

Le passage à l'acte suicidaire ou l'affirmation de soi

Badra MOUTASSEM-MIMOUNI *, *Fatima Zohra SEBAA* *
Mostéfa MIMOUNI *, *Khadija KEBDANI* *

Le projet de recherche sur le suicide des jeunes à Oran¹, tente d'approcher les différentes facettes de ce phénomène relativement nouveau en Algérie. Il est certain que le suicide a toujours existé, ici ou ailleurs, quelle que soit la culture ou les époques. Mais en Algérie et jusqu'à ces dernières décennies, le suicide n'était qu'un phénomène marginal dont l'incidence trop faible ne suscitait l'intérêt que des personnes qui étaient en lien direct ou travaillaient dans les structures qui accueillaient les suicidants.

Il faut également considérer un autre aspect : le suicide étant considéré comme un sujet tabou, il ne suscitait pas l'intérêt qu'il méritait. Mais durant ces deux dernières décennies, beaucoup de tabous sont tombés et on parle plus facilement de sexualité, de naissances hors mariage, de suicide, etc. Le développement des médias tant publics que privés, n'est pas étranger à cette prise de conscience (même partielle) de ces différents phénomènes. Devant les articles de presse quasi quotidiens, annonçant les suicides et les tentatives de suicide, nous avons présenté un projet de recherche sur deux ans, visant trois objectifs principaux :

- 1- Evaluer l'ampleur du phénomène à Oran
- 2- Décoder le ou les sens que le passage à l'acte suicidaire peut revêtir pour le suicidant et sa famille
- 3- Déterminer les particularités psychologiques et sociales des personnes faisant une tentative de suicide

* *Badra MOUTASSEM-MIMOUNI* : Psychologue, maître de conférence, Université d'Oran, membre du conseil de la revue *Insaniyat*, chercheure associée au CRASC.

* *Fatima Zohra SEBAA* : Psychologue, chargé de cours, Université d'Oran, chercheure associée au CRASC.

* *Mostéfa MIMOUNI* : Psychologue, chargé de cours, Université de Mostaganem, chercheur associé au CRASC.

* *Khadija KEBDANI* : Psychologue, chargé de cours, Université d'Oran, chercheure associée au CRASC.

¹ Le suicide des jeunes à Oran, Mimouni-Moutassem B., Sebba F.Z., Kibdani KH., Mimouni M., Rapport de recherche, CRASC, 2004.

Quel peut être le sens ou les significations que peut revêtir le suicide chez les jeunes de quinze à vingt-cinq ans en Algérie aujourd'hui ? Si le suicide et la tentative de suicide sont des messages envoyés à l'entourage et à la société, quel peut être leur contenu et leurs significations et qu'impliquent-ils sur les modes de communication au sein de la famille et de leur vécu par ces jeunes ?

Nous présentons brièvement l'épidémiologie des suicides et tentatives de suicide, ensuite nous présentons une synthèse des résultats de l'enquête sur les représentations du suicide à Oran et enfin les « raisons invoquées » des tentatives de suicides à partir d'entretiens avec des personnes ayant fait des TS.

Changement social, famille en mutation et tentative de suicide

Si nous considérons la communication comme étant l'interaction codifiée entre deux ou plusieurs entités et dont la finalité est une transformation (positive ou négative) des entités en interaction dans un organisme donné (à l'intérieur du milieu familial par exemple) elle permet l'inter échange verbal et non verbal, entre les différents membres du groupe, créant ainsi le champ psychosociologique, à l'intérieur duquel va évoluer la personnalité de chacun.

Ainsi, l'existence ou l'inexistence de cet inter-échange, sa richesse, sa pauvreté ou ses distorsions, ainsi que la fréquence de ces échanges, vont influencer sur les protagonistes et nous renseignent sur leur vécu et leur ressenti quant à la qualité du climat relationnel dans lequel ils évoluent. Une analyse fine des relations entretenues à l'intérieur des espaces familiaux nous éclairera davantage sur certains aspects anthropologiques de notre société. Il peut sembler évident de parler, aujourd'hui du ou des bouleversements des structures familiales traditionnelles dans des sociétés comme la nôtre. La mise en question, de la « spécificité » de nos structures de parenté et des liens communautaires qui les sous-tendent, ainsi que l'évolution des bases sociales et sociologiques supposées leur servir de support, sont deux paramètres qui ont largement influé sur le renouvellement du mode d'appréhension de la question familiale et la transformation des relations en son sein. C'est ainsi qu'il est souvent question, pour le cas de l'Algérie, de passage de la *famille élargie* à la cellule familiale réduite, dite de type *nucléaire*.

Le type de la famille conjugale nucléaire, réduite à quelques personnes, généralement le père, la mère et les enfants, contribue aussi au remodelage des relations au sein de la famille. Au plan éducatif par exemple, la prise en charge à caractère « collectif », va évoluer progressivement vers une prise en charge plus restreinte. Cette

responsabilité collective face au développement de l'individu, va peu à peu se diluer et laisser place à la seule responsabilité du père et de la mère. Cela génère des rapports nouveaux pour les parents également qui se trouvent eux-mêmes dans une situation nouvelle, souvent mal assumée. Le recours aux autres membres de la famille, oncles, tantes et grands-parents, lors des moments de crise, s'impose alors comme un passage incontournable. Ce qui ne se fait pas sans problèmes, puisque les approches et les traitements diffèrent et concourent souvent à compliquer, voire à aggraver la situation.

Un autre facteur va influencer l'action de la famille sur le jeune et les réactions de ce dernier : c'est la mobilité et le changement rapide que connaît actuellement la société. Lorsque celle-ci demeure plus ou moins stable, les rôles de parent et d'enfant se transmettent de génération en génération sans grandes modifications, la cohérence et la constance des attitudes parentales, permettent à l'enfant de se constituer un surmoi homogène, en relative conformité avec la cohérence globale de son milieu. Actuellement, du fait même des changements rapides et de la complexité de la société, les parents sont souvent désarmés et oscillent entre des types d'éducation différents et parfois même contradictoires. Face à ces parents et éducateurs perplexes et par une sorte de phénomène de « reflet », cette situation engendre chez l'adolescent et le jeune adulte, un fort sentiment d'insécurité. Cet état fait ainsi obstacle à la formation d'un surmoi cohérent en empêchant une réelle capacité d'affirmation de soi. Les conséquences de ces changements dans le domaine social ou plus précisément psychosocial, sont telles, qu'elles affectent directement les conduites, les attitudes, les comportements et les représentations à l'intérieur, comme à l'extérieur de la famille et obligent à repenser l'institution familiale et les relations en son sein².

La famille comme les autres institutions sociales, telles que l'école, a un rôle bien déterminé, puisqu'elle vise avant tout la socialisation de l'enfant. Celle-ci a pour finalité de faire de l'être de nature un être de culture, N. Sillamy³ la définit comme étant « *un processus lent et continu par lequel l'individu assimile les modes de pensée, les valeurs et les comportements caractéristiques de la société à laquelle il appartient* ». Elle va donc assurer à tout être humain, une adaptation à son milieu tout en assurant la pérennité de la société. Toutes les définitions de la socialisation mettent l'accent sur « *l'intériorisation des normes et valeurs* » du milieu. Mais comment s'opère cette intériorisation ? S'agit-il d'une simple ingestion ou d'un véritable

² Sebaa-Delladj, FZ., *Adolescence et délinquance en Algérie : le cas de la délinquance juvénile féminine*, Ed. Dar El Gharb, 2000.

³ Sillamy, N., *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*, Paris, Bordas, T II, 1980.

travail, d'une interaction entre l'individu et son milieu comme l'indique si bien Piaget avec les trois mécanismes d'assimilation, d'accommodation et d'adaptation ? Ceux-ci vont permettre à l'individu de s'approprier les valeurs et les normes du groupe social dans lequel il évolue. Lors de ce processus, l'enfant est actif et non passif, c'est à travers les relations et interactions avec ses pairs et avec les adultes que l'enfant apprend à s'intégrer dans son milieu. Dès la naissance « *l'enfant est investi de valeur* » et au fur et à mesure qu'il grandit, les valeurs auxquelles il doit se conformer lui sont inculquées par ses parents d'abord et ensuite par les autres institutions sociales et éducatives⁴.

Mais il arrive malheureusement que dans ces valeurs inculquées, le jeune adulte et surtout l'adolescente, ne se reconnaît plus. Il s'agit donc de situer avec précision les contradictions et déviations de ces valeurs et leur incidence sur l'équilibre individuel et groupal. En effet, la reproduction tant individuelle que sociale, est soumise à certaines règles, à certains interdits qui sont à la base à la fois du sujet et de la loi sociale et quand les parents oscillent entre des positions contradictoires, l'adolescent et le jeune adulte peuvent se trouver devant une sorte d'injonction paradoxale au sens décrit par Bateson et coll. C'est souvent la jeune fille à qui on répète qu'elle est adulte et responsable quand il s'agit de prendre des responsabilités de mère de famille : s'occuper du ménage, de ses jeunes frères et sœurs, etc. Mais quand il s'agit de gérer sa propre vie, on l'empêche de prendre des décisions et elle doit attendre le bon vouloir du père, de la mère et aussi des frères parfois plus jeunes qu'elle. Cette jeune fille est capable de faire fonctionner une famille, mais on la considère paradoxalement comme étant incapable de faire quelque chose pour elle-même. Déstabilisée, dévalorisée et surtout ayant le sentiment d'être incomprise et injustement traitée, elle est amenée à passer à l'acte suicidaire justement pour exister et pour montrer l'intolérable situation ambivalente dans laquelle on la maintient. D'ailleurs le conflit qui divise la société algérienne actuellement est bien lié au statut de la femme.

Des recherches sur le mode relationnel dominant dans la famille, montrent que le modèle éducatif le plus nocif semble être le modèle paradoxal : celui qui oscille entre autoritarisme et laxisme. Ce sont donc ces bases fondatrices, transmises au jeune par le système familial et social, qui lui permettront d'opérer dans de bonnes conditions, une séparation et une différenciation en tant que sujet. La famille reste donc

⁴ Parents d'enfants préscolarisés et changements sociaux. Mimouni-Moutassem, in « le préscolaire en Algérie : état des lieux et perspectives », Ouvrage à paraître sous la direction de N. Remaoun-Benghabrit, CRASC.

le point nodal sur lequel toute investigation doit nécessairement graviter. Même si les processus qui caractérisent les bouleversements des structures familiales traditionnelles, sont très complexes, il est à souligner que les effets induits par ces derniers, restent sous-analysés ou tout simplement ignorés. Comme restent, bien entendu, également sous-analysés ou simplement méconnus, tous les aspects et les phénomènes qui leur sont corollaires, comme les troubles mentaux, la prise de drogue, les comportements suicidaires et les suicides proprement dits.

Bon nombre de cas de suicide ou de tentative de suicide, semblent plutôt s'inscrire dans le cadre de l'anomie (Durkheim), ce qui suggère trois pistes d'investigation en rapport avec la société algérienne :

1- L'instabilité institutionnelle due aux conditions politiques et sécuritaires, soulève la question de la perte de confiance des individus et des groupes sociaux qui ont tendance à se recroqueviller sur eux-mêmes, à se fermer aux interactions sociales vécues comme dangereuses.

2- La dimension économique et sociale imposée par l'ouverture de l'Algérie à la mondialisation qui va progressivement fermer le marché de l'emploi tout en ouvrant des perspectives illimitées à la consommation et donc la création de besoins sans cesse renouvelés, tout en réduisant les moyens de les réaliser, ce qui perturbe profondément l'équilibre psychosociologique des individus.

3- Enfin, le renfermement, l'insatisfaction, l'insécurité réduisent de plus en plus les relations interindividuelles. Le cloisonnement et la perte des recours traditionnels (famille élargie, voisinage), laissent les personnes seules face à leur désarroi, à leur solitude, à leur mal vie et peuvent donc faciliter le passage à l'acte : le suicide devenant la seule « solution ».

Ces conditions sociales, économiques et politiques destructurantes peuvent amener certaines personnes au passage à l'acte. Ainsi donc, l'incapacité à gérer des situations qui parfois dépassent les capacités défensives de l'individu, peut provenir soit des seuils de tolérance individuels trop bas, de stimuli extérieurs massifs : l'enveloppe sociale et familiale ne jouant plus son rôle de pare-excitation, d'où l'augmentation du nombre de personnes tentées par le suicide. Celui-ci, acte mortifère contre soi-même, souligne le désir de se soustraire à l'environnement social et, surtout, à l'espace familial. La tentative de suicide est le signe précurseur et l'expression du malaise ou du mal-être du sujet. Ils constitueraient l'expression d'un désinvestissement total dans le champ de l'existence sociologique, psychosociologique et enfin psychologique

dans certains cas alors que dans d'autres cas c'est le désespoir ou le désir de changer les choses.

Approche épidémiologique du suicide et des tentatives de suicide

Les tentatives de suicide

A Oran et pour la seule année 2003, le nombre des tentatives de suicide s'élevait à 508 cas, dont 357 femmes soit 70% et 151 hommes soit 30%. Il semble bien que le nombre des tentatives de suicide soit en hausse, puisque le service des urgences du centre hospitalo-universitaire d'Oran (UMC) a enregistré 295 cas en 2001, environ 400 cas en 2002 et enfin, 508 cas en 2003.

L'âge varie de 15 à plus de 60 ans. Ce qui nous suggère la conclusion suivante : il n'y a pas que les jeunes qui passent à l'acte, tous les âges sont concernés dans des proportions variables comme nous allons le voir plus loin.

D'après ces résultats les jeunes de moins de trente ans sont les plus vulnérables et le groupe d'âge des 16-20 ans est à égalité avec les 21-30 ans. Ces résultats confirment notre hypothèse sur les tentatives de suicide chez les moins de 25 ans, mais posent un autre problème : que les 16-20 ans soient plus nombreux à faire des tentatives de suicide est relativement compréhensible, dans la mesure où à cet âge de nombreux remaniements psychosociologiques sont en cours, ce qui peut provoquer un déséquilibre déclenchant une certaine impulsivité facilitant le passage à l'acte, mais que les tranches d'âge 21-30 ans et en particulier 25-30 ans, soient en nombre aussi important, implique qu'il y a d'autres facteurs qui entrent en jeu.

En ce qui est du suicide, des études menées au CHU de Constantine, en 1987 et en 1993, signalent la quasi-absence des plus de quarante ans, alors que les chiffres de la protection civile⁵ sur les suicides à Oran ainsi que notre étude, relève tout de même un pourcentage de 12% pour les plus de 45 ans.

Les suicides aboutis à Oran

Selon les chiffres de la protection civile, les suicides aboutis se répartissent comme suit : 1996 : 14 cas ; 1997 : 27 ; 1998 : 14 ; 1999 : 23 ; 2000 : 16 ; 2001 : 19 ; 2002 : 21 ; 2003 : 29.

⁵ Goual, M., (Psychologue Protection civile. Oran) - Communication présentée au colloque sur le suicide, Oran, ITSP, 21-22 octobre 2003.

Nous constatons que ces chiffres sont fluctuants, instables, puisqu'il n'y a pas de régularité ni dans la dégression, ni dans la progression. Il faut dire aussi, que la protection civile ne reçoit que ce qu'on veut bien lui montrer. Souvent la famille, pour se protéger, ne signale pas le suicide et ce, pour éviter le qu'en dira t-on, l'enquête policière et les tracasseries administratives pour sortir le corps de la morgue d'une part, et d'autre part, il y a une grande répulsion vis-à-vis de l'autopsie.

- L'âge des suicidés se distribue comme suit :

- 15-24 ans 15%
- 25-34 ans 65%
- 35-44 ans 8%
- 45-55 ans 12%

Les femmes recueillies par la protection civile ne constituent que 12% des décès et les personnes âgées également. Mais il est à relever que la dernière tranche d'âge arrêtée par la protection civile est 45-55 ans, ce qui à notre avis ne veut nullement dire qu'il n'existe pas de passages à l'acte après 55 ans !

Pour tenter de compléter les chiffres émanant de la protection civile et qui, en fin de compte, ne reçoit qu'une partie des cas de suicide, nous avons pris en considération les résultats d'une étude faite dans le service de médecine légale du CHU Oran. Par ce service, transitent tous les cas de suicide. Le Dr Boublenza⁶ et son équipe relèvent 42 cas en 2003, alors que la protection civile signale quant à elle, 29 cas. Cette différence est liée au fait que certains sujets passent à l'acte, sont hospitalisés au sein du CHU, décèdent et sont donc renvoyés des différents services vers le service de médecine légale (morgue). Cette étude note que les âges des suicidés se distribuent comme suit :

- 19 ans et moins : 03 (7%)
- 20 à 30 ans : 19 (45%)
- 31 à 40 : 09 (21,4%)
- 41 à 50 : 05 (12%)

- 51 ans et plus : 06 (14%) La tranche d'âge la plus touchée est celle des 20-30 ans (45%), ensuite les 30-40 ans (21,4%) et les plus de quarante ans sont 12% comme pour les chiffres émanant de la

⁶ Pr. Boublenza, Dr Belhadj, Pr. Tadjeddine, C.H.U Sidi Bel Abbès : *Evolution du suicide dans l'Ouest Algérien*, Colloque sur le suicide, 23-02-2005, Organisé par le groupe Sebaa, FZ., Kebdani, KH., Mimouni, M., Rapport de recherche, CRASC

protection civile. Alors que les plus de 51 ans ne paraissent pas du tout dans l'étude de la protection civile, ils sont 14% dans celle-ci.

Les âges sont plus élevés chez les suicidés que chez les sujets ayant fait une tentative de suicide puisque ces derniers se distribuent comme suit :

- 13 –15 ans : 06 (1,2%)
- 16-20 ans : 194 (38,2%)
- 21-30 ans : 194 (38,2%)
- 31-39 ans : 56 (11%)
- + de 40 ans : 11,4% (dont un de 67 ans)

D'après ces résultats, les jeunes de moins de trente ans sont les plus vulnérables.

Plus le sujet est jeune et plus il aura tendance à faire une TS, alors que les sujets plus âgés ont plus tendance à faire aboutir leur acte.

Les représentations du suicide

Pour en savoir un peu plus sur les représentations au sein de la société algérienne quant au phénomène du suicide, un questionnaire a été établi et passé à un échantillon raisonné de 400 personnes. Celui-ci a été soumis aux populations des communes d'Oran, de Bir-El-Djir, Hassi Bounif et Es Sénia ; leur répartition est proportionnelle à la taille de la population de chaque commune. La population générale se répartissant comme suit : 208 femmes et 192 hommes avec les tranches d'âges suivantes :

- 18% de 15-19 ans
- 27,5% de 20-24 ans
- 19,7% de 25-34 ans
- 15,2% de 35-44 ans
- 19,5% de 45 ans et plus

Troubles de la communication et tentatives de suicide

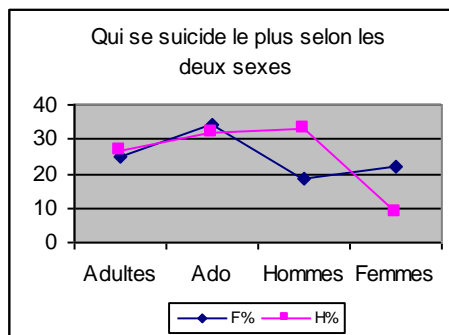
Le suicide semble revêtir pour nos enquêtés, de multiples fonctions et différents facteurs. Parmi ces derniers, nous avons relevé le désespoir, la dépression et surtout le manque de communication au sein de la structure familiale*.

* Ceci montre que, même au niveau des représentations, les personnes enquêtées considèrent ces raisons comme les plus 'probantes' pour qu'une personne attente à sa vie.

Selon les enquêtés le suicide et la tentative de suicide sont l'expression manifeste du « désespoir », de la « dépression » et du « manque de communication » au sein de la structure familiale, mais aussi sociale. Les raisons invoquées sont surtout l'échec, la dévalorisation de soi, l'impossibilité de s'insérer professionnellement et donc socialement, la peur de l'avenir et surtout le manque de communication et d'affection.

La population enquêtée, considère que ce sont les adultes qui se suicident le plus : 25% des femmes et 26% des hommes. 31% de femmes et 31,7% des hommes pensent que ce sont les adolescents. Pour ces deux propositions, hommes et femmes sont complètement d'accord, puisque les pourcentages sont presque les mêmes. La prévalence, selon les enquêtés, semble se situer parmi le sexe féminin. Les femmes et surtout les adolescentes passeraient à l'acte plus souvent. Les réponses nuancées aux questions concernant « les raisons » laissent entrevoir soit une perception de la personnalité des femmes comme étant « trop fragile » (selon le point de vue des hommes) et ayant « trop de responsabilités » (selon le point de vue des femmes), soit des réponses provenant des femmes et qui relèvent surtout de leur statut au sein de notre société comme : « pas assez de liberté, discrimination des traitements familiaux entre les sexes », (impliquant ou suggérant une préférence des garçons au détriment des filles).

Ces deux positions ne sont pas anodines et expriment les représentations qu'entretiennent les deux sexes l'un sur l'autre. Cette divergence est clairement exprimée quand nous demandons à tous les enquêtés: « qui se suicide le plus ? » Si les deux sexes sont à peu près d'accord que ce sont les adolescentes, puis les adolescents qui se suicident le plus, dès qu'il s'agit des adultes, ils ont des positions diamétralement opposées : les hommes considèrent que ce sont surtout les personnes de sexe masculin qui se suicident le plus, en mettant en avant « les responsabilités, la misère et l'injustice sociale ». Les enquêtées femmes quant à elles, pensent exactement le contraire et mettent en avant « trop de responsabilités pour les femmes, l'injustice et la ségrégation entre les sexes ».



Nous pouvons donc avancer que selon les réponses des enquêtés qui optent pour : *« l'injustice et la ségrégation entre les sexes »*, il y a des problèmes de communication entre les sexes et entre les générations. Le problème de la communication reste central dans les représentations de notre échantillon.

Autre fait marquant de cette enquête, l'omniprésence de la religion, elle est sans cesse évoquée, directement ou indirectement et semble constituer le facteur principal de protection avant les parents et avant l'amour de la vie. Quels que soient le niveau scolaire, la profession et l'âge, la religion occupe une place importante, si ce n'est la plus importante, même si les autres facteurs ne sont pas négligés. C'est ce que nous a montré l'étude quand nous avons interrogé les étudiants, quant à la prise en charge, en fonction de leur cursus.

- Les étudiants sont plus nombreux à préconiser l'aide psychologique, mais la religion vient quand même avant la prise en charge psychologique et cette dernière est couplée ensuite avec la religion.
- Les étudiants en sociologie (66,7%) préconisent *« la religion / la communication et affection / l'aide psychologique »*. En 2^{ème} position vient *« la justice sociale »* et *« la religion/justice sociale »* (13% chacune) et seul 6,7% préconisent *« l'aide psychologique »* alors que *« la communication-affection »* ne recueille aucun suffrage des sociologues ;
- Les étudiants en psychologie, privilégient en premier *« la communication et affection / aide psychologique »* avec plus de 33%, suivi de *« la religion/aide psychologique »* (26%) et enfin *« l'aide psychologique »* 20%.
- Les étudiants en sciences islamiques, quant à eux, sont beaucoup moins dispersés : c'est *« l'éducation/ justice sociale/ religion »* qui vient en premier avec 40%, suivie de la *« religion »*, *« la communication / religion »* et *« religion / aide psychologique »* avec 20% chacune. *« La justice sociale »* et la *« communication / affection »* seules ne semblent pas les intéresser, puisque aucun d'eux n'a choisi ces deux options.

Tout laisse donc à penser que la *« religion »* occupe la place centrale quelles que soient les personnes, leur niveau scolaire ou leur fonction. Mais on perçoit chez les étudiants l'empreinte du cursus universitaire suivi. Nous pouvons donc résumer que :

- Les sociologues se préoccupent de *« la justice sociale et de l'éducation, »* ensuite de *« la religion »* et enfin de *« la communication et l'aide psychologique »*.
- Les étudiants en psychologie sont plus préoccupés de *« la communication/ affection, »* ensuite *« la religion et la prise en charge psychologique. »*

• Il faut noter que ce sont les étudiants en Droit et Sciences juridiques qui viennent en tête pour « *la religion* » avec 33%, avant les sciences islamiques (20%) et avec 20% pour « *la prise en charge psychologique* » ils sont au même niveau que les étudiants en psychologie. Vient enfin, « *la justice sociale* » (20%) et « *la communication* » 13%. Pour les personnes qui ont le plus pensé au suicide, les étudiants en Droit (sur les 13 étudiants qui ont pensé au suicide, 07 sont des juristes) occupent la première place : cet ancrage à la religion ne constitue-t-il pas une défense pour se protéger des tentations ? Ou alors sont-ils plus sincères que les autres étudiants ? Les étudiants de sociologie viennent en 2^{ème} position avec 04 personnes dont une est passée à l'acte. Les étudiants en psychologie sont 02 à déclarer y avoir pensé.

• Pour les étudiants des sciences islamiques c'est « *la religion avec l'éducation et justice sociale* » et « *religion et psychologie* ». La religion est partout. Et ce sont eux qui disent ne jamais avoir « pensé au suicide ».

La religion est omniprésente. Pour la prévention, il serait donc important de travailler à partir de ces facteurs. Lors de notre enquête et concernant les conseils à donner à ceux qui ont fait une TS ou les propositions pour la prévention ou tout simplement ce qui a empêché les personnes (qui ont pensé au suicide) de passer à l'acte, il a été proposé ce qui suit :

- « La foi, la religion » en premier lieu,
- Ensuite « peur pour les parents »,
- Et enfin « la vie est belle » tout à fait en dernière position.

En partant de ces résultats, nous pouvons dire que la religion et l'attachement aux parents constituent des facteurs de protection. Un travail centré sur la communication parents/enfants pourrait aider à mieux s'exprimer et à éviter les comportements à risque.

La religion semble incontournable. Bien que ces résultats sont confirmés par le sondage fait à Constantine en 1993, ils ne nous satisfont que partiellement dans la mesure où nous avons le sentiment que ce sont des réponses stéréotypées, des réponses de prestance.

Il faut approfondir par des entretiens pour déterminer si cet attachement à la religion est un facteur d'apaisement et d'enrichissement ou s'il s'agit d'un assèchement de la pensée qui devient, au sens de P. Marty, « une pensée opératoire. » Dans quelle mesure, la peur du changement, la crainte du rejet social, l'autocensure ne sont pas en train d'appauvrir le fonctionnement mental des jeunes et moins jeunes. Ce

consensus et surtout ce conformisme, ne serait-il pas justement un des facteurs qui fait que le suicide soit en augmentation constante ?

Particularités psychosociologiques des personnes ayant pensé à faire une tentative de suicide

Lors de l'enquête sur les représentations du suicide, nous avons demandé aux enquêtés s'ils avaient eux-mêmes pensé à se suicider, s'ils sont passés à l'acte et pourquoi. Dans un premier temps donc, nous tenterons d'analyser les réponses des personnes qui ont pensé au suicide dans la population générale (400 enquêtés), ensuite nous les comparerons avec les résultats des entretiens menés auprès des sujets ayant fait une tentative de suicide et hospitalisés aux urgences médico-chirurgicales d'Oran.

Sur les quatre cent (400) enquêtés, 65 soit 16,3%, ont admis avoir pensé à se suicider. Si l'on replaçait la question dans son contexte social, culturel et religieux, il est très difficile pour certains de répondre à cette question de manière spontanée. Nous pouvons donc supposer que le nombre de personnes ayant pensé à se suicider est peut-être bien plus important. Mais 65 personnes est un nombre loin d'être négligeable puisqu'il représente quand même 16,3%, dont 25/65, soit 38,5% d'entre eux sont passés à l'acte.

L'âge des personnes qui ont pensé au suicide, varie de 16 à plus de 45 ans :

- 09 entre 16 -19 ans
- 25 entre 20 -24 ans
- 19 entre 25 - 34 ans
- 08 entre 35 - 44 ans
- 04 entre 45 ans et plus

Nous remarquerons que tous les âges sont concernés et que ce sont les 20-34 ans qui sont les plus touchés. Ils représentent près de 68% des personnes qui ont pensé au suicide. Les femmes sont plus nombreuses (41) ce qui représente 63%, alors que les hommes sont (24).

Pour notre recherche, nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle la population la plus touchée est celle des 15/25 ans. Or tout au long de notre étude, nous nous sommes rendus compte que cette tranche d'âge se subdivisait en deux : les 16/19 ans qui représentent beaucoup moins de cas (14%) que les 20/24 ans (34%), ainsi que les 25-34 ans (21,5%). Les 20-34ans représentent dans l'enquête auprès des personnes qui ont fait des TS et admises aux UMC Oran, 55,5% des cas. Ces deux tranches d'âges nous semblent à risque et nous ne pouvons

plus mettre en avant uniquement les problèmes de la crise d'adolescence, fut-elle si perturbée et perturbatrice ! Ce fait implique que d'autres facteurs interviennent et il s'agira pour nous de les déterminer avec précision.

Il faut dire également que sur les 65 personnes, qui ont effectivement pensé à se suicider, 25 sont passées à l'acte. Les raisons pour lesquelles ces personnes ont pensé à le faire ou ont tenté de le faire, sont les suivantes :

- Solitude et incompréhension de l'entourage : 38,4%
- Problèmes sentimentaux : 10,7%
- Problèmes sentimentaux couplés à la solitude : 30,7%
- Solitude et adolescence : 13,8%
- Crise d'adolescence : 7,7%

Toutes les raisons sont centrées sur la solitude et les problèmes relationnels et affectifs. Nous pouvons donc en conclure que la solitude provient essentiellement du manque de communication à l'intérieur de la cellule familiale comme à l'extérieur de celle-ci puisque bien souvent même leur passage à l'acte suicidaire est minimisé, voire nié au sein même des structures de soins. Souvent les jeunes ne trouvent pas, ne connaissent pas ou ne rencontrent pas les personnes capables de les écouter, de permettre la parole libératrice et atténuer ainsi leurs souffrances.

Nous nous sommes proposés de voir si les raisons invoquées par ces personnes (prises dans la population générale) correspondaient à celles des personnes ayant fait des TS (146 cas) et qui ont été rencontrées par nos enquêtrices aux UMC Oran durant l'année 2003, nous avons dépouillé la fiche d'entretien, élaborée à cet effet.

Approche clinique

Tranches de vie » aux urgences médico-chirurgicales d'Oran

Les entretiens menés au chevet des personnes ayant attenté à leur vie, ont surtout visé à répondre à différents questionnements. Le service des urgences ne mentionne sur les registres que l'âge, le sexe et le moyen utilisé. Pour pallier à ce manque d'informations, nous avons élaboré ce que nous avons appelé une « *fiche d'entretien* » qui renseigne sur les données socio-familiales, le produit utilisé, les récurrences s'il y a lieu, les raisons invoquées par les suicidants et les réactions des parents. Ces

informations nous semblaient fondamentales et ce, afin de saisir toute la dimension de l'acte suicidaire.

Ainsi 146 fiches ont été dûment remplies par nos enquêtrices (étudiantes en psychologie clinique formées pour l'étude) qui se trouvaient au sein du service des urgences et qui étaient en contact direct avec les suicidants, leur famille et les soignants.

▪ Les périodes de notre enquête se situent en juin et juillet 2003 puis du 15 septembre au 15 octobre 2003, ensuite du 15 décembre au 06 janvier 2004 et du 27 mars au 07 avril 2004. 146 entretiens ont été réalisés auprès des 109 femmes (74%) et des 37 hommes (25%).

Ces chiffres montrent que les femmes sont presque trois fois plus nombreuses que les hommes à faire une tentative de suicide⁷.

L'âge des personnes ayant fait une tentative de suicide pendant les tranches de temps citées plus haut se distribue comme suit :

- Entre 15 et 25 ans : 99 cas (F 66 ; H 19) : 67,80%
- Entre 26 et 36 ans : 32 cas (F 19 ; H 07) : 21,91%
- Entre 37 et 60 ans : 13 cas (F 11 ; H 02) : 08,90%

Près de deux personnes sur trois (68%) ont entre 15 et 25 ans.

Ces chiffres montrent que près de 90% de la population qui a fait une tentative de suicide a moins de 36 ans. Il faut dire que ce sont les jeunes qui sont touchés de plein fouet par la crise économique, le chômage, la crise de logement et donc l'obstruction de l'horizon temporel. Ces crises ont fatalement des effets sur la famille qui se trouve ainsi fragilisée, voire déstructurée, ce qui la rend moins tolérante et moins attentive aux besoins des jeunes, d'où le sentiment d'abandon et d'exclusion.

Si les célibataires sont majoritaires (67%), les mariés constituent un nombre appréciable (27%), dont 3 personnes sur 4 sont des femmes. Les divorcés et les veufs sont 3%.

1. Célibataires : 98 cas (F 73 ; G 25) soit 67,12%
2. Mariés : 40 cas (F 30 ; G 10) soit 27,39%
3. Divorcés : 03 cas (F 02 ; G 01) soit 2,05%
4. veuve : 01

Il est vrai que l'écrasante majorité (98 cas) est constituée de célibataires des deux sexes. Mais la proportion 30% de personnes mariées ou l'ayant été (divorce, veuvage) nous indique que le mariage ne

⁷ Il est à noter que les périodes étant inégales, les chiffres ne doivent être pris qu'à titre indicatif.

semble plus constituer un rempart contre le suicide, alors que les études durant les années quatre-vingt signalaient le mariage comme étant une « protection contre le suicide ». Mais le fait le plus marquant, c'est que la majorité de ces personnes sont des femmes (3/4). Celles avec qui nous avons pu avoir un entretien, parlaient de problèmes conjugaux ou de conflits avec leur belle-famille. Se profilent donc en arrière plan, le mariage forcé ou arrangé pour certaines, les violences conjugales et les problèmes avec la belle famille (surtout belle-mère et belle-sœur).

L'hypothèse que nous pourrions également avancer est celle de savoir si la tentative de suicide ne signifie pas pour ces femmes un nouveau mode d'expression vu l'échec ou l'inefficacité de tous les autres ? Ce passage à l'acte révélerait-il justement la personnalité agissante et non plus simplement passive ?

Nous avons également demandé à ces personnes les raisons du passage à l'acte, le dépouillement donne le résultat suivant :

1. Dispute avec les parents : 47 cas (32,19%)
2. Dispute avec la fratrie : 14 cas (09.58%)
3. Echec amoureux : 18 cas (12.32%)
4. Echec scolaire : 06 cas (04%)
5. Séparation/Divorce : 08 cas (5.47%)
6. Troubles mentaux : 06 cas (4%)
7. Echec Professionnel : 03 cas (02%)
8. Grossesse hors mariage : 01 cas (0.68%)
9. Autres : 35 cas (24%)

Les raisons invoquées sont donc multiples, mais placent néanmoins le manque de communication et les conflits à l'intérieur de la cellule familiale⁸, en première ligne avec 43%. Dans la catégorie « Autres », nous avons relevé tout ce qui concerne les différents types de conflits ou états dépressifs réactionnels, comme la disparition d'un être cher, le stress, les femmes battues, les dettes contractées, le chômage et la précarité. Pour ces dernières raisons invoquées, même si elles semblent ne pas avoir de lien direct avec les conflits intra familiaux, elles expriment néanmoins les graves situations de conflits entretenues par le manque de communication et l'absence d'espaces de parole et de verbalisation. Nous pouvons d'ailleurs avancer sans risque d'exagérer, que près de 70%

⁸ Mimouni-Moutassem B., Sebaa FZ., Kebdani KH., Mimouni M., CRASC : « le suicide à Oran », journée d'étude sur *santé et population*, Oran, ITSP, DSPS 10 juillet 2004.

d'entre eux, souffrent d'une manière ou d'une autre d'un manque de communication et du sentiment d'être incompris.

Nous pouvons également tenter quelques remarques concernant la question des échecs de la relation amoureuse. Que des femmes tentent de se suicider parce que leur petit ami ou fiancé, les a quittées ou ne les comprend pas, constitue à notre avis une nouveauté. Tenter de se suicider pour une raison d'ordre sentimental est mal tolérée par la société. Il y a quelques décennies, cela aurait pu amener au crime d'honneur, provoquer de grand scandale et contribuer à bannir la « coupable » du groupe d'appartenance. Ce qui nous amène à penser qu'il s'opère actuellement un véritable changement quant aux rôles sociaux et surtout quant au statut des femmes et jeunes filles qui refusent de plus en plus de se soumettre par seul respect des traditions.

Radia, 21 ans répétait : « *Je recommencerais, je recommencerais, trop c'est trop, ils (les parents) n'écoutent que leur fils, même quand il ment et moi je ne suis rien !* » Ses parents ont pris acte, ils ont découvert les distorsions dans leur relation à leur fille et ont très bien réagi. D'autres, par contre, ne comprennent pas ou ne veulent pas comprendre. Leur seule préoccupation est de savoir si leur fille a perdu sa virginité ou si elle est enceinte. Ils en veulent à leur fille de les avoir désignés par son geste, comme des parents indignes et d'avoir semé le doute sur sa moralité et la leur.

Etude de cas « Je me suis suicidé donc j'existe ! »

Radia 21 ans, issue de famille nombreuse constituée de neuf personnes. Elle a le niveau de la 9^{me} AF. Elle faisait du judo, mais son père lui a demandé d'arrêter les entraînements. La mère est sans profession et le père est ouvrier. Elle se dispute souvent avec son frère qui lui interdit tout. Lors de la dernière dispute, il a dit au père qu'il l'a vue avec un garçon. Le père l'a battue. C'est la goutte qui a fait déborder le vase : « j'en ai marre des persécutions de mon frère, dit-elle « ce qui m'a fait mal, c'est que mon père l'a cru lui et pas moi ». Elle prend dix comprimés d'Exomil. Ramenée à l'hôpital, elle est désespérée, rageuse et jure de recommencer. Revenue une semaine plus tard au service, elle est plus détendue, souriante et dit que sa famille est bien, mais c'est « mon frère qui a la tête dure, qui ne comprend pas ! » Lors du troisième entretien, elle dit « regretter » son acte (mais ne semble pas mécontente de l'avoir fait) et pense surtout à ses parents et à la douleur qu'elle leur a infligée. Elle semble s'être réconciliée avec elle-même et avec ses parents. Ces derniers ont compris le message et l'ont autorisée à reprendre son entraînement de judo.

Une hypothèse qui consistait à faire croire que les jeunes femmes qui se suicident le plus ou qui tentent de le faire, avaient des problèmes de grossesses illégitimes et ou de perte de leur virginité, semble ne pas se

vérifier. Pendant cette période de notre étude, nous n'avons rencontré qu'un seul cas. Cette croyance révèle les représentations sociales concernant les jeunes filles qui « *n'auraient aucune raison de se suicider sauf en cas de perte de l'honneur !* » mais finalement les jeunes filles rétorquent : « *je refuse d'être un objet, je veux aimer et être aimée, je refuse la tutelle des uns et des autres, je suis capable de prendre des décisions concernant ma vie et si je ne peux pas le faire alors je décide de ma mort.* »

Derrière les « *disputes avec fratrie ou parents* », se profile souvent « *la relation amoureuse* » comme raison véritable : c'est le cas de Fatima 20 ans « *s'est disputée avec sa mère* », c'est la raison qu'elle a avancée, mais un entretien approfondi montre que la mère refuse que sa fille se marie avec son ami. Le seul moyen envisagé par cette jeune femme pour faire céder la mère c'est de faire une TS.

La tentative de suicide apparaît dans près d'une vingtaine de cas comme moyen de pression et de communication avec un entourage négligent ou trop rigide.

Conclusion

Les cas rencontrés dans cette étude ont montré la complexité du phénomène et l'implication d'un réseau de facteurs qui dépasse l'individu (le chômage, la pauvreté, les difficultés de toutes sortes, problèmes existentiels, troubles mentaux, etc.).

Il semblerait que pour notre population des 15-25 ans, ce sont les problèmes de communication et d'affirmation de soi qui occupent la première place en particulier chez les jeunes filles/femmes. Les femmes refusent d'être enfermées dans le carcan de la tradition alors que tous les paramètres sociaux ont changé. Elles font des études, sortent, puisent des modèles dans les médias et surtout la télévision, prennent conscience de leur force et surtout des possibilités de transcender ces traditions jugées archaïques. Elles refusent d'être infantilisées, parrainées par tous les membres de la famille et surtout leurs frères. Les familles vivent dans des contradictions extrêmes et ce sont les femmes qui en portent le poids et le préjudice, et c'est justement cela qu'elles refusent. Farida 17ans, dira à sa mère (après une TS) : « *Je me marie avec celui que je veux, sinon je ne me marie pas du tout ou bien je me tue définitivement !* »

Pour ce qui est du milieu familial, la tentative de suicide fait l'effet d'un véritable séisme qui lui fait comprendre les distorsions qui existent en son sein, mais souvent le geste suicidaire est carrément occulté. Dans un premier temps, l'écoute et la prise en charge familiale sont plus que nécessaire, car la famille a un rôle fondamental à jouer pour rassurer le

jeune quant à l'attachement et l'affection qu'elle lui porte, ce qui va renforcer sa confiance en son environnement et en soi et surtout l'estime et l'amour de soi qui lui permettront de continuer malgré les difficultés.

Notre étude semble montrer que le geste suicidaire s'inscrit dans une problématique où se mêlent, à des degrés divers, un état dépressif souvent lié au processus de l'adolescence, (moment de la vie où tous les enjeux d'identification propres à cette tranche d'âge constituent souvent le noyau de problématiques familiales, qu'elles soient d'ordre conjugal ou d'ordre transgénérationnel), l'absence de passage clairement établi (pas ou très peu de rites de passage à l'âge adulte, souvent vidés de leur sens quand ils existent) entre les générations et l'absence de repères parentaux stables. Il reste bien entendu, que toutes les combinaisons sont possibles entre une problématique intra psychique et une problématique familiale et sociale, constituant un environnement fortement pathogène.

La véritable prévention du suicide passe par la parole, il s'agit de permettre la verbalisation des conflits, « *guérir les maux par les mots* ». Car en libérant la parole, la personne peut faire part de ses idées suicidaires qui souvent précèdent le passage à l'acte. Ce type de prise en charge préviendra également toute récurrence après une tentative enrayée et permettra d'évaluer le contexte de la situation à risque.

Un autre projet de recherche nous permettrait d'affiner nos hypothèses, de mieux saisir les complexités du passage à l'acte des suicidants et d'aborder la question de leur prise en charge.

Références bibliographiques

1. Abbar, M., Caer, Y., Schenk, L., *Facteurs de stress et comportements suicidaires*, L'Encéphale, XIX, 1993, pp. 179-185.
2. Baechler, J., *Les suicides*, Calman-Levy, 1975.
3. Barlet P., « L'adolescence entre suicidaires et délinquants », in Vedrinne J., Paris, Masson, 1982.
4. Baudelot, C., Establet, R., *La sociologie du suicide*, La Recherche, 16, 1985, pp. 12-20
5. Bettelheim, B., *Un lieu où renaître*, Paris, Laffont, 1975.
6. Binoux, F., Widlocher, D., « Le bilan psychologique après une tentative de suicide », *Revue. Prat.*, 32, n° 53-54, 3375-3386, 1982.
7. Bourgeois, M., *Epidémiologie du suicide*, Confrontation Psychiatrique., 35, 1993, pp. 327-352
8. Bourgeois M., *Les autopsies psychologiques dans l'étude du suicide*, L'Encéphale XXII (suppl. IV), 1996, pp. 46-51.

9. Bouvard, M.P., Doyen, C., *Le suicide chez l'adolescent*, L'Encéphale XXII (suppl. IV), 1996, pp. 35-39

10. Braconier, A., *Le suicide de l'adolescent*, Psychiatrie Prat., 3, 1980, pp. 27-29.

11. Caroli, F., *A l'écoute du suicidant en institution psychiatrique*, Psychologie. Méd., 9, 9, 1977.

12. Caroli, F., Vidon, G., *Sémiologie des conduites suicidaires*, Paris, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie, 37114 A80, 1984.

13. Mimouni-Moutassem, B., « les parents d'enfants pré scolarisés et changement sociaux ». Ouvrage collectif sur *le préscolaire*, à paraître au CRASC.

14. Mimouni-Moutassem, B., Sebaa, F., Kebdani, Kh., Mimouni, Mostéfa, *Le suicide des jeunes à Oran*, rapport de recherche, CRASC, 2004.

15. Sebaa-Delladj, FZ., *Adolescence et délinquance en Algérie : le cas de la délinquance juvénile féminine*, Oran, Dar-El-Gharb, 2000.

16. Pr. Boublenza ; Dr Belhadj ; Pr. Tadjeddine, C.H.U Sidi Bel Abbés « Evolution du suicide dans l'ouest Algérien ». Colloque sur le suicide organisé par le groupe de recherche : Mimouni-Moutassem B., Sebaa FZ., Kebdani KH., Mimouni M., CRASC, 23 février 2005. Mimouni-Moutassem B., Sebaa FZ., Kebdani KH., Mimouni M., CRASC : *le suicide à Oran*, journée d'étude sur « santé et population », DSPS Oran, ITSP, 10 juillet 2004.

Communications du groupe

Communication du groupe de recherche : « Liens entre toxicomanies et suicide » Mimouni B., Sebaa FZ., Kebdani K., Mimouni M., CRASC-Oran : Journée d'étude organisée par le CIAJ, direction de la jeunesse et des sports de Tlemcen sur « la consommation de substances psychoactives : déterminants, prévention et modes de sensibilisation » Tlemcen, le 28 juin 2004.

Communication collective : « Suicide et représentations du suicide à Oran » Mimouni B. ; Sebaa FZ. ; Kebdani KH., Mimouni M., : Journée d'étude organisée par la Direction de la Santé et de la population, à l'occasion de « la Journée Mondiale de la Population », Oran, ITSP, le 10 juillet 2004,

Mimouni-Moutassem B., « Introduction au colloque et présentation de la recherche sur le suicide », Colloque de santé mentale ayant pour thème : *suicide, tentatives de suicides et conduites suicidaires : déterminants*,

prévention et prise en charge. Colloque co-organisé avec le CISM. 21-22 octobre 2003.

Kebdani, Kh., « Tranches de vie aux UMC », Colloque *suicide, tentatives de suicides et conduites suicidaires : déterminants prévention et prise en charge*, Colloque co-organisé avec le CISM, 21-22 octobre 2003.

Mimouni, Mostéfa, « Le suicide : exploration d'un concept », Colloque organisé par le groupe de recherche sur *le suicide des jeunes à Oran*, Secteur Sanitaire, Oran Est, CRASC, et le CISM, le 21 et 22 octobre 2004 à l'ITSP Oran.