il amenait à poser le problème du sens de la vie. Bien que, selon lui, l'absence de sens à la vie ne justifie pas un tel acte.

D'un point de vue sociologique, l'élément marquant a été le livre «le suicide», du sociologue Durkheim. La problématique du suicide a été abordée bien avant lui, mais Durkheim ouvre une nouvelle approche. Selon lui le suicide est une conduite et un fait social produit par des forces sociales qui dépassent l'individu. (Durkheim, 1967, p462).

L'approche psychanalytique est également intéressante. Le récit le plus approfondi sur le sujet a été établi par Karl Menninger, célèbre psychiatre américain, dans son livre «man against himself», publié en 1938. Sa conclusion est le prolongement de la pensée freudienne (Freud pense que le suicide est le résultat de l'instinct de mort ou de la tendance à l'autodestruction de l'être humain). Karl Menninger tend à dire que cette tendance suicidaire se retrouve à divers degrés dans différents comportements et états pathologiques. Voici des exemples : la psychose est en réalité une maladie où la personne, par déni, refuse la réalité du monde. L'alcoolisme serait un geste d'autopunition pour ôter ses culpabilités engendrées par des gestes agressifs et calmer sa souffrance morale. Enfin, les gestes d'automutilation seraient les formes les plus visibles de ce désir de se donner la mort.

Certains auteurs voient en la mort l'expression du désir d'une réunion narcissique sur le plan des fantasmes, une espèce de fuite en avant à la recherche d'un paradis perdu. (Menninger, 1938, p 441).

2. Définitions

2.1 Suicide :

D'un point de vue étymologiquement, le mot suicide vient de «soi» (soi) et «coeder» (tuer). Le fait de dire dans le langage «se suicider» est donc un pléonasme, qui renforce l'idée que l'acte est tourné vers soi. En France, il est utilisé pour la

première fois par l'abbé Desfontaines en 1737. (Dictionnaire de Trévoux, (1704-1771), p400).

Le grand dictionnaire de la psychologie le suicide définit comme « acte de se donner soi-même la mort ». Le suicide est soit un acte rationnel exécuté en fonction de considération morales, sociales, religieuses, philosophiques ou personnelles, soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évolution de diverses affections mentales (dépression, délire chronique, démence, confusion, etc.) (Le grand dictionnaire de la psychologie, 1^{er} édition, 1999, p911).

Selon Durkheim en (1897) le suicide est « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif au négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle s'avait de voir produire ce résultat » (Batt, compeon, Legnay, plecoyss, 2007, P 02).

Alors le suicide abouti- acte mortel par lequel son auteur de vient, à titre posthume un suicidé. Donc le suicidé est le sujet dont la conduite suicidaire à about à son décès.

2.2 Tentative de suicide :

Comme le disait « Tonignant » (2004), les tentatives de suicide sont des actes intentionnels faits par une personne dans le but de se suicider et qui n'aboutissent pas à la mort .les tentatives de suicide varient en intensité , et vont ,par exemple ,de la «tentative du grave » d'une personne qui se tué une balle dans la tête et qui survit au blessures , jusqu'aux tentative dite parfois «mineuse» , par exemple, une personne qui se coupe un peu les veines que cela cause des dommages importants , ou encore une personne qui prend une overdose de quelques comprimés d'un médicament.(P 33).

L'organisation mondiale de la santé(OMS) définit la tentative de suicide comme étant « acte sans issue fatale, réalise volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduisent par l'ingestion de substances en exercés par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qu'est reconnu comme une

posologie thérapeutique, et ce, dans le but d'induire les changements espère »(L'OMS,1993).

La Tentative de suicide s'agit d'un comportement particulier, tentative de suicide est considéré comme « le seul moyen, auquel le sujet est incapable de résister, qui va lui permettre d'apaiser un sentiment interne de tension et de malaise, et la apporter un soulagement immédiat » (RICHARD & Bungener, 2004, p98).

Alors la tentative de suicide est un acte non mortel faisant du rescapé un suicidant. Donc le suicidant est désigné un sujet qui a effectué une tentative de suicide et qui donc survécu au geste suicidaire contrairement au suicidé.

2.3 Idées suicidaires :

C'est-à-dire la fréquence et la répartition dans la population de pensées tournant autour du suicide (idées, impulsions, tentations, décisions, plans, formulés). Ces données ne peuvent s'obtenir que par la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en population générale .on part d'idéation suicidaire et de personnes suicidaires. (Roussille, 2001, p12).

2.4 Équivalents suicidaires :

Selon la conférence de consensus (ANAES), «les équivalents suicidaires» sont des conduites à risque qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort. Ces conduites, tout comme certaines lésions ou mutilation auto-infligées non suicidaires, ne doivent pas être abusivement considérées comme des tentatives de suicide. (ANAES, 1998 p2).

2.5 Para-suicide :

Ce terme est défini par Dieskstre et Gutlbinat en 1993 comme étant «un acte à l'issue non fatal par lequel un individu entreprendre délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui causera des dommages autant infligés ;ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite , ou au dosage généralement admis , et qui a pour but d'amener , via des conséquences

physiques réel ou supposées , les changements que le sujet désire ». (Anusaksathie, 2001, p13).

2.6 Crise suicidaire :

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constituée un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en état de souffrance et de la rupture de l'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement, cet état est réversible et temporaire. La crise suicidaire peut-être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide représente une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

La crise Suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujet, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation, elle peut être difficile à identifier. (Danet & Morasz, 2008, P67).

Alors un suicidaire est la personne qui par son comportement, ses paroles ou ses écrits fait craindre qu'elle serait capable de commettre un geste suicidaire (ce qui va au-delà des idées suicidaires citées plus haut). Ce dernier terme se rapporte à tout geste susceptible d'atteindre l'intégrité physique du sujet ou d'entraîner sa mort.

2.6.1 Les composantes de la crise Suicidaire

La crise suicidaire peut également être décrite sous l'angle de sa dynamique temporelle interne. En effet, la crise suicidaire est un processus classiquement décrit autour de trois phases (Quenard & Rolland, 1982, Benoit, 2001).

-Une phase pré-suicidaire ; est une phase importante de la crise suicidaire, plus ou moins longue, qui peut parfois passer inaperçue et qui se caractérise par une augmentation de la tension interne et l'émergence de pensées suicidaires de plus en plus prégnantes,

-une phase de passage à l'acte ; dont l'impulsivité dépend autant de fonctionnement interne de chaque sujet que des caractéristiques (nature, durée,..) de la phase prés suicidaire,

-une phase poste suicidaire ; qui débute souvent par un apaisement lié à la fonction cathartique de l'acting. Ce dernier ne pas préjuge toutefois pas de l'évolution positive de la crise suicidaire en cours, la récurrence, parfois même des précoces, étant toujours à craindre.

(DANET & MORASZ, 2008, p93, p94).

L'approche clinique des conduites suicidaires a amenés d'ailleurs à approfondir la description classique de la crise suicidaire autour des trois phases citées précédemment. En effet, à l'instar de ce qu'il avait proposé dans ces travaux autour de passage à l'acte Morasz a déduit que, ce découpage temporel logique peut être affiné par un découpage processuel plus cohérent, reposant autour d'un repérage en six temps :

-L'activation

-L'intensification

-La crise

-La récupération

-La stabilisation

-La consolidation

-la crise suicidaire à des étapes progressives que l'on peut décrire ainsi :

- Les flashes suicidaires, ce sont des idées brèves qui donnent l'impression de perdre le contrôle sur sa pensée et de devenir fou,
- Les idées de suicide plus au moins fréquentes et intenses contre lesquelles la personne va lutter puis progressive se laisser envahir,
- L'intention de suicide,

- La planification de suicide avec recherche de moyen, du lieu, des circonstances et du moment,
- Le stade de la mise en œuvre de suicide. (Terra & Troncain, 2008, p324).

Il est important de savoir que la plupart des personnes vont interrompre ce processus suicidaire et se donner des chances jusqu'au dernier moment. De nombreuses personnes consultent et demandent de l'aide de façon plus ou moins explicité jusqu'à dernière moment. Le risque et de penser qu'il s'agit d'une tentative de manipulation, de la traiter comme telle alors qu'un suicide peut survenir quelque heurs ou jours après.

La crise suicidaire évolue dans sa forme, au cours de la progression dans ce tunnel de constriction cognitive, la personne peut, au début paraître dispersée comme, par exemple, commencer les choses mais ne pas s'y-tenir puis, ensuite, paraître de plus en plus dans son monde, coupée des autres, au stade de l'intention ou de la planification la personne peut en parler spontanément et de manière calme.

La crise suicidaire est multi factoriels c'est-à-dire à des plusieurs facteurs de risque.

3. Epidémiologie

3.1 Le suicide en monde :

Le phénomène de suicide et tentative de suicide constitué de nos jour un réel problème de santé publique. L'organisation mondial de la santé (OMS) affirme qu'en moyenne, un million de personnes se suicident chaque année dans le monde (Obermeyer, 2009), soit une moyenne de 300 décès par jour et d'un suicide toutes les 40secondes avec un nombre de tentative 20 fois plus élevés (prévention de suicide, OMS.2014.p2.3).

Toujours selon L'OMS, « en (2002), un million de personne s'est données la mort et 10 à 20 fois plus, ont tenté de se suicider, il Ya donc plus de morts par suicide que de mort dans les conflits armés à travers le monde». (Mimouni, 2011, p21).

Selon les statistique globales de l’OMS, le suicide est une des cinq causes principale de mortalité pour la tranche d’âge de 15 à 29 ans, dans beaucoup de pays, le suicide apparait comme le première ou la seconde cause de mort chez les jeunes qu’il soit de sexe masculin ou féminin. (Prévention de suicide, indication pour le personnel enseignant et le milieu scolaire, (OMS. Genève 2002. P.7).

Toujours selon les mêmes estimations de L’OMS, dans tous les pays, le suicide est une des premières causes de mortalité des 15-35 ans. Le groupe d’âge le plus touché par le suicide est celui des 35-44 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Les hommes se suicident plus que les femmes, mais ces dernières font plus de tentative. (Mimouni, 2011, p21).

En (2012), l’OMS estime à 804000 le nombre de suicide survenus dans le monde, ce qui représente un taux de suicide global standardisé selon l’âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). (OMS.2014, p 7) prévention du suicide.

Selon les mêmes estimations, le nombre de décès dus au suicide pourrait passer à 1,5million en 2020.

Parmi les pays fournissant des données sur le suicide ,on trouve les taux les plus élevés sont observés en Europe orientale (par exemple ,en Biélorussie avec 41,5 pour 100 000,en Lituanie avec 51,6 pour 100 000),c’est principalement en Amérique latine que sont relevés les taux les plus faibles (Colombie :4,5 pour 100 000) ou encore dans certaines pays d’Asie (2,1 pour 100 000 en Thaïlande).en Europe occidentale ,en Amérique du nord ou encore dans certains régions d’Asie ,les taux se situent entre ces deux extrêmes (France :20 pour 100000,canada :15 pour 100 000 ,et les données sur le suicide dans les pays africains sont plus rares).(Batt, Campeon, Legnay, 2007, p7).

Si la mortalité par suicide est nettement majoritaire chez les hommes, les taux des tentatives chez les femmes sont 3 fois plus élevés.

- Quelques chiffres concernant le suicide dans d’autre pays de monde :

En France : plus de 100 000 décès par suicide et l'on estime que les tentatives de suicides sont 10 à 15 fois plus nombreuses, de l'ordre de 160 000 chaque années.

En suisse : selon l'OFS (office fédéral de la statistique), le taux de suicide en suisse en 2012 se situe environ autour de 11.1 pour 100 000 personnes (OFS.2014.taux de suicide), il Ya donc une amélioration de la situation puisque le taux de suicide en suisse en 2000 est estimé à 19.2 pour 100 000 personnes.

3.2 Le suicide en Algérie :

Le nombre exacte des suicides et tentative de suicide pas disponible officiellement car les statistique sont difficiles à obtenir .et on ne peut donc pas identifier avec précision le nombre des tentatives et de suicide dans notre pays.

En Algérie, et compte tenu des augmentations dont parle la presse depuis les années 2000 il semble raisonnable de considérer que le taux de suicide se situerait aux environ de 2 à 6 pour 100 000 habitants sont donné la mort.

Selon Mimouni, (2011), Avant tout, il faut signaler qu'aucune étude ou enquête à l'échelle nationale n'a été sérieusement entreprise sur la question du suicide en Algérie.

Il aprésenté quelques études de qualité inégale qu'il faut prendre entant qu'indicateur.

Une enquête mené par le CHU de Constantine en 1993, montre pour cette année seulement et pour le taux de suicide une régression par rapport aux chiffres antérieur 1.4/100 000 H et pour les tentatives de suicides est 34/100 000 H en 1987 à 38.5/100 000 H.

Toujours au CHU de Constantine, une étude réalisé de juillet 2003 à juin 2006 sur les cas de suicide, a montré que les wilayas suivants regroupent a elle seules plus de 70% des cas de suicide relevés dans la région EST : Mila : 33.8%, Constantine : 27.7 %, Jijel : 12%.

Dans l'ouvrage « tentative de suicide et suicide des jeunes à Oran » Mimouni adonnés quelques études concernant les pays de l'ouest d'Algérie.

Dans une étude épidémiologique rétrospective sur le suicide, dans trois wilayas de l'Ouest Algérie : Oran, Tlemcen, et Sidi-bel abbés le Dr boublanza et coll. montrent que les personnes qui se sont suicidées, admises au service de médecine légale des 3 wilayas sont au nombre de 427 cas, dont 313 hommes (73.3%) et 114 femmes (26.7%).

- Oran : 46 % ,169 cas de suicide : 25 % femmes et 75 % hommes.
- Tlemcen : 27.4% ,117 cas de suicide : 24% femmes et 76 % hommes.
- Sidi bel abbés : 26.7 % , 114 cas de suicide : 32.4 % femmes et 67.5 % hommes.

En croire à cette étude, que l'Algérie fait partie des pays où l'on se suicidé le moins, elle enregistre un taux largement en dessous de la moyenne mondiale. (Mimouni, 2011, p23-24-25).

4. Les fonctions de suicide

L'acte suicidaire peut avoir trois fonctions différentes :

- La première il s'agit de l'évitement, de la fuite d'une situation inacceptable ou trop de douloureuse (c'est le cas des cancéreux).
- La deuxième c'est une véritable conduite auto agressive, par retournement d'une intense agressivité contre soi-même. (c'est le cas de la dépression mélancolique).
- La troisième c'est un appel au secours, une sorte de message désespéré adressé à un entourage jugé trop indifférent ou hostile.

(Le grand dictionnaire, 1ère édition, 1999, p911).

5. Les facteurs de risque

5.1 Facteurs de risque de suicide :

Le suicide résultent de déterminismes multiples intégrant des facteurs varies, individuels, sociaux, familiaux, psychologiques et pathologiques.

- **Facteurs de risque individuels** : ont été particulièrement étudié par Choquet et

Le doux :

-des problèmes de santé répétés, dits flous notés (fatigue, maux de ventre, cauchemars) ;

-certaines maladies somatiques semblent associés à un risque augmenté : l'asthme, le diabète, l'obésité, l'épilepsie, des abus de drogues, de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes prescrits.

- **Facteurs sociaux et familiaux** :

Le suicide est plus fréquent chez les patients vivant seuls, veufs, divorcés ; séparés, célibataires. Des études ont montré que la perte des parents en bas âge ou l'existence d'un climat familial perturbé serait facteur de risque.

L'isolement social et affectif, apparaitre être un facteur de risque à considérés.

(Chrystel & Catherun, 2004, p54).

- **Évènement de vie** : les évènements de vie portent la morgue de la rupture : perte d'une relation affectueuse, deuil, conflit conjugal, ou rationnel, changement de domicile, perte d'emploi

- **Facteurs psychopathologie** : doivent avoir une grande place dans l'évaluation

-antécédents de tentative de suicide :

-la dépression marquée ou niée à cet âge avec troubles thymiques ou humeur dépressive ; facteurs majeur des risque et de récidence.

-troubles de comportement alimentaire ;

-trouble psychotique.

- **Les troubles mentaux facteurs de risque de suicide :**

De nombreuses études confirment de façon contrainte qu'une grande majorité des personnes suicidées souffraient d'un trouble mentale et souvent était en soins au moment de leur mort

(Barraclough et al., 1974. Appelby, 1999, Chang et Lee, 2000). Ce sont en particulier :

-les troubles de l'humeur.

-les troubles de la personnalité.

-la schizophrénie.

-l'abus de drogue et l'abus de l'alcool. (Terrain & Troncin. p 2008, p327).

5.2 Facteurs de risque de tentative de suicide :

Il existe plusieurs facteurs qui déterminent la tentative de suicide.

1) Facteurs précipitant :

Comparées à la population générale, les personnes qui tentent de se suicider doivent faire face à quatre fois plus d'événements de la vie familiale stressants dans les six mois précédant l'acte (Paykel et al., 1975). Les difficultés sont variées, avec au premier plan des récentes avec le conjoint. On peut également citer la séparation ou le rejet de la part de partenaire, la maladie d'un membre de la famille, une maladie physique récente, et une comparution devant un tribunal.

2) Facteurs de prédisposition :

Il existe des preuves que la perte précoce d'un parent, à travers le deuil, ou des antécédents de négligence ou de sévices de la part des parents sont plus fréquents chez les personnes qui font des tentatives de suicide. On dispose aussi de données prouvant le rôle des variables de personnalité. Cela inclut des capacités réduites dans la résolution de problèmes interpersonnels et dans la planification de l'avenir. Le désespoir et l'impulsivité sont les deux facteurs psychologiques les plus souvent impliqués.

3) Troubles mentaux :

Les études portant sur les patients admis aux urgences, suite à une tentative de suicide, ont révélé que le taux de dépression lors de l'arrivée à l'hôpital est élevé. Une minorité non négligeable (entre 5 et 15% des patients) souffre également de troubles psychotiques

(Nordentof et Rubeng 1993). (Terra & Troncin, 2008, p 326-327).

4) facteur de protection :

Il s'agit essentiellement du fait de ne pas être isolé, et d'avoir quelqu'un d'accessible à qui parle de ses problèmes et de son état. Avoir une bonne estime de soi, être capable de nouer des relations basées sur une confiance réciproque, se sentir responsable de quelqu'un d'autre, d'une tâche, sont autant d'éléments classés comme facteurs de protection pour les gens suicidants, la prise en charge thérapeutique est également un facteur de protection. (Roussille, B.2001, p 15).

6. les théories explicatives de suicide

6.1 Approche psychanalytique :

L'approche psychanalytique fut la première approche qui a largement dominé la psychopathologie. Sigmund Freud en fut le précurseur. La principale thèse avancée dans cette théorie, est que le passé personnel et en particulier celui de la petite enfance, peut provoquer des troubles psychopathologiques, surtout quand ce passé fut occulté et clivé, devant ainsi l'inconscient. Selon les explications freudiennes, le suicide est l'accomplissement de désir inconscient. Le suicide, dans ce contexte, accomplit le désir longtemps refoulé. En ce suicidant le sujet ne fait que satisfaire un vieux désir longtemps réprimé et que le mouvement psychique qui autorise cette satisfaction n'a que de rapports lointains et très indirects avec les facteurs circonstanciels que le sujet avance et que l'observateur clinique peut d'ailleurs aisément repérer»(Quenard&Rolland,1982,p49-51).

Les actes suicidaires sont donc pour la psychanalyse gouvernés par un déterminisme inconscient. La volonté et la conscience doivent être mises à part dans leur analyse. Et si elles doivent être intégrées c'est seulement au niveau de la réélaboration intellectuelle dans l'après coup de l'acte par le suicidant surtout mais aussi par son entourage familial et soignant. (Kouame. Atta, 2013, p310).

6.2 Approche psychiatrique :

Le suicide a longtemps été considéré comme un phénomène relevant du psychisme et déterminé par des causes personnelles intimes l'excuse de la folie est évoqué dès le 17^{em} siècle.

Mais c'est donc la naissance de la psychiatrie moderne au 19^{em} siècle, qui commence à tenir lieu d'explication scientifique. L'étude de Freud qui le rôle de psychiatre est d'interdire la personne a passé à l'acte. Puisque la majorité des malades mentaux parle à leur médecins des termes suicidaire ou sur une tentative de suicide auparavant et l'étude de Robenz en 1959 et Ysler 1960 que les suicidants ont la volonté de mourir et répété leur même parole après seulement une année de tentative de suicide et le docteur Dominique Esquirol en 1938 chef de la réforme psychiatrique affirme que « tous les suicidants sont des aliènes ».

Actuellement, les psychiatres admettent que tous les suicidants ne sont pas des malades mentaux, mais ils continuent de voir dans l'acte suicidaire quelque chose de fondamentalement pathologique puisque contraire à l'instinct «normal» de conservation. (Marron, 2005, p51).

Esquirol, (1938), père de l'approche psychiatrique, considère que «l'homme n'attend à ses jours que lorsqu'il est dans le délire». Il va soutenir cette thèse en trois points : tout suicidant est un aliéné mental ; le suicide est un symptôme et non une maladie ; le suicide est lié à l'anxiété organique que l'on trouve dans diverses maladies mentales, Esquirol cité par Ruth Menahem, 1981, p25. (Atta, 2013, p310).

6.3 Approche cognitive :

L'approche cognitive du suicide n'est pas nouvelle. Elle prend son origine dans les modèles cognitifs développés par Ellis (1962) et dans les travaux de Shneidman (1960, 1961, 1969) sur la pensée constrictive ou rigide du suicidé. Dans cette perspective, le suicide d'un individu est conçu comme la conséquence d'un dysfonctionnement dans sa façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs (Chabrol 1984). Chez les jeunes, Lennings (1993) trouve qu'un dysfonctionnement cognitif dans la façon d'interpréter les événements intérieurs et extérieurs peut entraîner des conduites suicidaires. (Dufresne, 2001, p6).

7. La prise en charge des tentatives de suicide

La prise en charge des suicidants doit reposer sur des principes fondamentaux de travail en équipe pluridisciplinaire, de stabilité et de disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, de continuité des soins, de souplesse et d'adaptation individuelle de la prise en charge.

7.1 Les principes de la prise en charge :

Dans tous les cas de tentative de suicide, il est nécessaire d'effectuer un accord professionnel pour recommander d'adresser systématiquement les suicidants aux urgences hospitalières pour mettre en route la triple évaluation somatique, psychologique, et sociale, cette triple évaluation demande des compétences, du moins adéquates rendent nécessaire une admission dans un premier temps dans le service des urgences d'un hôpital. (ANAES.1998, p13).

7.1.1 Accueil aux urgences : ils s'agit d'améliorer la qualité de l'accueil aux urgences ainsi que les premiers contacts et en particulier le respect de la confidentialité paraissent essentiels à la bonne continuité des soins, les soins qui seront réalisés ou proposés, doivent être présentés au patient dès que son état somatique le permet, il est très important de favoriser un climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité. (Mimouni, p117-118).

7.1.2 L'examen somatique : est initial d'évalue la gravité immédiate et différée du geste suicidaire et permet de définir le traitement et la surveillance adapté, il doit être complété dans un seconde temps par évaluation de l'état générale ,l'état nutritionnel et staturo-pondéral, les comorbidités ,de l'hygiène de vie, du développement pubertaire et de la vie sexuelle tous ces informations vont apporter des éléments utiles à l'évaluation psychologiques , il guide le choix des examens complémentaires ,des consultations spécialisée et des traitements éventuellement nécessaires.(Mimouni, p119-120).

7.1.3 Evaluation psychologique : l'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre celle-ci doit débiter le plus précocement possible ,en générale dans le 24 heures qui suivent l'admission , dès que l'état somatique et la vigilance le permettent ,il faut s'assurer qu'elle peut se dérouler dans un climat de confidentialité et de compréhension permettant de poser les bases du projet thérapeutique ,il est généralement impossible de recueillir dans le contexted'urgence tous les éléments nécessaires à l'évaluation psychologique , l'essentiel étant de préparer les entretiens qui suivront , cette étape d'évaluation est en soi thérapeutiques si elle est réalisé dans de bonne conditions les objectifs de l'entretien :

-L'étude du contexte de la crise, signification du geste suicidaire : modalité, intentionnalités, but, facteur déclenchant, idées suicidaires passées et actuelle, antécédents de tentative de suicide personnels au dans l'entourage.

-l'évaluation de la santé mental : antécédent psychiatriques, personnels au familiaux, prise de médicament psychotropes, prise de drogues, abus d'alcool, abus de tabac.

-la biographie : maltraitance, abus sexuelle, événements entrainant une rupture au une menace de rupture, fugues, grossesses

-le mode de vie et l'insertion sociale : situation familiale, scolaire au professionnelle, degré et désir d'autonomie, étayage par l'entourage conduites avec prisme de risques (activité au sport au jeu violents) projet scolaire, professionnels et relationnels. (Mimouni, 119-120).

7.1.4 L'évaluation sociale : elle doit préciser le contexte sociale de l'entourage, la situation scolaire ou professionnelle et éducatif, on évalue les conditions de vie ; vie en famille au en collectivité, difficultés d'insertion.

7.1.5 la pluridisciplinarité : la prise en charge hospitalière doit être pluridisciplinaire et répondre à des règles institutionnelles de travail en équipe, de recherche de continuité des soins à adapter individuellement à chaque patient, l'équipe est composée au mieux d'une équipe mixte de prise en charge somatique et psychique avec un référent psychiatre.

Le soin institutionnel pendant le séjour hospitalier a été comparé à de véritables «intensifs» psychique autour de trois dimensions :

- le travail individuel qui amorce un travail d'élaboration psychique.
- le travail en groupe avec confrontation aux pairs hospitalisés.
- travail avec la famille autour de la crise familiale qui accompagne cette crise suicidaire. (Picherot, Dréno, Le Manch, 2005, p1946).

7.2 Les objectifs de la prise en charges :

Il existe un accord professionnel pour considérer que la prise en charge hospitalière doit permettre :

- D'écarter tout risque vital ou fonctionnel dû au geste suicidaire.
- D'assurer la sécurité du patient et de prévenir le risque de récurrence à court terme.
- De créer un climat de confiance et d'adhésion au traitement, ce qui peut demander du temps.
- D'évaluer les ressources psychologiques du sujet.
- De rechercher d'éventuelles comorbidités somatiques.

- De rencontrer les parents et l'entourage, pour appréhender progressivement les difficultés qu'ils rencontrent, de leur apporter l'aide dont ils peuvent avoir besoin.
- De préparer le projet de suivi ultérieur. (ANAES, 1998, p26).

Synthèse

Parler de suicide et tentative de suicide n'est pas chose facile, il renvoie inévitablement à la notion de mort s'agissant d'un problème grave de santé publique, ce phénomène touche tous les âges et toutes les catégories sociales, il reste un phénomène particulier et complexe chez les uns et les autres.

Donc le suicide est un acte accompli, qui s'accompagne toujours de souffrance et de désespoir qui touche tout le monde sans distinction de classe sociale, niveau intellectuel, appartenance culturelle et religieuse. La mort par suicide n'est pas ordinaire, au niveau sociétal, le suicide fait souvent peur et peut déclencher des réactions massives de rejet ou de punition. Alors le suicide apparaît comme un phénomène universel.

Chapitre II

L'attachement

Préambule

Chez l'être humain, comme chez l'animal, l'attachement est un besoin primaire inné, biologiquement déterminé de la même façon que tous les autres besoins fondamentaux liés à la survie. Parler de l'attachement dans la théorie de l'attachement a une signification un peu différente du langage courant .être attaché à quelqu'un signifié seulement qu'en cas de détresse on se tourne vers cette personne spécifique pour y trouver un sentiment de sécurité .l'attachement est donc une dimension très particulière des liens interpersonnel affectifs durable et important entre deux personne. C'est un élément important pour le développement de l'enfant.

Dans ce chapitre on présentera l'historique, la théorie de l'attachement, sa définition ses figures, le comportement d'attachement, son importance ainsi ses facteurs, ses phases de développements, on présentera aussi les types d'attachement, en finira par présenté les troubles d'attachement.

1. Historique :

Depuis le milieu du XXe siècle, les travaux de nombreux psychanalystes sur le développement des très jeunes enfants et, en particulier, ceux de spitz, Anna Freud et Winnicott, ont contribué à la mise en évidence de phénomène clés pour le développement comme l'importance de la continuité relationnelle. (Guedeney, p6).

Bowlby (1969) est le fondateur de la théorie de l'attachement, psychiatre et psychanalyste anglais , avant la guerre , il a travaillé sur la séparation ,la perte et le deuil , il va ensuite mettre en évidence les mécanismes de formation et de développement des relations d'attachement en intégrant , en 1969, les apports de la psychanalyste et ceux de l'éthologie dans sa théorisation des liens d'attachement , essentiellement psychanalytiques pour comprendre la nature du lien qui se tissait entre le bébé et sa mère .(Savard,2010,p9).

En 1944, il a publié un rapport sur une étude réalisée dans ce centre ; il s'agit d'une étude rétrospective sur 44 jeunes voleurs, leur personnalité et leur vie de famille.

Le facteur essentiel distinguant ces jeunes voleurs des autres jeunes est une séparation prolongée d'avec les parents durant l'enfance par ailleurs il, remarque la présence fréquente d'un type de personnalité dite dépourvue de tendresse ou sans affection. (Gallien, 2006, p10).

La seconde guerre mondiale, amène les psychiatres et l'éthologue de cette période à s'intéresser au lien mère-enfant et aux conséquences des séparations précoces. Les études de Spitz (1947), connues sous le nom « d'hospitalisme », démontrent l'impact de la relation mère-enfant sur leur séparation. Il y parle pour la première fois de symptômes dépressifs du nourrisson et montre que plus la relation mère-enfant a été chaleureuse et aimante, plus la rupture sera dramatique. Enfin celle de Lorenz (1970), il travaillé sur les mécanismes mise en œuvre dans l'empreinte, connues sous le nom de « phénomène de l'empreinte », confirment la fonction adaptative de lien d'attachement qui se crée entre le jeune animal et sa mère ou son substitut. (Savard, 2010, p9).

Depuis les années 1970 la théorie de l'attachement ne cesse d'évoluer, et fait partie intégrante de la psychologie du développement, de la psychopathologie et de la psychothérapie. Et suscite de plus en plus d'intérêt des professionnels de la protection de l'enfant en se référant à un modèle théorique. (Guedeney, A & Guedeney, N, 2013, p6-7).

2. Définition de l'attachement

Bowlby (1969) décrit l'attachement comme étant « le produit des comportements qui ont pour objet la recherche et le maintien de la proximité d'une personne spécifique. C'est un besoin social primaire et inné d'entrer en relation avec autrui. En ce sens, il s'éloigne de Freud pour lequel les seuls besoins primaires sont ceux du corps, l'attachement de l'enfant n'était qu'une pulsion secondaire qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture ». (Savard, 2010, p 10).

Selon Diane (2010) « l'attachement est une relation affective réciproque et dynamique, qui s'établit entre deux individus et qui a une fonction adaptative pour

l'enfant et l'interaction entre ces deux personnes contribue à renforcer et à raffermir ce lien. (Diane, 2010, p 438).

On tandis que M. Ainsworth et Witting (1969) définissent l'attachement comme « un lien affectif et sociale qui se tisse entre un enfant et la personne qui en prend soin. Ce lien persiste à travers le temps et l'espace sur un continuum. L'attachement est un lien affectif, durable et caractérisé par la tendance d'un enfant à recherche la sécurité et le réconfort auprès de la figure significative en période de détresse ». (Gagnon, 2006, p 19).

3. La théorie de l'attachement

L'origine primaire de la théorie de l'attachement est avancée par « Bowlby » dans les années cinquante(1958), elle se focalise sur le paradigme de la sécurité en cas de détresse ou d'alarme. S'intéresse à ce qui influence le bien-être émotionnel et les interactions sociales du sujet lorsqu'il est dans un contexte de stresse, d'alarme, de manière générale, d'émotions négative.

La notion de l'attachement comme le décrit Bowlby, est un processus instinctif destiné à assurer la survie en maintenant une proximité entre l'enfant et sa mère. Elle occupe une place prépondérante dans la conception du développent affectif, d'abord enfant que processus essentiel à la survie et aussi comme élément-clé de la construction de la personnalité et de l'adaptation sociale. (Boudier & Celeste, 2010, p 51.52).

Selon Bowlby, l'attachement est un besoin social primaire pour entrer en relation avec autrui et c'est un élément essentiel à la survie de l'être humain. (Savard, 2010 p 10).

Contrairement à Freud, qui soutient que les besoins primaires sont ceux du corps et que l'attachement de l'enfant n'est qu'une pulsion qui s'étaye sur le besoin primaire de nourriture, du fait qu'il s'attache à sa mère ou à son substitut maternel parce que elle satisfait ses besoins d'alimentation et de soins ; Bowlby, nous informe que la relation avec autrui est essentielle dès les premiers mois de la vie pour le bon

développement de l'enfant, de plus la mère ou substitut maternel représente généralement une base de sécurité. (Beeck & Scofield, 2011, p 9).

Le but de l'attachement est que l'enfant va se sentir en sécurité, protégé et confiant le bébé a la capacité de former des liens d'attachements avec plusieurs personnes mais il va s'attacher davantage a une en particule (la plus souvent la mère), et c'est ce qui aura le plus d'influence sur lui. Le système d'attachements est actif par le stress : peur, douleur, maladie, séparation ou crainte de séparation. (Labbé, 2006, p 2).

3.1 La figure d'attachement

Selon Guedeney. A et Guedeney.N (2002), « une figure d'attachement est une figure vers laquelle l'enfant dirigera son comportement d'attachement. Sera susceptible de devenir une figure d'attachement toute qui s'engage dans une interaction sociale .animée avec le bébé et durable, et qui répondra facilement à ses signaux et à ses approche ».

Il s'avère que l'enfant a un besoin primordial d'établir un lien stable et sécurisant avec une figure d'attachement. Cette figure est choisie par l'enfant en fonction des réponses empathiques apportées à ses besoins. Ce rôle est donc souvent tenu par la mère mais il peut être également occupé par le père, une tante, un oncle, ou toute autre personne significative pour l'enfant et répondant à ses besoins. (Guedeney, N & A, 2002).

Selon Guedeney, N les figures d'attachement primaires sont celles qui se forment dans la première année. Les figures d'attachement secondaire se forment au-delà de cette période et tout au long de la vie. (Robillard & Boutet, 2013, p 6).

3.2 Le caregiving

Selon Bowlby (1988), le « caregiving » est défini comme « le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à donner des soins, à s'occuper d'un plus jeune que ce soit au niveau physique ou affectif. Le caregiving représente la complémentarité du système de comportements des parents et de l'enfant, il s'agit

d'un « équilibre dynamique ». Cassidy (1999), propose d'utiliser le terme de caregiving system, introduit au préalable par George et Solomon, afin de donner une description spécifique des comportements parentaux visant à obtenir la proximité et le réconfort à partir du moment où ils ressentent la détresse de l'enfant ou lorsque celui-ci se sent en danger. (Savard, 2010, p 12).

Selon Cassidy (2000), le caregiving dépend également des croyances culturelles, de la parentalité, de la qualité de l'environnement et de l'état émotionnel dans lequel se trouve le caregiving mais aussi du comportement de l'enfant. Ainsi, certains facteurs peuvent venir interférer les soins prodigués par le caregiver. Comme le réseau relationnel, la relation conjugale, les conditions de vie, le stress, les ressources matérielles et financières (Ainsworth, 1985), mais aussi l'histoire parentale et l'expérience du parent en tant qu'enfant. Ce système va se transformer à l'adolescence et se développera surtout durant la période de transition vers la personnalité (Guedeney, N & A, 2002, p 66).

3.3 Comportement d'attachement

Les comportements d'attachement visent à augmenter la proximité ou à maintenir le contact avec la figure d'attachement et se manifestent lorsque le sentiment de sécurité est menacé. Ces comportements d'attachement sont des manifestations innées qui visent à favoriser la proximité et à procurer un sentiment de sécurité. Il s'agit par exemple de la succession, l'étreinte, les pleurs, le sourire et la tendance à « aller vers et s'accrocher » que les enfants manifestent envers la figure d'attachement pour induire et maintenir le contact avec elle. L'enfant développe les comportements d'attachement qui sont les plus efficaces pour favoriser et maintenir la proximité avec le parent. De plus, il va adapter son comportement afin d'avoir le plus de chance possible de retrouver à nouveau en contact avec sa figure d'attachement. (Roullet, 2013, p 7).

Le comportement d'attachement, résultat à la fois d'un besoin inné et d'acquisitions, est bien plus important chez l'homme que l'animal et a une double fonction :

- **Une fonction de protection :** (sécurité apporté par l'adulte capable de défendre l'enfant vulnérable contre toute agression) aussi importante que le comportement alimentaire avec sa fonction de nutrition et que le comportement sexuel avec sa fonction de reproduction.
- **Une fonction de socialisation :** l'attachement se déplace au cours des cycles de la vie, de la mère aux proche, puis aux étrangers, enfin à des groupes de plus en plus larges et devient un facteur aussi important dans la structuration de la personnalité de l'enfant que la nourriture dans la vie psychique (Hallet & Beaufort., 2003, p 09).

4. Les types d'attachement

Ainsworth, distingue trois types d'attachement : sécurisé, insécurisé-évitant et insécurisé ambivalent-résistant. Un peu plus tard. M. Main élève de M. Ainsworth(1985) va être à l'origine d'un autre développement majeur : le Berkeley Adulte Attachement Interview (AAI), lui emboite le pas dans ses recherches et propose d'en distinguer un quatrième type d'attachement, désorganisé-désorienté. (Guedeney, N & A 2009, p 06).

4.1 Type (A) attachement non sécurisé-évitant

Est lié à des interactions de rejet de la part de la mère, l'enfant manifeste une certaine indépendance, et montre la perturbation particulière au départ de son parent ou à son retour. L'enfant ignore la figure d'attachement, il l'utilise peu comme base de sécurité et se livre à des activités D'exploration qui l'aident à supporter l'insécurité. Les mères de ses enfants sont peu sensibles aux besoins de leurs enfants.

4.2 Type (B) attachement sécurisé

L'enfant réagit lors de la séparation et accueille chaleureusement et contentement son parent au retour avec recherche manifeste de contexte, malgré la séparation l'enfant arrive à contrôler et explorer son environnement. Les mères des enfants de type (B) ont été sensibles et adaptées à leurs besoins, sont une base sécurité quand elles sont présentes.

4.3 Type (C) attachement non sécurisé / ambivalent-résistant

L'enfant se montre perturbé, agité, refus de contact à la séparation du parent, au retour de celui-ci l'enfant recherche le réconfort de façon ambivalent, dans un mouvement de colère, refus de se laisser consoler ou une détresse passive.

4.4 Type (D) attachement non sécurisé / désorganisé-désorienté

Ce groupe a été ajouté plus tard par Main, (1985).il s'agissent d'enfants qui, typiquement, se figent lors de la réunion dans une posture évoquant l'appréhension, la confusion, voire la dépression. Au retour du parent l'enfant manifeste des mouvements de rapprochement incomplet, (s'approcher avec la tête détournée, par exemple) l'expression des affects mal dirigée, indice du stress ou peur de parent. On parle d'enfants désorientés-désorganisés. Il s'agit pour beaucoup d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence (De leau 2006, p 163-166).

5. L'importance de l'attachement

Un attachement solide a donc plusieurs avantages et parmi les avantages on trouve :

- L'enfant se sentira en sécurité quand il sera plus grand, l'enfant sentira qu'il est digne d'affection et il aura une perception positive des autres. Il sera alors plus facile pour lui d'aller vers les autres, d'explorer son environnement et de vivre de nouvelles expériences. Au contraire un enfant avec un attachement insécurisé n'est pas disposé à aimer et à se laisser aimer. Il réagira mal aux compliments et aux récompenses. Par exemples il refusera qu'on lui fasse des câlins.
- Le bébé saura qu'il peut compter sur ses parents pour répondre à ses besoins : il aura donc plus confiance en eux lorsqu'il exposera le monde qui l'entoure et fera plus confiance aux autres. Par contre un enfant avec un lien d'attachement inadéquat aura tendance à se détacher des personnes autour de lui, comme s'il avait abandonné l'idée qu'on puisse répondre à ses besoins. Il pourrait même développer de la méfiance envers les adultes.

- Un enfant qui se sent en sécurité a plus de facilité à apprendre et à bien se développer sur les plans moteur et intellectuel.
- L'enfant aura une plus grande facilité à s'adapté aux différentes situations de la vis, car il se sentira soutenu par ses proches et sera plus apte à contrôler ses émotions dans les situations stressantes. Par exemple, la séparation avec l'adulte lorsqu'il commencera à fréquenter la garderie ou l'école sera plus facile.
- L'attachement facilitera l'apprentissage des habilités sociales et le partage des émotions. Un enfant avec un attachement solide manifestera aussi plus d'empathie et de coopération envers les autres. Cela l'aidera à former des relations solides avec les autres enfants, les éducateurs à la garderie ou les enseignants à l'école. En effet, un enfant avec un attachement insécure recherchera beaucoup l'attention. Il éprouvera de la difficulté à partager l'attention de l'adulte et à admettre ses torts. Ainsi il sera plus à risquer d'avoir des problèmes de comportement et de délinquance en vieillissant.
- Une fois adulte, il aura plus de chance de vivre des relations amoureuses saines et d'être satisfait au travail. Au contraire la personne sans lien d'attachement solide sera plus risque de vivre de l'insatisfaction dans ses relations de couple et même de la violence conjugale. Les relations de travail risqueront elles aussi d'être une source de conflit. (Hallet, 2003, p 16).

6. Les systèmes d'attachement

Le système d'attachement a donc comme objectif de maintenir la proximité du bébé, en fonction de ses besoins, avec la figure d'attachement. Dès la naissance, le bébé à sa disposition un répertoire comportementale qui lui permet d'obtenir cette proximité : il pleur et crie. Il exprime ainsi son malaise, sa détresse ou son inconfort ces comportements sont des signaux dont il dispose immédiatement pour attirer l'attention de ceux qui s'occupent de lui, ces comportement sont dits aversifs, il amène l'adulte en charge de l'enfant à se rapprocher de lui pour les faire cesse. (Guedeney, 2010, p 8).

6.1 Le système motivationnel :

Le système motivationnel d'attachement a pour principal objectif d'établir une proximité physique et un réconfort avec la figure d'attachement. Le système motivationnel s'active et/ ou se désactive par rapport au système rétrocontrôle qui est le fait des comportements biologiques sont programmés pour accomplir un but fixé à atteindre et/ ou des fonctions adaptives. Par exemple : un bébé qui pleure pour attirer sa figure d'attachement ou un bébé qui s'accroche à sa mère pour la retenir encore quelques instants avec lui. (Guedeney, N &Guedeney, A, 2013, p 9-10).

6.2 Le système de l'exploration :

Ce système permet à l'enfant d'apprendre les compétences nécessaires pour améliorer ses chances de survie. Ce système est lié à la maîtrise et à la curiosité, aide l'enfant à apprendre et comprendre son environnement. Le système de l'exploration se développe surtout à partir de la fin du premier semestre, le bébé peut s'éloigner pour explorer et étendre ainsi considérablement son horizon. Mais il peut aussi prendre à son propre compte le contrôle de la proximité par rapport à sa figure d'attachement. (Guedeney, 2010, p 15).

6.3 Le système peur-angoisse :

Le système d'angoisse correspond à la capacité de faire face et de s'adapter à toute situation nouvelle effrayante ou dangereuse. On peut dire qu'il s'agit de la manière que le sujet perçoit et réagit face à une situation alarmante. (Beata., 2011, p 94).

Le fait d'avoir peur de certains stimulus et d'y faire face constitue un avantage pour la survie, c'est-à-dire ici le sujet va essayer de mettre en place ses capacités pour pouvoir s'en sortir en l'absence de sa figure d'attachement et va développer son autonomie et compter sur soi-même (la peur et le comportement d'attachement sont souvent activés simultanément pour faire face à un indice soudain et qui est perçu comme dangereux). (Guedeney, A& Guedeney, N, 2013, p 12).

7. Les phases de développement de processus d'attachement

Selon Bowlby (1969), le lien d'attachement c'est entre la prédisposition de l'enfant et la sensibilité de la mère ou le substitue maternelle (père, sœur, grands-parents, tante...) que s'instaure et se développe, et décrit trois phases dans le développement du processus d'attachement :

7.1 La phase d'orientation du bébé vers tout partenaire (0 à 3 mois)

La phase où le nourrisson active ses comportements d'attachement sans discrimination de figure d'attachement particulière. Il n'existe pas de véritable attachement, le bébé est réceptif à toutes les situations sensorielles qui peuvent l'apaiser, il peut participer activement à l'interaction avec autrui grâce à ses capacités sensorielles fonctionnelles dès les premiers jours de la vie. (Lehalle, 2002, p 46).

7.2 La phase d'attachement focalisé (3 à 6-7 mois)

Le comportement d'attachement diversifie par un meilleur contrôle psychomoteur envers la personne qui lui donne des soins et la distinction de personnes familières (discrimination de figure d'attachement), le bébé commence à faire preuve de discrimination dans ses comportements d'attachement, et continue à traiter de façon positive toutes les personnes qui entrent en contact avec lui mais réagit plus rapidement aux personnes privilégiées (sourire) et moins spontanément aux étrangers. A ce stade l'enfant ne montre d'anxiété particulière à la séparation de sa mère ou substitue maternelle.

7.3 La phase de consolidation des liens d'attachement (8 mois et plus)

L'enfant élargit la gamme des moyens de maintenir la proximité et le nombre de figures d'attachement (attachement multiple). D'après Bowlby, on peut considérer que l'objet d'attachement est, les personnes entrant en contact avec l'enfant ne sont plus interchangeables, une ou quelques personnes privilégiées seules arriveront à apaiser l'enfant en cas de détresse, à partir de ce moment, vont apparaître des comportements nouveaux et spécifiquement adressés aux personnes privilégiées. A ce stade l'enfant va réagir négativement à la séparation avec la figure d'attachement, et

l'accueillir positivement à son retour, et la chercher préférentiellement en cas de détresse. Enfin la présence de la figure d'attachement permettra à l'enfant d'explorer sans crainte un environnement nouveau, et une représentation suffisamment stable de cette figure d'attachement, « un modèle, interne opérant », afin d'y faire face à des séparations futur de plus en plus longues d'avec elles c'est en cela qu'un attachement suffisamment bien constitué est la condition du détachement et de l'autonomie. (Lehalle, 2002, p 47).

8. Les facteurs influençant la qualité d'attachement

L'établissement du lien d'attachement résulte d'une adaptation réciproque entre l'enfant et sa figure d'attachement. Pour Bowlby, (1969) la manière dont l'enfant organise ses comportement dépend à la fois des caractéristiques de la figure d'attachement et des caractéristique de l'enfant.

8.1 La réaction appropriée des parents à l'enfant (soins parental)

Les parents doivent réagir de façon appropriée aux signaux que l'enfant émet. Bowlby(1988) évoque l'existence d'un système motivationnel, le caregiving (fonction de prendre soin), qui organise les soins parentaux répondant aux besoins d'attachement de l'enfant. Le caregiving normalement va du parent vers l'enfant, et ne constitue qu'un aspect du lien unissant de parent à son enfant. Le parent est alors appelé le caregiver (celui qui prend soin). Les réponses fournies par la mère aux signaux de détresse et aux besoins de réconfort manifestés par l'enfant sont déterminantes dans le développement de la relation mère-enfant, et qui regroupe tous les comportements d'une figure d'attachement. Comprenant les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant, à promouvoir la proximité et le réconfort vis-à-vis de l'enfant perçus comme en danger ou en détresse.

Ce peuvent-être des comportements comme sourire, rejoindre, tendre les bras, bercer, appeler, éteindre, retenir, consoler...etc. (Guedeney, N & A, 2009, p 18).

Egalement, Ainsworth a montré qu'il Ya une relation significative entre la sensibilité de la mère aux signaux de son enfant pendant les toutes premières années de

la vie. La mère ayant une plus grande maturité et plus de pouvoir d'action sur son environnement que l'enfant, celle-ci exercerait une influence disproportionnée sur la relation qu'elle établit avec lui. Plus elle répond aux besoins de son enfant et notamment à ses signaux de détresse, plus elle favorise un attachement sécurisant. Elle estime que les caractéristiques maternelles sont à l'origine de la sécurité ressentie par l'enfant à l'égard de sa mère. (Boudier, 2002, p 45).

8.2 La disponibilité émotionnelle des parents

La personne qui s'occupe de l'enfant et lui prodigue des soins, doit être émotionnellement disponible et à le désir de le faire, qu'elle soit capable d'établir un attachement émotionnel avec l'enfant. Les parents qui sont émotionnellement perturbés (déprimé) ou qui sont aux prises avec des difficultés économiques peuvent être accaparés par leur problèmes et ils sont incapables d'investir émotionnellement dans la relation parents-enfant.

8.3 La Transgénéralisation de l'attachement

Permet de décrire les interactions ou les échanges, positifs ou négatifs, qui peuvent se dérouler entre des individus qui appartiennent à des générations différentes. Selon Main, l'aspect transgénérationnel d'attachement met en évidence que les parents ont tendance inconsciente à répéter les comportements de soins maternel, les patterns relationnels au sein de la dyade mère-enfant, et le développement de l'enfant, C'est-à-dire que les parents tendent à répéter avec leur enfants inconsciemment les caractéristiques relationnelles qu'ils ont expérimentées avec leur propre parents. Cela implique que le style éducatif est à prendre en compte. (Bénony, 2005, p 46).

8.4 Autres facteurs susceptibles d'influencer la qualité d'attachement

- ✓ **Le tempérament de l'enfant**, C'est-à-dire de ses caractéristiques individuelles présentes à la naissance. Sroufe, (1985) montre que le tempérament est l'ensemble des caractéristiques motrices et psychologiques de l'enfant qui existe dès la naissance, est l'un des facteurs déterminant les modalités des réponses de la mère aux besoins de son enfant. Le

tempérament oriente l'expression émotionnelle de l'attachement, mais celui-ci se construit en fonction des réponses plus au moins adaptées que l'enfant reçoit, c'est-à-dire prendre le style éducatif en compte (Cartron & Winny Karmen, 2004, p 14).

Par ailleurs, Ainsworth, explique que ce sont donc des dispositions innées ou constitutive de l'individu telles que l'irritabilité ou encore la sensibilité de l'enfant qui sont à l'origine des comportements observés lors de la situation étrange. (Boudier, 2002, p 45).

- ✓ **Les effets de la garde non parentale**, de nombreuses études ont montrées qu'une fréquentation intensive et précoce d'un mode de garde non parentale pouvait avoir des effets néfastes sur la qualité de l'attachement à la mère. En effet, d'après Milj Kovitch (2001), il semblerait que les conséquences négatives de la garde non parentale soient beaucoup moins importantes, voire inexistantes, lorsque l'accueil est de bonne qualité. Ce sont davantage les conditions dans lesquelles l'enfant est gardé que les personnes prodiguant les soins qui semblent être particulièrement importantes, surtout pendant la première année.

Enfin, très peu d'études se sont intéressées à l'influence du sexe de l'enfant sur la qualité d'attachement.

Les attentes des parents différents en fonction du sexe de l'enfant. A titre d'exemple, les comportements d'attachement peuvent-être perçus par les parents comme des comportements de dépendance et ce d'autant plus lorsque l'enfant est un garçon. (Bacro, 2007, p 15-16).

9. Le trouble d'attachement

Trouble de l'attachement n'est pas en soi une pathologie, mais peut conduire à une pathologie et qui peut prendre plusieurs formes différents.

En 1993, Charlez Zeanah et ses collègues ont établi un nomenclateur des troubles d'attachements durant l'enfance. (Roullet, 2013, p 17).

- **Trouble d'absence d'attachement**

Ces enfants ne semblent pas s'intéresser à établir une relation privilégiée. Il existe un détachement émotionnel rappelant la « personnalité dépourvue de tendresse » décrite par Bowlby à propos des jeunes délinquants. Ils ne manifestent pas d'angoisse de séparation. (Gallien, 2006, p 70).

- **Trouble d'attachements non sélectifs**

Ces enfants ont tendance à s'attacher à tout le monde, à montrer des attachements indiscriminés. Ils peuvent utiliser l'attachement comme une sorte d'habileté sociale mais ne s'intenses pas vraiment à ces adultes et ne manifestent d'ailleurs pas d'angoisse de séparation à leur égard. Zeanath précise que certains de ces enfants présentent des comportements à risque et se mettent facilement en danger. Dans ce cas les comportements d'exploration sont exagère au détriment des comportements d'attachements.

- **Trouble d'attachement inhibé**

Dans ce cas les comportements d'attachements sont exagères par rapport à l'exploration. L'enfant s'accroche de façon excessive à une figure d'attachements spécifique et s'intéresse peu à ses environnements. Cette catégorie rappelle l'attachement anxieux résistant. Existe une forte dépendance à la figure d'attachements et un extrême en cas de séparation.

- **Trouble d'attachement agressif**

Ces enfants montrent des comportements qui dépassent la simple ambivalence de l'attachement anxieux résistant. L'agression verbale ou physique peut construire une stratégie destinée à obtenir l'attention du parent. Parfois, il peut y avoir une composante auto agressive.

- **Trouble d'attachement avec renversement des rôles**

Cette catégorie inclut la « parenification » de l'enfant, qui va chercher à protéger sa figure d'attachement.

Cette attitude de contrôle du parent a été décrite par Mary Main des enfants qui avaient montré un type d'attachements désorganisés lors de la situation étrange et qui avaient été revus à 6 ans dans une situation de séparation. (Galiën, 2006, p 71).

Synthèse

La théorie de l'attachement, apporte une nouvelle compréhension des phénomènes psychologiques et cliniques. Elle confirme l'importance de la relation interpersonnelle, indispensable à l'épanouissement du fonctionnement humain

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs comme un élément essentiel à la survie humaine. Donc l'attachement est une dimension très particulière des liens interpersonnels affectifs durables et importants entre deux personnes.

La partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche

Préambule

Chaque chercheur doit adopter une démarche scientifique qui comporte une méthodologie. Pour le guider et l'orienter durant sa démarche afin que cette dernière soit bien établie, adéquate et basée sur des techniques bien spécifiques pour pouvoir infirmer ou confirmer ses hypothèses.

Dans cette partie, nous allons présenter les différentes étapes d'élaboration de notre recherche : méthode de recherche, lieux de recherche, groupe de recherche, les outils ou les techniques utilisés.

1. Pré-enquête

Dans toute recherche scientifique, la pré-enquête est très importante, elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments qu'on a prévus pour effectuer l'enquête dont l'objet est le recueil de données. (Madelin, 2001, p 550).

La pré-enquête est définie comme étant « la phase d'opérationnalisation de recherche théorique. Elle consiste à définir des liens entre d'une part, les constructions théoriques : schéma théorique ou cadre conceptuel selon les cas, et d'autre part, les faits observables afin de mettre en place l'appareil d'observation ». (Chauchat, 1990, p 19).

Notre pré-enquête est à pour objectif la connaissance de terrain d'étude et connaître notre échantillon, donc la réalisation de notre pré-enquête a été au niveau de l'établissement public de santé à Sidi-Aïche à pour but d'observer ou mesurer la qualité de lien d'attachement chez les suicidants.

En première lieu, nous sommes passés au bureau de directeur de l'hôpital et de psychologue pour avoir l'accès au stage s'il y a des cas, en s'est présenté en temps qu'étudiant en Master 2 en psychologie clinique préparant un travail de fin de cycle, à l'université de Abderrahmane Mira de Bejaia en vue d'obtenir un diplôme de master, à cette fois nous avons présenté notre thème de recherche auprès de directeur qui nous a donné l'autorisation d'accès.

Nous avons effectué notre stage pour une période de (11 mars jusqu'à 31 mai, 2018).

Ce travail nous a permis d'élaborer un guide d'entretien final « semi directif » qui comporte des questions qui sont rapport avec notre thème de recherche, et d'en ajouter une échelle qui est pertinente à la mesure de la qualité d'attachement.

2. Méthode de recherche

Nous avons opté pour la méthode clinique basée sur l'étude de cas. Cette méthode clinique semble être la plus appropriée aux objectifs de notre recherche.

2.1 La méthode clinique

La recherche en psychologie clinique est spécifiée par la méthode clinique qui s'applique à tous les secteurs de la conduite humaine.

La méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ».

Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (l'observateur est partie intégrante de l'observation), à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieure qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie.

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas unique. (Chhraoui & Bénony, 2003, p 11).

2.2 L'étude de cas

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une Observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence.

Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible, le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenus actuelles et passées (histoire du sujet, organisation de la personnalité, relations avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela, il rassemble un grand nombre de données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilans d'exams psychologiques, témoignages des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relations avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celles-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Chhraoui & Bénony, 2003, p 125-126).

3. Le groupe de recherche

Nous avons sélectionné d'une manière volontaire cinq (5) cas qui ont effectué une tentative de suicide, âges entre (15 à 50), mais nous avons gardé que 04, car Fouad qui âgé de 15 ans a commis sa tentative de suicide à cause de l'application de baleine bleu. Sa curiosité pour jouer avec cette application l'a mené à commettre une tentative de suicide. Alors nous avons sélectionné nos cas selon les critères suivants :

3.1 Les critères de sélection : les critères de sélection de notre groupe de recherche sont les suivants :

- Les suicidants sont des adultes et adolescents.

- Ils ont âge de 20 ans à 50 ans.
- Ils sont tous pris en charge par un psychologue et psychiatre au niveau de l'établissement de santé à sidi-aiche.

3.2 Les caractéristiques de groupe

Notre groupe se constitués de 4 cas suicidant, dans, 1 hommes et 3 femmes, leur âge varié entre 20 ans à 50 ans.

Le tableau suivant résume les données générales inhérentes à notre groupe

Nom	Sexe	Age	Situation familiale	Niveau d'étude	Moyen utilisé	Nombre de tentative
Imane	Féminin	20 ans	célibataire	1 ^{er} année LMD	Médicament	Une fois
Amira	féminin	24 ans	célibataire	Master I	Défénestré	Une fois
Nadir	Masculin	50 ans	Marie	Non scolarisé	Etrangler	Une fois
Lylia	Féminin	23 ans	Marie divorcé	4 ^{eme} année moyenne	Couper ses veines	Une fois

Tableau n° 01 : récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de recherche

Ce tableau représente les caractéristiques de notre groupe de recherche selon leur âge, leur situation familiale, leur niveau d'étude, leur moyenne utilisée, ainsi que leur nombre de tentative de suicide, ils sont de nombre de quatre suicidants qui sont de sexe féminin et masculin.

4. le lieu de recherche

L'approche du terrain est très importante pour réaliser une étude ou une recherchescientifique puisqu'elle constitue une base de données et d'information sur le sujet étudié.

Notre étude est déroulée au niveau de l'établissement public hospitalier de Sidi Aiche d'une durée deux mois et demi.

4.1 Historique

Le centre Rachid Belhocine (secteur sanitaire de Sidi Aiche) est mis en service en 1986. Il est situé à 1Km du centre-ville de Sidi Aiche. Il est lié à l'ancien hôpital qui est devenu actuellement une polyclinique.

- sa capacité technique est de 24 lits, sa capacité réelle est de 24 lits.
- Il est composé de 6 services d'hospitalisation.
 - Médecine interne.
 - Urgence médicale.
 - Maternité.
 - Urgence gynéco.
 - Chirurgie.
 - Pédiatrie.
 - Et une unité qui est le centre d'hémodialyse.

Au premier étage on trouve :

- Cuisine
- Buanderie
- Morgue...etc.

Au deuxième étage on trouve :

- Surveillance générale
- Bureau d'entrée et sortie.
- La pharmacie
- Urgence médicale.
- Service réanimation.
- Maternité.
- Plateau technique : qui composé de :

- Radiologie.
- Laboratoire.
- Bloc opératoire.

Au troisième étage :

- Service de médecine interne.
 - Unité pour femmes.
 - Unité pour hommes.

Au quatrième étage :

- Service de chirurgie générale.
 - Unité pour femmes.
 - Unité pour hommes.

Au cinquième étage :

- Service unité-rhino-laryngologie (ORL) :
 - Unité pour femmes.
 - Unité pour hommes.
- Il existe une suite centre d'hémodialyse qui à côté de l'ancien hôpital.

5. Les outils de recherche

La méthode clinique à travers l'étude de cas nous offre des moyens d'exploration et de Mesure, nous avons choisir pour notre recherche, l'entretien qui est un des outils privilégié dans la recherche en psychologie clinique, et on a recouru à l'échelle adulte Scal (ASS).

5.1 L'entretien clinique

L'entretien est utilisé dans un certain nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales : il se révèle un outil indispensable et irremplaçable pour accéder aux informations subjectives des individus, à leur biographie, à leurs représentations personnelles sur tel ou tel problème.

Ce qui fonde la spécificité de l'entretien clinique c'est le terme « clinique » qui renvoie d'une part : champ de pratique et d'intervention du clinicien qui intéressent généralement le domaine des soins, d'autre part l'attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillante, respect) correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique. (Bénony & Chhraoui, 1999).

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet-dans le sens, évidemment, où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (Alain Blanchet, 1997).

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose. Le petit Robert, simplement comme « l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. (Bénony & Chhraoui, 1999, p 11-12).

Cet échange à des objectifs précises, il existe différents types d'entretiens cliniques : directif, non directif, semi directif, et ce dernier est beaucoup plus approprié à notre recherche.

5.2 L'entretien semi-directif

Le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'associations.

Dans ce type d'entretien, la liberté de l'enquêteur et de l'enquêté est moins grande. Il n'Ya plus consigne de départ, mais plusieurs intervention décidées à l'avance, si non dans leur forme et leur déroulement, du moins dans leur contenu. De même, l'enquêté peut répondre à sa guise. (Chiland, 1983, p 12).

5.3 guide d'entretien

Nous avons établi un guide d'entretien qui comporte (3) axes, chaque axe est constitué des questions en relation directe avec notre recherche, les questions sont posées en langue française et en kabyles.

Les informations personnelles : son objectif c'est de relever plus d'informations personnelles de sujet.

- 1. Axe N°1 :** renseignement sur la vie relationnel et familial du suicidant, son objectif est de savoir la qualité relationnelle et le lien d'attachement avec sa famille.
- 2. Axe N°2 :** renseignement sur la vie social et professionnel du suicidant, son objectif est de savoir la qualité relationnelle du suicidant au sein de son environnement social et professionnel.
- 3. Axe N°3 :** renseignement sur le patient suicidant avant, au moment, et après l'acte suicidaire, son objectif est d'évaluer la qualité de l'attachement du suicidant.

5.4 Présentation de l'échelle Adulte Attachement Scale (AAS)

L'échelle Adulte Attachement Scale a été officiellement élaborée par Collins, N.L et Read, S. J (1990), en rapports test- reste pour une période de deux 02 mois développé avec un échantillon d'étudiants de premier cycle. Les auteurs cherchent à mesurer les dimensions de style d'attachement adulte y compris le confort avec la proximité des modalités de travail, et la qualité des relations, construites sur les travaux antérieurs de Hazen et Shaver (1987) et Levy et Davis (1988) par la décomposition des descriptions originales prototypique sur l'attachement à l'adulte.

L'inventaire de l'attachement ASS contient un ensemble des items d'auto évaluation destiné à mesurer les styles d'attachement chez les sujets à partir de l'âge adolescence en référence à la théorie de l'attachement de Bowlby. Sur la base de conceptualisation et d'instruments d'évaluation de recherche sur l'attachement. L'échelle ASS est un instrument reflétant les attitudes liées à l'attachement, dans laquelle mesure une personne se sent proche de son partenaire, est capable de compter sur l'autre, et combien a peur de prendre un partenaire intime.

L'échelle comporte une série de 18 items. Chaque élément est évalué sur une échelle de 5 point allant de un (1) qui signifie pas du tout caractéristique à cinq (5) qui signifie très caractéristique.

1-----	2-----	3-----	4-----	5
Pas du tout			très	
Caractéristique			caractéristique	
De moi			de moi	

Cet instrument (ASS), contient trois sous-échelle chacune composées de six éléments à moyenne de note les réponses du sujet. Les trois sous-échelles sont « s'écure », « dépendant », « anxieux ». L'échelle « sécure » mesure dans laquelle une personne est à l'aise avec la proximité et l'intimité. L'échelle « dépendant » mesure dans laquelle une personne se sent / elle peut dépendre des autres. Les mesures sous-échelle anxiété dans laquelle la personne est inquiète d'être abandonnées ou mal-aimé par autrui.

5.4.1 La notation

La note à l'ASS est en additionnant les indices numériques des 18 items étant cote de un (1) à cinq (5) puis on calcule la moyenne pour les six (6) éléments qui composent chaque sous-échelle comme indiqué ci-dessous.

Il faut faire attention pour les articles marqués d'un astérisque (*) doivent être inverse avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Les items de chaque sous-échelle

1. SECURE = (1 7 9 13* 15* 17*)

2. DEPENDANT = (3* 6 8* 14 16* 18*)

3. ANXIEUX = (2* 4 5 10 11 12)

A. Le score plus élevé au sous échelle « s'écure » indique sentiment de confort avec proximité et d'intimité.

B. Le score plus élevé au sous échelle « dépendant » indique que le sujet est dépendant des autres.

C. Le score plus au sous échelle « anxieux » indique une plus grande inquiétude d'être rejetés et mal aimé.

5.4.2 La consigne

Cette échelle contient dix-huit (18) articles d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacunde ces items, puis placez un nombre compris entre un (1) et cinq (5) dans l'espace prévu à la droite de chaque énoncé qui décrit le mieux vos caractéristique. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque article. (Collins, 2008, p 02-05).

6. Le déroulement

Nous avons commencé notre pratique à durée 11/03/2018 à 31/05/2018 qui s'est déroulée comme suite :

6.1 La passation de l'entretien et l'échelle(AAS)

6.1.1 Premièrement :

Avant la réalisation de l'entretien et de passer l'échelle de l'attachement avec nos cas, nous sommes tout d'abord présenté comme suite ; nous sommes des étudiant de master 2 en psychologie clinique, à l'université de Bejaia Abderrahmane mira, nous avons préparé une recherche scientifique afin d'obtenir une attestation, on 'a expliqué notre objectif de notre recherche qui porte sur« la qualité de lien d'attachement chez les suicidant». Nous souhaitons d'être avec nous pour réaliser ce travail dans l'objectif de servir tous les lecteurs de ce sujet.

Après avoir le consentement des patients à participer dans notre recherche, nous avons fixé un rendez-vous avec eux, et nous allons utiliser un guide d'entretien et une échelle adulte d'attachement scal (AAS) qui comporte 18 items dans le but chaque cas doit cochiez les réponses les plus correspondent.

6.1.2 Deuxièmement

Nous avons réalisé un entretien semi-directif avec chacun de nos cas, dont le but d'avoir des informations sur le sujet et les préparer pour l'application de l'échelle. L'entretien était déroulé dans le bureau du psychologue, la durée de l'entretien a été entre 30 à 40 minutes.

Après l'entretien, en a fait la passation de l'échelle adulte attachement scal (AAS), avec chaque cas, l'échelle a durée 25 minutes pour chacun.

Nous avons effectué l'entretien et l'échelle avec la langue kabyle et française, cela en fonction du niveau de connaissance de nos cas.

Synthèse

Notre recherche porte sur la qualité de lien d'attachement chez les suicidant. A pour objectif de savoir le lien d'attachement de chaque cas. Pour mener cette recherche notre pratique s'est déroulée au niveau de l'établissement de santé publique de sidi-aiche, et notre étude de terrain à durée de 2 mois et demi.

Dans notre recherche nous avons utilisé deux outils d'investigation qui sont : l'entretien semi-directif à visée de recherche dans le but de recueillir le maximum d'information sur le sujet , et l'échelle Adule Attachement scal(AAS) réaliser avec les patientsuicidant dans le but avoir la qualité de lien d'attachement, ces deux outils d'investigations nous ont permis de rassembler des données que nous pouvons analyser et interpréter afin d'infirmer ou de confirmer notre hypothèse de recherche.

Chapitre IV

présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses

Présentation et analyse des résultats des quatre cas

1. Présentation et analyse de premier cas (Imane)

1.1. Présentation et analyse de l'entretien :

Imane est une jeune fille âgée de 20 ans, elle est la 3^{ème} d'une fratrie de quatre enfant (deux filles et deux garçons), orpheline de mère, célibataire, étudiante en première année LMD, sa tentative de suicide remonte à 9 mois.

Notre entretien avec Imane s'est bien déroulé. Elle répond à la plupart de nos questions sans difficulté. Imane nous a informés qu'elle a fait une tentative de suicide où elle a pris un médicament « gestion caustique » pour mettre fin à sa vie.

Lors de l'entretien, notre cas nous a soulignés que sa mère a une maladie mortelle qu'il s'agit de cancer de sein, selon ses dires, avant la maladie de sa mère, elle se présente coopératif avec tout le monde, elle était gâtée et trop attaché envers ses parents, mais toute à changer après la maladie de sa mère, qui a nécessité une hospitalisation, Imane semble triste, elle se sente pas à l'aise, ce qui la rend souvent angoissée.

Imane nous a raconté, avec beaucoup d'émotion, que ses problèmes ont commencé après la mort de sa mère, elle dit qu'elle a perdu sa mère, quand elle avait 19 ans « j'ai vécu une période très difficile, ce n'est pas facile d'accepter que ma mère est morte, j'étais plus proche d'elle ». Après elle a arrêté ses études pendant un mois.

Notre cas rajoute que après 4 mois de décès de sa mère son père décide de remarier avec une autre femme qui va prendre la responsabilité de sa famille, Imane n'a jamais accepté l'idée qu'une autre femme prend la place de sa mère qu'elle aime beaucoup est trop attaché à elle, alors que ses frères sont d'accord pour cette relation.

Après le mariage de son père, Imane rapporte qu'elle avait des conflits avec sa belle-mère. Elle dit qu'elle déteste sa belle-mère, je n'ai plus de confiance en elle. A ce

Moment-là la relation avec son père est détruite et le contact avec lui devient impossible. Imane a pris la décision de quitter son domicile et d'aller à la fac où elle réside chez sa copine pour continuer ses études, elle trouve que c'est mieux et au même temps elle s'éloigne des problèmes de la maison, elle dit que son père lui demande de revenir mais Imane refuse, après tous ses événements, le père de Imane a pris la décision de lui faire arrêter les études et de rentrer chez elle, Imane ne fait rien que de pleurer, elle voyait que son père est contre son avenir. Donc la solution pour elle est de mettre fin à cette souffrance. Imane a pris la décision de mettre fin à sa vie, elle dit que « je n'ai rien à faire dans cette vie » où elle avale une boîte de comprimés de sa grand-mère « gestion caustique », heureusement, sa grand-sœur l'a découverte et l'aide à vomir, ce qui n'a pas nécessité son hospitalisation.

Imane regrette son geste, et notamment elle a suivi chez un psychologue.

Nous avons remarqué que notre cas a développé des troubles tels que la dépression et l'angoisse de séparation.

D'après cet entretien on a constaté qu'après le décès de sa mère, sa relation avec sa famille n'était pas assez bien, surtout avec son père et sa belle-mère, ce que nous a aidé à saisir que le lien de type d'attachement d'Imane est insécure.

Tableau n°01 : résultat de l'échelle(AAS) de Imane.

Sous-échelle	Résultats
Sécure	15
Dépendant	24
Anxieux	11

Les résultats de l'échelle de (Imane) se situent dans le modèle insécure d'un score 24.

1.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (AAS)

Notre cas présente notamment un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) à l'item N° 3 « je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) N° 8 « je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en a besoin ».

Son caractère de dépendance dans ses relations à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là à chaque fois qu'elle en aura besoin, cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (5=oui) à l'item N° 14 « je sais que les gens vont être là quand j'aurai besoin ».

1.3. Synthèse du cas

Imane est une jeune fille, associée à des troubles tels que la dépression et l'angoisse de séparation, gâtée, elle est dépendante. Sa mère est décédée, donc elle était face à une famille monoparentale, avec l'absence de sa figure maternelle. Notre cas ne cherche plus à conserver le contact, généralement elle montre une détresse lors de la séparation. Elle est marquée par une sensibilité à l'égard de sa famille, a un manque de confiance à autrui, et un évitement de contact avec sa famille. Notre cas a un score de 24 pour la sous-échelle (dépendant). Alors, les résultats nous laissent penser que le lien de type d'attachement d'Imane est insécure ambivalent.

2. Présentation et analyse de deuxième cas (Amira)

2.1. Présentation et analyse de l'entretien

Amira est une jeune fille âgée de 24 ans, fille unique, étudiante en master 1, célibataire, elle est issue d'une famille pauvre, orpheline de père et sa mère est une femme au foyer, sa tentative de suicide remonte à 3 mois.

L'entretien s'est déroulé au bureau de la psychologue. Au début de l'entretien, Amira était calme et très timide, mais au fur et à mesure l'atmosphère s'est détendue et mise à l'aise, suite à nos encouragements et explications, elle a collaboré sérieusement.

Amira commence à nous raconter son histoire, du début jusqu'à sa tentative de suicide.

Tout a commencé le jour où elle a perdu son père, elle avait 22 ans. Elle dit « après la mort de mon père ma vie a basculé, Je ne savais quoi faire, comment on va vivre ».

Elle disait « je suis une fille unique, j'ai juste ma mère, je n'ai pas des proches, nous sommes d'une famille pauvre, notre situation économique est très dure. Ma mère est une femme au foyer elle ne travaille pas et moi je suis étudiante je veux continuer mes études mais je vois que c'est trop difficile ».

Amira nous informe qu'après une période elle a abandonné ses études à cause de sa situation sociale familiale précaire, manque de moyen.

Elle voyait tous ses rêves s'écrouler, Amira ne fait que pleurer, ne dort pas, ne mange pas toujours triste, elle dit d'un air triste « Pour moi, c'est la fin du monde ». Dés fois j'ai des idées suicidaires, je pense à la mort pour mettre fin à cette souffrance, mais l'amour de ma mère et la conviction religieuse qui m'interdit, je n'ai pas eu le courage de le faire.

On lui demandait de nous parler de ses relations, quand elle était à la fac, d'après ses réponses nous avons repéré une sorte de timidité, elle nous a dit « je suis timide, j'ai peur de contacter les autres, mais je me sent à l'aise quand quelqu'un se rapproche de moi ». Elle nous a rajouté qu'elle préfère rester seule, elle évite des personnes ou passer son temps avec autre chose.

Elle nous informe aussi que depuis un an elle souffre d'une maladie qui s'appelle « Lupus », une maladie de peau auto-immune chronique qui touche

Surtout les jeunes femmes. Elle se reconnaît notamment à des rougeurs et des boutons sur le visage, qui provoque des douleurs articulaires, la fatigue, chute de cheveux quand stressé, ensuite elle s'est présentée chez un dermatologue, qui lui a donné un traitement à suivre. Mais tout à coup elle est tombée gravement malade cette maladie s'est développée, ce qui a nécessité une hospitalisation de quelques jours. Amira a été hospitalisée à l'hôpital de Sidi-Aïche pendant 4 jours à cause de cette maladie « Lupus », ils lui ont donné un traitement qui a provoqué des hallucinations auditives qui lui ont ordonné de se donner la mort. (La nuit j'ai entendu une voix qui parle avec moi à haute voix, qui me dit : tu n'as pas un avenir, ta vie n'a pas de sens, tu n'es pas comme les autres, alors la solution pour être à l'aise tu dois mettre fin à tes jours, tu attends quoi). Au bout du 4^{ème} jour de l'hospitalisation à 7 heures de soir, Amira a essayé de se déféner à l'hôpital et heureusement sa mère est arrivée dans le bon moment.

D'après les dires de la patiente, elle n'est pas consciente quand elle est passée à l'acte suicidaire, accuse le traitement qui a provoqué des hallucinations auditives, il l'a rendu inconsciente.

Alors avec la prise en charge psychologique et le suivi psychiatrique elle se sent bien et à l'aise, et maintenant elle est en bon état.

D'après cet entretien on a constaté qu'après le décès de son père, sa situation familiale et économique est très difficile. Et son contact avec les autres n'était pas vraiment assez bien, elle s'isole, ce que nous a aidé à saisir que le lien de type d'attachement d'Amira est insécure.

Tableau n°02 : résultats de l'échelle(AAS) de Amira.

Sous-échelles	Résultats
S'écure	17
Dépendant	18
Anxieux	12

Les résultats d'Amira se situent dans le modèle insécure (dépendant) d'un score 18.

2.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle(AAS)

Les réponses de notre cas à l'échelle (AAS) se caractérisent par une ambivalence, d'un part elle se méfie des autres, cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre (5= oui) à item N° 8 « je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin », et dans sa réponse par le chiffre (2= pas du tout) à item N 14 « je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin ».

D'autre part elle est convaincue qu'elle peut compter sur les autres, cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre (1= pas du tout) à item N18 « je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin ».

2.3. Synthèse du cas

Amira une jeune fille qui atteint une dépression et une maladie de peau. Elle est marquée par une timidité, un estime de soi bas, ainsi qu'une sensibilité à la proximité et un isolement, un manque de confiance envers les autres, ce qui l'empêche de faire des liens avec eux. Notre cas a un score de 17 pour la sous-échelle (dépendant). Alors, les résultats nous laissent penser que le lien de type d'attachement d'Amira est insécurité ambivalent.

3. Présentation et analyse de troisième cas (Nadir)

3.1. Présentation et analyse de l'entretien

Nadir, un homme âgé de 50 ans, marié, père de 3 enfants, deux filles et un garçon, est un Maçon, sa tentative de suicide remonte à 6 mois.

L'entretien s'est déroulé dans le bureau du psychologue. Notre entretien avec Nadir s'est fait d'une manière très facile et spontanée avec une collaboration riche, il répond à la plus part de nos questions sans difficulté.

Nadir commence à nous raconter son histoire, du début jusqu'à sa tentative de suicide. Nadir dit : « je suis un homme alcoolique pendant 30 ans, c'était à l'âge de 20 ans que j'ai commencé à consommer l'alcool, au début c'est normal, je peux faire le contrôle, mais avec le temps, je suis devenu incapable de rester sans consommer l'alcool, dépendant à lui ».

Il disait « je rentre tard à la maison, j'ai abandonné ma femme, mes petits-enfants, et le peu que je gagne, je le dépense dans l'alcool ».

Il nous informe que sa femme a fait l'impossible pour se sortir de cette situation. Cette situation a trop duré et sa femme demandée le divorce et qu'elle n'arrête pas à lui faire une pression en lui disant « soit moi, soit l'alcool ».

Nadir dit « j'ai tombé malade d'une maladie chronique à cause de l'alcool, mon médecin il me dit ton cœur est très fatigué il faut que tu arrêtes de consommer l'alcool sinon ton état de santé s'aggrave, après j'ai essayé d'arrêter mais je ne peux pas, je vois que c'est impossible de vivre sans l'alcool ».

Il dit « j'ai commencé à déprimer, je suis agressif, je suis toujours triste, je préfère rester seule, je suis nerveux, je pense à ma situation. Je ne savais quoi faire, la seule et unique solution à cette souffrance est de mettre fin à mes jours sachant que je vais faire mal à ma petite famille ».

Un jour il a décidé de se suicider et quitté ce monde-là, Il a essayé de s'étrangler avec un foulard, et heureusement un homme qu'il a sauvé sa vie.

Après l'acte, Nadir a regretté son geste et l'idée de suicider, il pense que l'amour et la confiance de sa femme et ses enfants qui le laissent présent.

D'après cet entretien on a constaté, que Nadir présente beaucoup de difficultés dans son milieu familial et social à cause de son addiction à l'alcool. Et aussi sa relation avec sa femme qui est devenue mauvaise, ce que nous a aidé à saisir que le lien de type d'attachement de Nadir est insécure.

Tableau n°03 : résultats de l'échelle(AAS) de Nadir.

Sous-échelles	Résultats
S'écure	13
Dépendant	20
Anxieux	18

Les résultats de notre sujet se situent dans le modèle insécure (Dépendant) d'un score 20.

3.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle (AAS)

Notre cas présent notamment un caractère de dépendance dans ses relations à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) a n°03 « Je trouve difficile de me permette de dépendre des autre », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) n°08 « je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin ».

Notre cas se caractérise par un manque de confiance envers les autres, cela est exprimé par le chiffre (4=oui) à litem N° 16 « je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres ».

3.3. Synthèse du cas

Nadir est un homme alcoolique, atteint d'une maladie chronique. Il est dépendant dans la plus part des taches. Il est marqué par une instabilité, agressivité, et aussi un isolement, un manque de confiance envers les autres, ce qu'il l'empêche de faire des liens avec eux, notre cas a un score de 20 pour la sous-échelle (dépendant). Alors, les résultats nous laissant penser que le lien de type d'attachement de Nadir est insécure évitant.

4. Présentation et analyse de l'entretien de quatrième cas (Lyliia)

4.1. Présentation et analyse de l'entretien

Lyliia une jeune fille âgée de 23ans, elle est la première d'une fratrie de cinq enfant (trois filles et deux garçons), elle a quitté l'école en 4eme année moyenne, elle a fait un stage au sein d'un institut en informatique, sa tentative de suicide remonte à septembre 2017. Elle est hospitalisée une seule journée suite à une tentative de suicide qui n'a pas provoqué de grave complication.

Au cours de notre entretien, Lyliia s'est présentée avec une forte timidité, stable et calme, le contact a été possible, marqué par un renforcement et encouragement, de notre parts à fin d'enrichir et d'atteindre l'objectif de notre entretien.

Notre entretien s'est bien déroulé, elle a répondu à la plupart de nos questions sans difficulté.

Au début on lui a demandé de parler de ses relations au sein de sa famille, elle nous a informé, qu'elle vit dans une grand famille, à propos de sa famille elle présente une bonne relation, surtout avec sa mère pour elle c'est une mère exceptionnel. Et la relation avec son père est acceptable, elle ne dit que « mon père est un peu rigide, dés fois le contact passe bien et dés fois non, toujours il me comparer à mes cousine », concernant sa relation avec ses frères et sœur elle semble bonne, « je né pas eu de problème avec eux, mais toujours je préfère garder mes secret a moi ». D'après ses dires, elle est plus alaise quand elle raconte ses relations aux autres qu'elle a confiance en eux. Lyliia nous a dit « j'ai un copain qui m'aime, et j'ai imaginé que il deviendra mon future marie ».

Ensuite elle nous a raconté, avec beaucoup d'émotion, que ses problèmes ont commencé lorsque son père a découvert sa fréquentation avec son copain, ce qui rends le père de Lyliia nerveux et rigide avec elle et il a prisla décision de la marié, mais Lyliia refuse le mariage avec un autre homme qu'il ne connaît pas et qu'il ne l'aime pas, ce qui laisse Lyliia de rentré en conflit avec son père et le contact avec lui devient

Impossible. Notre cas nous a souligné que son père lui a donné la chance de dire à son copain de présenté chez sa maison de demander sa main à ses parent, mais malheureusement son copain a répondu qu'il n'est pas encore prêt pour le mariage, alors elle voyer que tous ses rêves s'écroulé, elle perd la confiance de ses parents, ce qui rendre Lylia triste et désespéré et elle s'est marie avec l'homme choisi par son père.

En lui demander de nous parler de sa relation avec son marie, Lylia nous a dit qu'elle est en mauvaise relation avec son marie, car elle ne l'aime pas, elle ne parle pas avec lui, elle reste toujours seule dans la chambre, triste, elle pleure , son marie a demandé d'expliquer pourquoi elle refuse d'être avec lui, et quelque jour il a découvert que sa femme ne voudrait pas ce mariage et lui a demandé le divorce et de revenir chez sa famille. Lylia dit avec un air tristesse « je ne savais quoi faire, j'étais seul et désespéré, personne ne s'intéresse à moi, personne ne m'aime, j'avais rien à faire dans cette vie, personne ne me comprend, la seule et unique solution est de mettre fin à mes jour » où elle a essayé de couper ses veines mais heureusement son frère la sauvé et il la prit à l'hôpital, là où elle était hospitalisé pendant une journée. Lylia a regretté son geste suicidaire, elle a fait sa tentative de suicide juste au moment de détresse et de désespoir pour fuir cette vie qui est vide.

D'après cet entretien on a constaté, que notre cas présent beaucoup de difficulté dans son milieu familial, et sa relation avec sa famille et son mari n'était pas bonne, ce que nous a aidé de saisir que le lien de type d'attachement de Lylia est insécure.

Tableau n°04 : résultats de l'échelle(AAS) de Lylia.

Sous-échelles	Résultats
S'écure	16
Dépendant	22
Anxieux	10

Les résultats de l'échelle de (Lylia) se situent dans le modèle insécure d'un score 22.

4.2. Interprétation et analyse des résultats de l'échelle(AAS).

Notre cas présente notamment un caractère de dépendance dans ses relation à autrui, cela est déclaré dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) à item N° 3 « je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres », cela est confirmé dans sa réponse par le chiffre un (1=pas du tout) N° 8 (je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en a besoin ».

Son caractère de dépendance dans ses relation à autrui est étayé par sa conviction que les autres seront là à chaque fois qu'il en aura besoin cela est exprimé dans sa réponse par le chiffre cinq (5=oui) l'item N° 14 « je sais que les gens vont être là quand j'aurai besoin.

4.3. Synthèse du cas

Lylia une femme marie divorcé, dépendante dans la plus part des taches. Elle est marquée par une faible d'esprit et un manque de proximité et de réconfort dans sa vie relationnel et familiale. Notre cas a un score de 22 pour la sous-échelle (dépendant). Alors, les résultats nous laissent penser que le lien de type d'attachement de Lylia est de type d'inséure ambivalent.

Les cas	âge	Les résultats	Le type d'attachement
Imane	20 ans	24 (dépendant)	Inséure ambivalent
Amira	24 ans	18 (dépendant)	Inséure ambivalent
Nadir	50 ans	20 (dépendant)	Inséure évitant
Lylia	23 ans	22 (dépendant)	Inséure ambivalent

Tableau n°02 : Récapitulatif des résultats de l'échelle (AAS)

Ce tableau représente les résultats de l'échelle (AAS) des quatre cas de notre groupe de recherche : Imane, Lylia, Amira, Nadir. D'après ce tableau, on constate que tous les cas ont un type de lien d'attachement insécuré.

On a remarqué que trois cas, Imane, Lylia et Amira présentent un lien d'attachement de type insécuré ambivalent. Et un cas Nadir présente un lien d'attachement de type insécuré évitant.

5. Discussion des hypothèses

D'après les données et les résultats obtenus grâce à l'analyse de l'entretien et l'interprétation de l'échelle (AAS), portant sur les quatre cas suicidant, âgés entre 20 ans et 50 ans, montrent que :

Notre hypothèse qu'on a proposé est intitulé : « les suicidants présentent un lien d'attachement insécuré » a été confirmé, car nous avons trouvé que tous nos cas de groupe de recherche (Imane, Lylia, Amira et Nadir) présentent un type d'attachement insécuré, ce qui peut se voir dans les scores élevés pour la sous échelle « dépendant » (insécuré).

D'après l'étude de Grunebaum, et al (1999), sur le lien entre le sentiment de sécurité perçu (attachment –fell sécurité) et l'existence d'antécédents de tentatives de suicide chez les adolescents, le comportement suicidaire est un comportement extrême d'attachement et l'expression d'une colère et d'une détresse contre une figure d'attachement indisponible. Les tentatives de suicide chez l'adolescent refléteraient un dysfonctionnement de l'attachement et surviendraient en réponse à une incapacité à atteindre un sentiment de sécurité suffisant. Cette étude a trouvé que la non disponibilité perçue et les niveaux élevés de symptomatologie dépressive étaient des prédictors de comportement de suicidaires.

Selon Maury(2008), l'attachement insécurisé ou désorganisé accroît le risque de problèmes de comportement et de psychopathologies chez l'enfant, (par exemple, l'agressivité, la dépression et la piètre régulation émotionnelle).

Nous avons remarqué chez les quatre cas de notre groupe de recherche, d'après l'analyse de l'entretien, que les caractéristiques de type d'attachement insécuré sont indiquées à leur qualité d'attachement qui se manifeste d'après leur relation avec les autres ou avec leur figure d'attachement. Ils ont rencontrés des difficultés à rentrer en relation avec autrui, un manque de confiance en soi même et envers les autres, être dépendant.

Alors que la deuxième hypothèse partielle qui est intitulé «les suicidant présentent un lien d'attachement inséure ambivalent » a été confirmé, ce qui s'exprimé par la sous-échelle « dépendant », cela est manifeste dans les 3 cas de notre groupe de recherche Imane, Lylia et Amira. L'attachement de ces cas est un attachement inséure caractérisé par l'ambivalence. La personne ayant le type d'attachement inséure ambivalent est généralement montre une grande détresse lors de la séparation avec sa figure d'attachement.

Alors nous avons constaté que certains de nos cas souffrent des conflits relationnels et émotionnels dont la problématique de séparation et perte d'objet, une mauvaise image de soi, sentiment d'abandon, des conflits parentaux.

Selon Galien 2006, les enfants qui ont un comportement d'attachement inséure ambivalent est protestent au moment de la séparation et ne peuvent ni être apaisés ni se remettre à jouer. Au retour de parent, ils cherchent le réconfort de façon ambivalent, s'agrippant à lui, pour s'en défaire rapidement après dans un mouvement de colère. (p 25).

Les enfants anxieux ambivalents- résistants, ces enfants vivent excessivement de détresse lorsqu'ils sont séparé de leur mère (Green berg, et al, 1990), cependant, lors de retour de celle-ci ces enfants ne sont pas rassurés et manifestent une ambivalence entre l'expression de contrariété, de colère ou de résistance et l'expression de dépendance ou de comportement de maintien de contact. (Cassidy. Berlin. 1994). (Hallet, Fet Beaufort, M, 2003. p12).

Ces résultats confirmé par l'entretien et l'échelle (AAS) chez nos cas Imane, Lylia et Amira marqué par une ambivalence et par un sentiment de perte d'objet et de séparation, et l'expression de dépendance. Ils ont des difficultés à s'intéresse à leur environnement, leur anxiété et leur peur sont évidentes, ils deviennent collants et

Dépendants des adultes, ils ont des difficultés importantes à vivre la séparation et manquent de confiance en eux.

De plus en rajoute que dans notre groupe de recherche notre cas Nadir présente un lien d'attachement insécuré évitant ce qui nous amené à déduire que Les enfants anxieux évitant, ce sont des enfants ignorant leur mère en période de stress ou lors de la réunion avec leur figure d'attachement suivant l'absence de celle-ci (Ainsworth et al, 1987). Ces enfants n'expriment pas nécessairement de la détresse lors de la séparation avec leur mère mais ils démontrent en quelque sorte cette détresse par leur incapacité de se servir de leur mère comme base de sécurité l'orsqu'elle revient dans la pièce expérimentale. (Hallet, F et Beaufort, M. 2003, p12).

D'après ces résultats nous avons remarqué que ces enfants montrent plus d'affection envers les étranges qu'envers leurs parents ; ils ne cherchent pas la personne maternant pour être réconfortés ; ils accordent plus d'attention à l'environnement qu'aux personnes. Ils deviennent progressivement hostiles et distants avec leurs pairs, socialement isolés et expriment plus D'émotions négatives. En grandissant, ces enfants sont souvent très indépendants, butés et opposants ; ils ne chercheront pas d'aide quand ils sont blessés ou déçus, ils sont colériques et distants, ils manquent d'empathie, se sentent tout puissants dans leur approche du monde et repoussent les marques d'affection.

Selon Hallet et Beaufort, (2003), ces enfants ne semblent pas souhaiter avoir des relations avec les autres. Leur rejet de l'affection peut les faire ressembler aux enfants ambivalents, mais la différence est que l'enfant ambivalent rejette l'affection par ce qu'il ne veut pas que quelqu'un ait le contrôle sur lui. Alors que l'enfant évitant n'aime pas être avec les autres par ce qu'il ne se sent pas en sécurité. Il est constamment sur ses gardes, craignant une attaque des autres, et est hyper vigilant. L'enfant a un extraordinaire sentiment de toute-puissance, il pense qu'il peut s'occuper seul de lui-même et qu'il n'a besoin de personne. (Hallet, Fet Beaufort, M, 2003. P43).

Après l'analyse de l'entretien et de l'échelle AAS nous avons constaté que notre hypothèse générale et partielle est confirmée par notre groupe de recherche.

Conclusion

La qualité de lien d'attachement chez les suicidants est un thème très important et très sensible à traiter. L'idée de départ de cette étude c'est l'évaluation de la qualité de lien d'attachement chez les suicidants, ainsi que leur influence sur l'état psychologique et même sur les relations familiales et sociales.

Ensuite ses relations avec autrui peut contribuer au suicide ou aux tentatives de suicide qui rendre la vie de l'être humain dangereuse et complexe, ce phénomène constitue un véritable problème de santé publique qui touche tous les tranches d'âge et deux sexe que ce soit féminine ou masculine.

D'après notre étude, on a constaté que l'attachement joue un rôle majeur dans la régulation de fonctionnement psychophysiologique, il nous permet de favoriser le développement optimal de la mentalisation et semble comme l'insertion de proximité et de protection de notre vie.

La théorie de l'attachement considère la tendance à établir des liens affectifs étroits comme un élément essentiel à la survie de l'être humain, a pour objectif d'observer et de comprendre comment se créent les liens de la personne avec son entourage et d'engager les styles d'attachement avec la figure d'attachement.

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons choisir un groupe de recherche de 04 cas, des personnes ayant commis au minimum une tentative de suicide au niveau de l'hôpital de Sidi-Aich. Notre étude a été effectuée à partir des entretiens avec les suicidants, l'entretien nous a permis de recueillir le maximum d'information sur chaque cas, et l'échelle (AAS) pour évaluer et mesurer les qualités de lien d'attachement de nos groupe de recherche, que nous a permis de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Après la passation de l'échelle (AAS) et l'entretien clinique semi-directif, on constate que tous nos cas de groupe de recherche présentent un score élevé dans la sous-échelle (dépendant) insécure.

D'après les résultats obtenus par l'entretien et l'échelle (AAS), on a confirmé notre hypothèse générale qui intitulé « les suicidants présentent une qualité de lien d'attachement insécure » et l'hypothèse partielle « les suicidants présentent une qualité de lien d'attachement de type d'insécure ambivalent ».

Cependant, il faut souligner que les résultats obtenus au cours de notre recherche ne peuvent pas être généralisés à tous les suicidants, puisque chaque cas en psychologie est particulier.

A la fin, on peut dire que malgré tous les difficultés qu'on a rencontré dans cette recherche, comme le refus et la non disponibilité des suicidant...etc. mais elle reste une bonne expérience pour nous, car elle nous a permis de découvrir beaucoup de chose chez les suicidant : leur type d'attachement, leur comportement, leur souffrance. Et d'avoir aussi une expérience sur un travail méthodique et scientifique.

D'autres thèmes pourront être étudiés comme, la qualité de lien d'attachement chez les personnes ayant une dépression ou une maladie mentale, le suicide chez les schizophrènes ...etc.

Liste bibliographie

Bibliographie

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé (ANNES). (1998). recommandations professionnelles- prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.
2. Anusaksathie, N. (2011). Test du dessin de personnage chez le sujet suicidaire. thèse Doctorat en psychologie clinique, université de Poitier.
3. Batt, A, Campeon, A, Legnay, D & Lecorps, P. (2007). Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. EMC, psychiatrie, 37-500-A-20.
4. Bénony, H. (2005). L'examen psychologique et clinique de l'adolescent. Paris : Armand Colin.
5. Bénony, H& Chahraoui, KH. (1999). L'entretien clinique. Paris : Dunod.
6. Boudier, A & Céleste, B. (2010). Le développement affectif et social du jeune enfant. (3^e éd). Paris : Armand Colin.
7. Boudier, A. & Céleste. (2002). Le développement affectif et social du jeune enfant. (2^e éd). Paris : Nathan.
8. Cartron, A & Winnykman, F. (2004). Les relations sociales chez les enfants. Paris : édition Armand Colin.
9. Chahraoui, KH & Bénony, H. (2003). Méthode, évolution et recherche en psychologie clinique. Paris : Dunod.
10. Chauchat, H. (1990). L'enquête en psychologie. (2^e éd). Paris : Puf.
11. De leau, M. (2006). Psychologie de développement. France : édition Bréal.

12. Dehaies, G. (1952). Suicide vie med evolut med ther.
13. Dictionnaire de Trévoux universel et latin. (1704-1771). du nom de la ville de Trévoux.
14. Picherot, G, Dréno, L, le Manch, L. (2005). Risque suicidaire de l'enfant, adolescent et adulte. Identification et prise en charge. « centre hospitalier universitaire de Nantes, clinique médicale et urgence pédiatriques, 44093 cedex 01.
15. Dufresne, MJ. (2001). Style attribution, résolution de problèmes et désespoir chez les adolescents suicidaires en milieu scolaire. thèse de Doctorat en psychologie, université du Québec à Trois-Rivières.
16. Durkheim, E. (1887). Suicide : études sociologique. Livre1. (2é éd). Paris : bibliothèque de l'université du Québec (1967).
17. Freud, S. (1901). Mépris et maladresse in Freud psychologie de la vie quotidienne. Paris : petite bibliothèque Payot.
18. Gagnon, A. (2008). Les styles d'attachements, le contexte familiale et les troubles de comportements sérieux chez l'adolescent et l'adolescente prise en charge par le centre jeunesse du Saguenay-lac-Saint-Jean. université de Québec.
19. Gallien, E. (2006). le lien d'attachement et son évolution: concepts et incidences psychopathologiques. Université D'Angers Faculté de Médecine.
20. Grunebaum, M.F, & al. (2010). Attachment and social adjustment: relationships suicide attempt and major depressive episode in a prospective study. J affects Disord. 123(1-3). 123-130 Doi: 10. 1016/ J.Jad.2009.09.010.
21. Guedeney, N. (2010). L'attachement un lien vital. Paris : Fabert.

22. Guedeney, N & Guedeney, A. (1990). L'attachement approche théorique du bébé à la personne âgée. (3^é éd). Paris : Masson.
23. Hallet, F & Beaufort, M. (2003). L'enfant souffrant de trouble l'attachement. Pétales asbl n°116.092.001. Belgique.in www.petales.org.
24. Labbé, J. (2006). La théorie d'attachement. université Laval.
25. Le grand dictionnaire de la psychologie. (1999). (1^é éd). Paris : Bourdos, Larousse.
26. Lehalle, H & Mellier, D. (2002). Psychologie de développement enfance et adolescence Courset exercices. (3^é éd). Dunod.
27. Lemperière, TH. (2000). Dépression et suicide. Paris : Masson.
28. Marron, P. (2005). Suicide. Paris : Puf.
29. Micron, R. dictionnaire du Français primordial.
30. Mimouni, B.M. (2011). Tentative de suicide des jeunes à Oran désespoir ou affirmation de soi. Centre national de recherche en anthropologie social et culturelle.
31. Mishra, B & Tousignant, M. (2004). Comprendre le suicide. Canada, presses de l'université de Montréal.
32. Morasz, L. & Danet, F. (2008). Comprendre et soigner la crise suicidaire. Paris : Dunod.
33. Organisation mondial de la santé (OMS). (2001). Impact des troubles mentaux du comportement, rapport sur la santé dans le monde.
34. Organisation mondiale de la santé (OMS). (2014). Prévention de suicide l'état d'urgence.

35. Richard, C & Bungener, C. (2004). Psychopathologies de l'adulte. Paris : Armand Colin.
36. Roullet, J. (2013). les comportements d'attachement des enfants victimes d'aliénation parentale. Université de Montréal.
37. Roussille, B. (décembre 2001). Prévention primaire du suicide chez des jeunes. Paris : édition CFES.
38. Savard, N. (2010). La théorie d'attachement. dossier thématique ONED, N°13.
39. Terra, J.L & Troncain, M.P. (2008). Crise suicidaires, tentative de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. Psy 4(vol 47) p 321-329. In : <http://www.cairn.info/revue-perspective-psy-2008-4-page-321.htm>.

ANNEXES

Le guide d'entretien

Annexe N °1 :

Information personnel :

-Nom

-Prénom

-Age

-Sexe

-Niveaud'étude

-Statut professionnel

-Situation familial

Axe n°1 : les renseignements sur la vie relationnel et familial du patient :

-Pouvez-vous nous parlez de vos relation avec vos parent ?

-Comment vous sentez pour eux ?

-Pouvez-vous nous parlez de votre relation avec vos frères et sœurs ?

-Pouvez-vous nous parlez de votre relation au sein de votre famille ?

-Est-ce que vous ne pensez que votre parent faites des différences entre toi et tes sœurs et frères ?

-Vous leur faites confiances ?

-Avez-vous peur de rester seul ?

Axe n°2 : les renseignements sur la vie social et professionnelle du patient.

-Quelle sont vos loisirs et vos activités sociales ?

-Avez-vous des conflits sociaux ?si oui avec qui ?pour quoi ?

-Pouvez-vous nous parler de votre profession ?

-Avez-vous des amis ? Si oui comment est votre relation ?si non pour quoi ?

-Avez-vous besoin de partager vos secrets avec les autres ?

-Comment vous être vu par les autres ?

-Quelles sont vos projets d'avenir ?

Axe n°3 : les renseignements sur le patient avant, au moment, et après l'acte suicidaire.

-Est-ce qu'il/elle avait déjà des idées suicidaires ?si oui, depuis quand ?

-Comment il /elle avait pensé à cet acte ?

-Par quel moyen il/elle effectué cet acte suicidaire ?

-Combien de fois il/elle a fait de tentative de suicide ?

-Pouvez-vous nous dire ce qui vous a poussé à passer à l'acte ?

-Qu'est-ce que vous sentiez au moment de votre acte ?

-Qu'est-ce que vous sentiez vous après cet acte ?si oui pour combien de temps ?et est-ce que vous vous présentez souvent à l'hôpital ?

-Avez-vous des antécédents suicidaires dans votre famille ?

-Regrettez-vous votre acte ?si oui pour quoi ?

-Après l'hospitalisation est ce qu'il/elle a poursuivi son traitement et ses consultations à l'hôpital ?

Annexes n°02: Adult Attachment Scale (Collins & Read, 1990)

Please read each of the following statements and rate the extent to which it describes your feelings about romantic relationships. Please think about all relationships (past and present) and respond in terms of how you generally feel in these relationships. If you have never been involved in a romantic relationship, answer in terms of you thinks you would feel.

Please use the scale below by placing a number between 1 and 5 in the space provided to the right of each statement.

1-----2-----3-----4-----5

Not at all

very

Characteristic

characteristic

Of me

of me

1. I find it relatively easy to get close to others._____
2. I do not worry about being abandoned._____
3. I find it difficult to allow myself to depend on others._____
4. In relationships, I often worry that my partner does not really love me._____
5. I find that others are reluctant to get close as I would like._____
6. I am comfortable depending on others._____
7. I do not worry about someone getting too close to me._____
8. I find that people are never there when you need them._____
9. I am somewhat uncomfortable being close to others._____
10. In relationships, I often worry that my partner will not want to stay with me._____

11. I want to merge completely with another person. ____
12. My desire to merge sometimes scares people away. ____
13. I am comfortable having others depend on me. ____
14. I know that people will be there when I need them. ____
15. I am nervous when anyone gets too close. ____
16. I find it difficult to trust others completely. ____
17. Often, partners want me to be closer than I feel comfortable being. ____
18. I am not sure that I can always depend on others to there when I need them. ____

Scoring instruction for the original Adult Attachment Scale

The scale contains three subscales, each composed of six items. The three subscales are CLOSE, DEPEN, and ANXIETY. The CLOSE scale measures the extent to which a person is comfortable which closeness and intimacy. The DEPEND scale measures the extent to which a person feels he/she can depend on others to be available when needed. The ANXIETY subscale measures the extent to which a person is worried about being abandoned or unloved.

Original scoring:

Average the rating for the six items that compose each subscale as indicated below.

Scale items

CLOSE 1 7 9 13* 15* 17*

DEPEND 3* 6 8* 14 16* 18*

ANXIETY 2* 4 5 10 11 12

1-----2-----3-----4-----5

Pas du tout**très****Caractéristique****caractéristique****De moi****de moi**

1. Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.____
2. Je ne me soucie pas d'être abandonné.____
3. Je trouve difficile de me permettre de dépendre des autres.____
4. Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.____
5. Je trouve que les autres sont réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.____
6. Je suis à l'aise de dépendre des autres.____
7. Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi.____
8. Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on en besoin.____
9. Je suis un peu mal à l'aise en état proche des autres.____
10. Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.____
11. Je veux fusionner complétement avec une autre personne.____
12. Mon désir du fusionner parfois effraie les gens.____
13. Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent.____
14. Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.____
15. Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.____
16. Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.____
17. Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que me sentirai confortable.____

18. Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être là quand j'en ai besoin. _____

Marquant instructions pour l'adulte d'origine Attachement échelle

L'échelle contient trois sous-échelles, chacune composée de six éléments. Les trois sous-échelles sont proches, DEPENDANT, et ANXIEUX. L'échelle SECURE, la mesure dans laquelle une personne est à l'aise avec la proximité et l'intimité. Le DEPENDANT l'échelle de la mesure dans laquelle une personne se sent / elle peut dépendre des autres pour être disponible en cas de besoin. Les mesures anxiété, sous-échelle de la mesure dans laquelle une personne est inquiète d'être abandonnée ou mal-aimé.

La notion d'origine

La moyenne des notes pour les six éléments qui composent chaque qui composent chaque sous-échelle comme indiquée ci-dessous.

Articles échelle

SECURE 1 7 9 13* 15* 17*

DEPENDANT 3* 6 8* 14 16* 18*

ANXIEUX 2* 4 5 10 11 12

*Articles marqués d'un astérisque doivent être inversés avant le calcul de la moyenne de la sous-échelle.

Notation alternative

Si vous souhaitez calculer que deux dimensions de fixation anxiété (modèle d'auto) et attachement évitant (modèle des autres) –vous pouvez utiliser la procédure de notation suivante :

Articles échelle

ANXIEUX 2* 4 5 10 11 12

EVITANT 1* 3 6* 7* 8 9 13* 14* 15 16 17 18

*Articles marqués d'un astérisque doivent être inversés avant le calcul de la moyenne de la sous

Annexe N°03 :les réponses du premier (1) cas M^{elle} (Imane) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.	X				
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.		X			
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	X				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	X				
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.			X		
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.			X		
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi			X		
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.	X				
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.		X			
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.	X				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	X				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	X				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.		X			
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.					X
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.		X			
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.			X		
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.					X
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.			X		

Annexe N°04 : les réponses de deuxième cas (2) M^{elle} (Amira) cas aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.	X				
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.			X		
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	X				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	X				
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.					X
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.			X		
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi					X
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.					X
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	X				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.	X				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	X				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	X				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.			X		
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.		X			
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.		X			
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.				X	
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.			X		
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.	X				

Annexe N°05 : les réponses du troisième cas (3) M^f (Nadir) cas aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.	X				
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.		X			
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	X				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.		X			
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.					X
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.			X		
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi			X		
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.	X				
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.	X				
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.					X
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	X				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	X				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.		X			
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.	X				
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.					X
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.				X	
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.		X			
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.	X				

Annexe N°06: les réponses du quatrième cas (4) M^{me} (Lyliia) aux items de l'échelle AAS.

N°	Items	Réponses				
		1	2	3	4	5
1	Je trouve qu'il est relativement facile de se rapprocher des autres.		X			
2	Je ne me soucie pas d'être abandonné.			X		
3	Je trouve difficile de me permettre de dépense des autres.	X				
4	Dans les relations, je crains souvent que mon partenaire ne m'aime pas vraiment.	X				
5	Je trouve que les autres réticents à se rapprocher autant que je le voudrais.			X		
6	Je suis à l'aise de dépendre des autres.		X			
7	Je ne m'inquiète pas quand quelqu'un se rapproche trop près de moi			X		
8	Je trouve que les gens ne sont jamais là quand on a besoin.	X				
9	Je suis un peu mal à l'aise en étant proche des autres.		X			
10	Dans les relations, je m'inquiète souvent que mon partenaire ne voudrai pas rester avec moi.	X				
11	Je veux fusionner complètement avec une autre personne.	X				
12	Mon désir de fusionner parfois effraie les gens.	X				
13	Je suis à l'aise avec les autres qui dépendent de moi.				X	
14	Je sais que les gens vont être là quand j'en ai besoin.			X		
15	Je suis nerveux quand quelqu'un est trop près de moi.		X			
16	Je trouve qu'il est difficile de faire complètement confiance aux autres.	X				
17	Souvent, les partenaires veulent que je sois plus proche pour que je me sente confortable.			X		
18	Je ne suis pas sûr que je puisse toujours compter sur les autres pour être quand j'en ai besoin.				X	