

Chapitre I : Approche épidémiologiques

Badra MOUTASSEM-MIMOUNI
Fatima Zohra SEBAA
Mostefa MIMOUNI

L'approche épidémiologique permet, dans un premier temps de cerner le phénomène du suicide et des tentatives de suicide et de dégager les facteurs (modes de vie, milieu social, particularités individuelles...) susceptibles d'expliquer sa fréquence, sa distribution et son évolution auprès d'une population donnée.

Définitions

- **Le suicide** : Selon Emile Durkheim le suicide est « *tout cas de mort qui résulte médiatement ou immédiatement, d'un acte positif ou négatif, accompli par la personne elle-même et qu'elle savait produire ce résultat* »⁵. L'accent est mis sur l'intention de se tuer et la conscience de son acte et de ses conséquences : accomplir un acte censé donner la mort.
- **La tentative de suicide** se définit donc, comme tout acte ayant pour but de mettre un terme à l'existence, mais qui n'aboutit pas. Là également il faut qu'il y ait conscience du risque léthal. La tentative de suicide est souvent considérée comme « moins grave », que la personne ne voulait pas mourir, mais « juste » menacer l'entourage, s'en venger, ou attirer son attention. Si les personnes concernées disent vouloir par cet acte « en finir », ils veulent en finir avec qui ? Et avec quoi ? Avec la vie, avec la souffrance, ou avec cette vie de souffrances ?

Notre étude sur les tentatives de suicide des jeunes à Oran, nous a montré que la frontière est bien mince entre le suicide et la tentative de suicide. Un certain nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide décède quelques jours ou quelques mois plus tard dans de grandes souffrances et d'autres en réchappent avec de graves séquelles physiques (greffes, nombreuses opérations chirurgicales...) et psychologiques. Aussi, nous avons classé, de manière non exhaustive, les différents types de TS, en trois grandes catégories :

- Les TS qu'on pourrait qualifier de bénignes, au sens où l'acte n'a pas de répercussions graves sur la santé physique du sujet (prise de

⁵ Durkheim, E., *le suicide*, 12^{ème} édition, Quadrige, Paris, PUF, 2004.

quelques comprimés ou d'un produit sans grand danger) ce sont les cas les plus nombreux.

- Les TS graves : prise importante de doses de médicaments ou de produits toxiques
- Les TS gravissimes nécessitant des interventions chirurgicales lourdes (ablations, greffes...) à la suite d'absorption de produits caustiques, raticide, décapant, etc.

Les conduites suicidaires sont des comportements à risque, tels que vitesse excessive, consommation abusive de produits dangereux drogues, alcools, etc. ou se mettre dans des situations menaçantes, dangereuses, etc.

Les idées suicidaires, les personnes disent penser ou avoir pensé souvent ou régulièrement au suicide. Ces pensées mortifères peuvent être passagères en rapport avec des conditions difficiles ou des conflits que vit la personne. Elles peuvent se résorber ou s'aggraver et être suivies par une TS ou un suicide.

Soignants et entourage doivent être attentifs à de telles idées et les prendre très au sérieux.

Ainsi, suicide, tentative de suicide, conduites et idées suicidaires, représentent différentes expressions de la détresse psychologique et sociale des individus.

1. Le suicide dans le monde

Quantifier le taux de suicide et de tentatives de suicide dans le monde n'est pas chose aisée car peu de pays réalisent des études fiables et les rendent publiques. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) montre que si l'Europe occidentale présente régulièrement des chiffres, les autres continents tels que l'Afrique et le monde Arabe, ne fournissent aucune statistique⁶. Le problème des données chiffrées n'est donc pas particulier à l'Algérie, mais se pose avec plus ou moins d'acuité selon les pays et les régions du monde.

De plus, les comparaisons internationales sont difficiles à établir de par les dispositifs de soins qui diffèrent d'un pays à un autre et des modalités de recueil des statistiques.

Selon les données de l'OMS⁷, si en 2000, une personne met fin à ses jours toutes les quarante secondes, en 2007⁸ c'est toute les trente

⁶ Les seules proviennent d'Egypte et datent de 1987

⁷ OMS, Figures and Facts about suicide, 1999

⁸ OMS, Journée mondiale de prévention du suicide. 10 Septembre 2007

secondes. Ce qui fait environ 3000 suicides par jour. Toujours selon l'OMS, en 2000, 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 les conflits armés à travers le monde.

Tous les âges sont concernés ainsi que tous les pays et toutes les cultures mais à des degrés divers. Au-delà des disparités internationales, la plupart des pays déplorent la forte progression du suicide chez les jeunes.

Les chiffres rendus publics par certains pays sont généralement sous-estimés, alors que d'autres n'avancent aucune statistique. Ces pays minimisent et tentent par-là d'occulter le phénomène du suicide, mal perçu par les traditions et cultures locales. Il y a également la fragilité de l'organisation des systèmes de santé dans ces pays, qui fait que le suicide n'est pas considéré comme une priorité, ni comme un problème de santé publique.

Peu de pays ont fait des études de prévalence. Selon Baudelot et Establet (2006), les pays de l'Est qui avaient un taux de suicide relativement faible sont en train de dépasser l'Europe occidentale.

Toujours selon 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 tentatives. Il n'y a qu'en Chine rurale que les femmes se suicident plus que les hommes⁹. Ces conclusions sont globalisantes et ne rendent pas compte des différences entre les régions, les campagnes et les villes etc. au sein d'un même pays.

Les taux les plus élevés sont environ de 13 pour 100.000 et se trouvent essentiellement en Europe (Est et Ouest), en Chine, au Japon et en Inde. Entre 6,5 et 13/100.000, se trouvent au Moyen-Orient et en Amérique du nord et moins de 6,5/100.000 en Amérique du Sud. La plupart des pays d'Afrique ne fournissent pas de chiffres, ce qui ne veut nullement dire que le phénomène n'existe pas.

Dans le monde arabe, les statistiques sont quasi inexistantes et quand elles existent, elles ne sont pas actualisées et ne reflètent nullement la réalité, compte tenu du poids de la religion qui condamne l'acte d'une part et du rejet social d'autre part, car une « personne qui se suicide est non seulement considérée comme « impie », mais aussi suspectée d'être « souillée » et frappée d'apostasie ». Cette intransigeance sociale pourrait

⁹ <http://www.who.int/media/en/suicide.jpg>,

constituer un frein au passage à l'acte. Il s'agit en somme, de s'interroger sur les facteurs qui sont à l'origine de l'affaiblissement de ces tabous et/ou de « l'affranchissement » des individus, vis-à-vis de ces tabous et interdits ?

A notre connaissance, les seuls chiffres disponibles sont très anciens et datent au mieux des années quatre-vingt (Egypte 1987). Lors de nos recherches¹⁰, nous avons réussi à avoir quelques données sur l'Arabie Saoudite où sont signalés 276 suicides en 1997. Ce chiffre va doubler en 2000 puisqu'il passe à 596 cas. Un tel nombre de suicides dans un pays aussi pratiquant religieusement et aussi riche que l'Arabie Saoudite, incite à s'interroger sur les facteurs traditionnels du suicide. La même question pourrait être posée à propos des pays scandinaves qui ont des taux extrêmement élevés soit 40 pour 100.000 h. Ces pays connaissent pourtant le taux de chômage le plus bas, des conditions socioéconomiques plus que confortables, une législation et des institutions solides.

2. Le suicide au Maghreb

Le Maghreb n'est pas à l'abri de ce phénomène, mais il n'y a pas de données exhaustives émanant d'enquêtes fiables. Le peu de chiffres disponibles proviennent d'articles de presse et/ou des recherches parcellaires, limitées à une ville ou une wilaya.

Le Dr B. Bensmail, psychiatre algérien, s'est basé sur des études¹¹, souvent ponctuelles et fragmentaires, pour avancer les taux suivants concernant le Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) :

- Pour les tentatives de suicide, leur taux annuel, tout en restant en deçà des chiffres européens, ne présente pas de différence notable pour les trois pays. Ils sont de 31 à 34 pour cent mille (100000 h) habitants (en France, 266 TS pour cent mille habitants). On constate une très forte prédominance juvénile (70% chez les moins de 25 ans) et notamment féminine avec en moyenne deux femmes pour un homme. On remarque tout de même un pourcentage insignifiant pour les personnes âgées (plus de 60 ans) de 0 à 0.7%.
- Pour les suicides, le taux annuel est relativement faible : 2 pour 100 000h en Algérie et au Maroc, il est de 4.5 pour 100 000h en Tunisie, alors qu'il gravite autour d'une moyenne de 13 pour cent mille habitants (ce taux va jusqu'à 20/100 000h dans certains pays

¹⁰ Al Arabya 27 avril 2007

¹¹ *Suicide et culture* Sous la Direction de Adam Smith, suicide et culture au Maghreb, B. Bensmail. Paris L'Harmattan 1999

comme la France) et 40 pour 100 000h dans les pays Scandinaves (Baudelot et Establet 2006).

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

Une étude sur les tentatives de suicide enregistrées à l'hôpital de Monastir¹² en Tunisie signale un taux de tentatives de suicide chez les femmes moins important que celui que nous avons relevé (60% contre 40% chez les hommes), les auteurs notent également un âge moyen des personnes ayant fait des tentatives légèrement plus élevé 26 ans contre 24 ans dans la population algérienne. Les facteurs incriminés sont essentiellement le manque de moyens, l'ennui, compte tenu de la médiocrité des loisirs ainsi que les conditions de vie difficiles.

Au Maroc, Rita El Khayat¹³, abordant la psychopathologie chez les femmes dans le Monde arabe, signale brièvement que le suicide et la tentative de suicide chez les femmes sont en augmentation depuis une quarantaine d'années. Ainsi elle note un changement dans les conduites suicidaires au Maroc : alors que la tentative de suicide était surtout le fait des femmes (dix fois plus que les hommes) et le suicide abouti le fait des hommes, l'auteure constate que les différences se réduisent de plus en plus : puisque des hommes font beaucoup de tentatives et se rapprochent des taux féminins et de plus en plus de femmes se suicident vraiment.

3. Le suicide en Algérie

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 environs de 2 à 6 pour 100.000 h, nous utilisons le conditionnel car les chiffres sont souvent différents d'une institution à l'autre et surtout sous évalués (voir plus bas).

3.1. Etudes et enquêtes épidémiologiques en Algérie

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. Les études réalisées au sein des grands centres hospitaliers ne peuvent regrouper tous les cas de suicide dans la mesure où ce dernier

¹² Gaha, L. ; Skhiri, T. ; Bouchoucha, S., *Tunisie médicale* 1988, vol. 66, n°2, pp. 103-106

¹³ Rita El Khayat, *Condition féminine dans le Monde arabe et psychopathologie*, Arabpsynet, e.Journal : N° 10 et 11, printemps- été, 2006

n'est pas toujours enregistré en tant que tel et où toutes les personnes ayant fait une tentative de suicide ne se dirigent pas vers les CHU.

Nous allons présenter quelques études de qualité inégale qu'il faut prendre en tant qu'indicateurs.

Une enquête menée par le CHU de Constantine en 1993, montre pour cette année seulement et pour le taux de suicide une régression par rapport aux chiffres antérieurs 1.4/100000 h (au lieu de 2/100000 h). Le sexe masculin reste largement majoritaire (70%). Toujours pour cette année 1993 et concernant les tentatives de suicide, une petite augmentation est constatée, on passe de 34/100000 h en 1987 à 38.5/100000 h.

Toujours au CHU de Constantine, une étude réalisée de juillet 2003 à juin 2006 sur les cas de suicide, a montré que les wilayas suivantes regroupent à elles seules plus de 70% des cas de suicides relevés dans la région Est :

- Mila : 33,8%
- Constantine : 27,7%
- Jijel : 12%

Les hommes sont les plus touchés puisqu'ils représentent 67,7% des cas de suicide enregistrés et 32% pour les femmes. 74% des cas de suicide concernent les chômeurs alors que les travailleurs ne représentent que 26% des cas¹⁴, ce qui laisse supposer que ces personnes vivaient dans des conditions de précarité difficiles à assumer.

Lors des journées internationales de psychiatrie tenues à Alger en février 2004 et auxquelles notre équipe a participé, pour le Dr Bessaha, médecin légiste à Alger (CHU Mustapha Bacha), entre 2000 et 2003 il y a eu 1097 cas de mort suspecte, 186 cas autopsiés et sur ce nombre 17% étaient des cas de suicide : 31 cas en 2000, 41 cas en 2001, 48 cas en 2002, 66 cas en 2003. Notons la nette augmentation d'année en année. Concernant le sexe, la répartition est la suivante : 130 hommes, soit 70% et 56 femmes, soit 30%.

Les moyens utilisés sont la pendaison (37%), le saut dans le vide (32%), l'ingestion de produits caustiques (14%), la noyade (7%) et l'intoxication médicamenteuse volontaire (4%).

¹⁴ Liberté du 21-12-06.

3.2. Etude épidémiologique dans l'Ouest Algérien

Dans une étude épidémiologique rétrospective sur le suicide dans trois wilayas de l'ouest algérien : Oran, Tlemcen et Sidi-Bel-Abbès, le Dr Boublanza et coll.¹⁵ montrent que les personnes qui se sont suicidées, admises au service de médecine légale des trois wilayas, sont au nombre de 427 cas, dont 313 hommes (73,3%) et 114 femmes (26,7%) :

- Oran : 46%, 196 cas de suicide : 25% femmes et 75% hommes
- Tlemcen : 27,4%, 117 cas de suicide : 24% femmes et 76% hommes
- Sidi Bel Abbès : 26,7%, 114 cas de suicide : 32,4% femmes et 67,5% hommes

Dans cette étude, c'est Oran qui a le plus fort taux.

L'étude de Boublanza et coll. sur les trois wilayas de l'Ouest Algérien est de loin la plus complète, même s'il s'agit d'une étude rétrospective. C'est la seule étude à notre connaissance qui soit claire dans ses objectifs et dans ses résultats. Le tableau suivant donne les taux de suicides dans les trois wilayas concernées sur environ seize ans d'intervalle : 1989, 1995 et 2003. L'augmentation des suicides est indéniable dans les trois wilayas.

Tableau 1 : Etude comparative de l'incidence du suicide : Oran, Sidi Bel Abbès, Tlemcen

Wilaya	Sidi Bel Abbès			Tlemcen			Oran		
	Années	1989	1995	2003	1989	1995	2003	1989	1995
Nombre de cas	7	9	35	6	18	18	15	17	42
Population	455627	552000	569212	716838	858000	911055	954099	1128000	1426800
Incidences	1,68	1,63	6,14	0,84	2,10	1,97	1,57	1,51	2,95

Source : Dr. Boublanza et coll. (2005)

Si l'incidence pour 100.000 h reste relativement stable à Tlemcen, elle a presque doublé à Oran passant de 1,57 à 2,95, mais c'est à Sidi-Bel-Abbès que les taux ont été multipliés par presque quatre.

On constate une stagnation des taux de suicide durant les années quatre-vingt-dix alors que c'est une période trouble, chargée de violences terroristes. Les études à l'échelle internationale, montrent que pendant les périodes de troubles, guerres, etc. les taux de suicide sont très faibles.

¹⁵ Pr. Boublanza ; Dr. Belhadj ; Pr. Tadjeddine CHU Bel Abbès : Evolution du suicide dans l'Ouest algérien. Colloque 'Suicide et tentatives de suicide en Algérie' organisé par notre groupe le 22 février 2005 au CRASC, Oran

Tableau 2 : Etat global des suicides enregistrés au niveau national de 2001 à 2006

Années	Nombre	Hommes	Femmes	Taux par région
2001	309	309	--	Région Centre 40%
2002	319	243	76	
2003	330	250	80	Région Est 30%
2004	359	282	77	
2005	311	234	77	Région Ouest 25%
2006 (11mois)	249	191	58	Région Sud 5%

Source : DGSN 2007

Les taux par région placent le centre (Alger et ses environs) en première position puisqu'il concentre environ 40% des taux de suicide ; la région Est 30% en moyenne ; la région Ouest 25% et en dernier la région Sud avec environ 5% de suicides enregistrés.

Ces données sont ceux de la Direction générale de la sûreté nationale (DGSN), mais il est difficile de les considérer comme définitifs dans la mesure où, et à titre d'exemple, pour l'année 2005, la DGSN donne 311 suicides, la gendarmerie nationale déclare « avoir traité » 192 cas de suicide sur le plan national. La Gendarmerie Nationale traite des cas en dehors des grandes agglomérations (zone rurale ou périphéries des villes) ces chiffres sont à cumuler avec ceux de la DGSN, ce qui fait 503 suicides sur le plan national.

A défaut d'une source clairement identifiée et de chiffres fiables, nous avons recueilli des chiffres auprès des chercheurs et nous les avons comparés à ceux de la DGSN, ce qui nous a permis de réaliser le tableau suivant :

Tableau 3 : Données sur le suicide selon études et travaux académiques, CHU et DGSN

Année	Alger* - Recherche	Alger DGSN	Constantine DGSN	Oran* Recherche	Oran DGSN	Tizi-Ouzou ¹⁶	Tizi-Ouzou DGSN
1989				15			
1995				17			
2000	31			16		93	
2001	41	32	03	19	05	71	60
2002	48	17	04	21	02	53	59
2003	66	16	04	42	03	43	52
2004		26	09		04	62	53
2005		29	07	30	05	26	37
2006		19	05	60	11	46	43
2007						43 (1 ^{er} semestre)	

Source : Groupe CRASC 2007/2008

Nous présentons ce tableau pour montrer l'extrême disparité des chiffres sur le suicide en Algérie. La première colonne comporte les chiffres donnés par le corps médical ou des chercheurs et la deuxième colonne comporte les chiffres qui nous ont été envoyés (fort obligeamment et nous les en remercions) par la cellule d'action numéro un (01) de la direction générale de la sûreté nationale (DGSN) du Ministère de l'intérieur et des collectivités locales. Ces chiffres sont arrêtés en décembre 2006 et concernent tout le territoire national, mais nous avons choisi les grands pôles : Alger, Oran, Constantine, auxquels nous avons ajouté Tizi-Ouzou dans la mesure où pratiquement tous les jours au moins un quotidien d'informations parle de suicide dans cette wilaya. C'est en plus la seule wilaya où les chiffres émanant des chercheurs et ceux émanant de la DGSN sont les plus concordants.

Selon l'étude du Dr Boublanza et Coll., c'est donc Oran qui enregistre le plus grand nombre de suicides, alors que Tlemcen et Sidi Bel Abbès sont à égalité. Mais les chiffres présentés par la Gendarmerie Nationale montrent une contradiction importante : Oran est placée après Tlemcen et ce sont les wilayas de l'est algérien qui viennent en tête avec le plus

* Dr Bensaha pour Alger et ses environs de 2000 à 2003.

* Pour Oran, les chiffres soulignés émanent de la protection civile, de Boublanza et coll. Pour les années 2005 et 2006 les chiffres émanent de la presse écrite.

¹⁶ Dr Ziri et Boudarene EHS Tizi Ouzou. Congrès « Suicide, de la culture aux neurosciences » Montpellier. 2007

fort taux de suicide comme l'indiquent les statistiques nationales¹⁷ portant sur la décennie 1993-2002 où Oran est en 6^{ème} position, comme Alger avec 100 cas de suicides sur les dix ans. Tizi-Ouzou vient en premier, suivi de Bejaia, Sétif, Bouira, Tlemcen et Mila¹⁸. Selon cette même étude, les suicides et tentatives de suicide ont baissé durant les années 94 jusqu'en 98, mais à partir de 1999 (398 cas) et 2000 (624 cas) une augmentation plus que sensible est constatée, par contre une nouvelle baisse en 2001 (424 cas) et 2002 (255 cas) est à relever.

Compte tenu des chiffres fournis par la DGSN, Oran n'est même pas classée dans les wilayas à fort taux de suicide. En réalité les chiffres fournis sur Oran sont incroyablement bas comme le montre le tableau n°3 et sont très éloignés de ceux fournis par le CHUO et la recherche et même par la protection civile¹⁹ (qui ne reçoit qu'une partie des suicidés) 1996 : 14 cas ; 1997 : 27 ; 1998 : 14 ; 1999 : 23 ; 2000 : 16 ; 2001 : 19 ; 2002 : 21 ; 2003 : 29. Les femmes recueillies par la protection civile constituent 12% des décès

Les chiffres sont fluctuants et 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 les cas 'visibles' ; il ne faut pas oublier qu'une partie des TS décède quelques jours ou plus après leur admission dans les services hospitaliers et ne sont que rarement recensés comme suicides.

Selon les statistiques²⁰ présentées par l'association culturelle Izuran T'murth, 3709 cas de suicides, (soit une moyenne annuelle de 309 cas pour toute l'Algérie) ont été signalés durant la période allant de 1993 à 2005.

Selon le Dr. Boudarène, en Kabylie, le nombre de décès par suicide a diminué ces dernières années. Il signale pour la wilaya de Tizi-Ouzou : 93 cas en 2000 (8,3 pour 100 000 habitants) ; 71 cas en 2001 (6,1 pour 100 000) ; 53 cas en 2002 (5 pour 100 000) ; 43 cas en 2003 (4 pour 100 000) ; 62 en 2004 (5,6 pour 100 000)²¹. On constate une régression du suicide à partir de 2001 avec une remontée en 2004, puis une baisse

¹⁷ Bentounès, Hiba Kh. ; M, Sahnoun A., « *Le deuil chez les parents ayant perdu un de leur fils par mort naturelle, par accident ou par suicide* », Mémoire Fin de licence dirigé par M. Mimouni, Université de Mostaganem, 2003-2004.

¹⁸ Bendella, S., Boustani, M., « *La tentative de suicide et ses liens avec le mode d'éducation* », Mémoire de fin de licence, dirigé par M. Mimouni, Université de Mostaganem, 2003-2004.

¹⁹ Goual, M. (psychologue Protection civile), communication présentée au colloque sur le suicide, le 21-22 octobre, 2003, ITSP, Oran.

²⁰ L'Expression' 6 avril 2006

²¹ Dr. M. Boudarene et Ziri : *le suicide à Tizi-Ouzou*.

importante en 2005 avec 26 cas et un rebond de presque le double en 2006 et 43 suicides uniquement pour le premier semestre 2007²².

Il faut souligner que ces chiffres sont des indicateurs, ils sont incomplets compte tenu des particularités du phénomène (tabou, rejet, stigmatisation), des problèmes que nous avons rencontrés sur le terrain et des difficultés de recueil de données statistiques. Les registres des différents services hospitaliers, en dehors des urgences médico-chirurgicales d'Oran, sont quasi inutilisables, ce qui réduit la fiabilité des études et en particulier des études rétrospectives. Certains médecins reconnaissent qu'il leur arrive de ne pas mentionner le terme « suicide » sur les registres, parfois à la demande insistante des familles, ils se contentent de noter la cause du décès (arrêt cardiaque, hémorragie interne, etc.).

Les résistances sont nombreuses car liées à la gravité de l'acte suicidaire qui touche à la sacralité de la vie. Si le suicide et le meurtre, sont les interdits premiers et fondateurs de l'humanité, afin de préserver l'espèce, mais peut-être aussi parce qu'il existe chez certains la tentation de contrôler sa vie et sa mort. Si thanatos, pulsion de mort telle que théorisée par S. Freud est toujours à l'œuvre, il existerait des désirs de mort dont on perçoit les relents dans la recherche du sommeil profond, les conduites à risque, la consommation de produits dangereux, etc. Des raisons souvent obscures, amènent des individus à ne se sentir vivants qu'en flirtant avec la mort. Aussi, les sociétés ont développé des règles drastiques pour empêcher le passage à l'acte suicidaire et protéger leur communauté de l'anéantissement. Dans ce cadre là S. Freud affirme dans « Totem et Tabou »²³ : *« l'homme qui a enfreint le tabou devient tabou lui-même car il possède la faculté dangereuse d'inciter les autres à suivre son exemple. Il éveille la jalousie et l'envie : pourquoi ce qui est refusé aux autres lui soit permis ? Il est donc réellement contagieux, et c'est pourquoi il doit être évité [...], il ne convient pas d'encourager la tentation ».*

La question du recueil des données chiffrées est commune à tous les pays, et même les plus développés n'arrivent pas à maîtriser l'enregistrement des suicides. Au cours de ce travail de recherche et de réflexion, nous en avons recensé²⁴ les différentes raisons :

²² Dr. Ziri, Le suicide en Kabylie, Congrès : *le suicide de la culture aux neurosciences*. Association Franco Algérienne de psychiatrie. 8 et 9 juin 2007, Montpellier.

²³ Freud, S., (1929), Totem et tabou, P.B. Payot, 1974.

²⁴ Moutassem-Mimouni, B. ; Sebaa, FZ. ; Mimouni, M. et Djaoui, B. : Rapport de recherche « *Suicide et tentatives de suicide des jeunes et prise en charge des suicidants* », CRASC, 2005.

1. Les raisons socio-anthropologiques : le suicide est vécu comme un acte répréhensible et même « honteux ». Les familles occultent le fait pour se protéger de la stigmatisation et préserver leur image de la honte d'être la famille d'un suicidé²⁵.

2. La peur des tracasseries administratives pour récupérer le corps, ainsi que la répulsion, vis à vis de l'autopsie, viennent conforter ce silence.

3. Pour les TS, il faut ajouter l'hésitation des patients eux-mêmes à parler de leur acte, ou à l'occulter pour pouvoir « oublier » et éviter ainsi la stigmatisation en particulier pour les filles. Ces dernières sont encore plus stigmatisées que les hommes parce que la première question posée par l'entourage et parfois même le corps médical sur le pourquoi du passage à l'acte est : « a-t-elle perdu sa virginité et/ou est-elle enceinte ? »

4. Souvent, les institutions ne considèrent pas le suicide comme une réalité digne d'intérêt ni comme problème de santé publique. Le corps médical note sur les registres uniquement la cause du décès (hémorragie, crise cardiaque, strangulation...) sans mentionner « suicide », ce qui ajoute à la difficulté d'avoir des chiffres fiables.

5. Pas de logiciel à la disposition des services concernés

6. Peu de communication entre les services médico-légaux et les institutions nationales (DGSN, Gendarmerie Nationale, Directions de la santé et de la population, Observatoires de la santé, Office national des statistiques (ONS), etc.)

7. Parcellarisation des tâches (la police fait l'enquête, la protection civile enlève le corps, etc. la gendarmerie à l'extérieur des villes, la police dans les agglomérations, etc.) ce qui rend la collecte des données très difficile.

8. Résistance des services concernés à communiquer sur le sujet.

9. Enfin, la superstition et la peur du tabou. Evoquer le malheur éveille la peur chez l'interlocuteur qui répond par une formule conjuratoire « b'id ech-char » (que s'éloigne le mal !), comme si évoquer le mal le rend possible et plus encore, lui donne vie. Mais dans les sociétés dites modernes, avec le développement des médias, tout devient affaire publique : en dénonçant les violences de tous ordres et des problèmes sociaux tels que le suicide, peut amener à réagir pour endiguer le fléau. Mais le battage médiatique, les images macabres, les chaînes satellitaires qui répètent à longueur de journée les mêmes images obsédantes, pourraient éveiller des pulsions mortifères et rendre possible

²⁵ De Gaulejac, *aux sources de la honte*, Paris, Desclée De Brouwer, 1996.

ce qui était impensable, dans l'esprit de personnes fragiles ou en grosses difficultés. Parler des problèmes avec mesure, en mettant l'accent sur les effets néfastes des faits évoqués, pourrait aider à mieux cerner le problème, à faire prendre conscience à l'entourage et à le rendre plus attentif aux besoins des personnes en difficultés.

Le problème du suicide restera posé et entravera toute tentative de prise en charge sérieuse, tant que les autorités sanitaires et en charge de la population, ne considèrent pas le suicide comme une question de santé publique.

Mener une recherche sur le suicide n'est guère une sinécure. Il faut sans cesse sensibiliser, négocier et surtout persévérer. Les susceptibilités sont nombreuses, les vieilles habitudes d'autocensure extrêmement tenaces et les tabous ainsi que les peurs obscures, voire les superstitions, bien ancrées.

Le problème d'obtention des données chiffrées concernant le suicide est universel, mais dans certaines sociétés la moindre recherche de statistiques, réveille des attitudes auto-défensives, occultant tout problème de société en avançant la religion et ses principes, comme éléments protecteurs.

Sur le terrain et auprès des différents organismes tels que la Direction de la santé et de la population ou les différents services du CHU Oran (médecine légale, service des urgences, service de psychiatrie, etc.) ainsi que les organismes chargés de l'ordre public (Sûreté de Wilaya, Gendarmerie Nationale, Protection Civile...), l'obtention de statistiques s'est avérée être une opération fort complexe, pis encore, les chiffres fournis recèlent des contradictions flagrantes, d'un organisme à l'autre.

Pour toutes ces raisons, nous avons centré notre étude à Oran et sur les tentatives de suicide. Nous pensons que le degré de conscience n'est pas encore suffisant pour affronter le problème du suicide en toute sérénité. Mais un mouvement d'interrogations et de réflexion est en cours, il faut attendre que les instances de santé publique (Ministère de la santé et de la population, Directions de wilaya et responsables des services hospitaliers) prennent pleinement conscience du risque de laisser un tel fait croître sans réagir. Ce travail constitue une petite pierre à l'édifice de cette prise de conscience.

4. Les tentatives de suicide à Oran

Malgré les difficultés d'obtenir des chiffres exhaustifs, nous observons que le nombre de personnes qui font une tentative de suicide à Oran est en augmentation. Ces gestes sont bien entendu de gravité inégale, mais il

n'est nullement question de minimiser l'acte. Pour nous, toute tentative de suicide est à comptabiliser et à suivre, surtout quand elle mène à l'hôpital. Il existe d'ailleurs un chiffre noir des personnes qui sont passées à l'acte mais qui n'atterrissent pas dans un service de soins et que la famille prend en charge, parfois de manière traditionnelle (rokia, visite au m'rabet, herboriste...) ou qui passent par d'autres services que les urgences médicochirurgicales (UMC) telles que les cliniques et médecins privés. Nous avons vu plus haut que les TS sont de gravité inégale et si certaines finissent par le décès des patients, d'autres peuvent laisser de graves séquelles physiques et ou psychologiques.

Il semble bien que les tentatives de suicide soient en hausse puisque le service des urgences médicochirurgicales du CHU d'Oran, ont enregistré 295 tentatives de suicide en 2001, environ 400 en 2002, 508 en 2003 et 629 en 2005 dont trente (30) sont décédés. En 2006, selon le CHUO, 660 TS et 60 décès ont été enregistrés. En 2007, 695 cas de tentatives de suicide furent enregistrés dont 394 femmes et 301 hommes²⁶.

4.1. Données sociodémographiques des suicidants

Compte tenu des difficultés recensées plus haut, nous avons dû compter sur nos propres moyens en collectant et en recoupant tous les chiffres que nous avons pu trouver : dans la presse écrite, les travaux de mémoires ou thèses ainsi que lors des différentes rencontres que nous avons organisées ou auxquelles nous avons participé. A partir des données recueillies, nous avons pu dégager les caractéristiques des suicidés et des TS.

Caractéristiques des suicidés

Dans son étude, A. Boublanza²⁷ note que si un tiers des suicidés ont moins de 25 ans, près de 20% ont plus de 45 ans et près de 12% ont plus de 55 ans, alors que l'étude au niveau du CHU de Constantine (1993) ne relève « aucun suicide après 40 ans » ! L'étude de la gendarmerie nationale de 1993 à août 2005, indique 3709 cas, soit en moyenne 285 cas par an. Les tranches d'âge : les moins de 18 ans sont près de 11%, les 18-48 ans sont 62%, les 49 ans et plus sont 27%. Les tranches d'âge sont trop larges pour permettre une comparaison fine.

Selon les données de la protection civile, l'âge des suicidés se distribue comme suit :

²⁶ Abdou M., *les tentatives de suicide et leurs causes*. Mémoire de fin de licence 2007 (psychologie clinique), sous la direction de Sebaa FZ

²⁷ Selon l'étude de Boublanza et coll., op.

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

La protection Civile n'a pas de données sur l'origine sociale des personnes car c'est la police qui est chargée de recueillir les informations et de faire l'enquête, la protection civile est appelée uniquement pour acheminer le corps au service de médecine légale du CHU.

Pour compléter les chiffres de la protection civile, qui en fin de compte ne reçoit qu'une partie des suicidés, nous avons pris les résultats d'une recherche faite dans le service de médecine légale du CHU Oran. Par ce service transitent, en principe, tous les cas de suicide. Le Dr. Boublanza²⁸ et son équipe relèvent 42 cas de suicide en 2003, alors que la protection civile en recense 29. Cette différence est certainement en lien avec le fait que certains passent à l'acte, sont hospitalisés et décèdent. Ils sont donc ramenés des services où ils étaient hospitalisés vers le service de médecine légale, ils ne sont donc pas comptabilisés par la protection civile puisque le rôle de cette dernière est d'acheminer les corps vers la morgue.

Selon cette étude (Oran, 2003) les tranches d'âges les plus touchées sont les 20-30 ans, puis les 30-40 ans et les plus de 40 ans sont 12% comme pour les chiffres émanant de la protection civile. Les données d'âge sont concordantes dans les deux études.

La comparaison des caractéristiques des suicidés et TS montre que les âges sont plus élevés chez les suicidés que chez les personnes ayant fait une TS comme le montre le tableau comparatif suivant portant sur les deux populations.

Tableau 4 : Tranches d'âges des suicidés et des tentatives de suicide à Oran 2003

Tranches d'âges des suicidés, de 1993 à Août 2005 (N=3709) Gendarmerie Nationale	Tranches d'âges des suicidés (1989-1995 et 2003 Boublanza ²⁹)	Tranches d'âges des TS année 2003 (Groupe CRASC)
- 18 ans et moins : 10,6%	- moins de 19 ans : 7%	- 13-15 ans : 1,18%
- 18 à 48 ans : 62%	- 20-30 ans : 45,2%	- 15-20 ans : 38,18%
- 49 ans et plus : 27,4%	- 31-40 ans : 21,4%	- 21-30 ans : 38,18%
	- 41-50 ans : 12%	- 31-39 ans : 11%
	- plus de 51 ans : 14,3%	- plus de 40 ans : 11,4% (dont un de 67 ans)

Source : Groupe CRASC 2007/2008

²⁸ Boublanza, A., *La mort violente volontaire en pratique médico-légale*, Doctorat en Sciences Médicales, Oran, 2003.

²⁹ Pr. Boublanza, A. ; Dr Belhadj ; Pr. Tadjeddine, A., CHU de Sidi-Bel-Abbès, *Evolution du suicide dans l'ouest Algérien*, Colloque suicide, CRASC, 2005.

Nous pouvons conclure que :

- les 16-19 ans ont moins tendance à se suicider (moins de 13% dans les trois wilayas de l'Ouest, 10% à l'échelle nationale) contre près de 40% qui font des TS.
- les 20-30 ans sont plus nombreux (45%) à se suicider alors que 38% d'entre eux font des TS.

La différence se réduit pour la 2^{ème} tranche d'âge, mais on peut dire que plus on est jeune et plus on fait une TS et plus les personnes avancent en âge et plus elles ont tendance à se suicider, ce qui confirme le sens à donner à la TS comme appel au secours, avertissement, appel au dialogue. Elle concerne surtout les adolescents et jeunes adultes. Alors que les plus de quarante ans sont presque à égalité pour les TS plus de 11% et 12% pour les suicides. L'étude comparative des différentes données révèle une disparité des tranches d'âge concernées par les tentatives de suicide.

Caractéristiques selon le genre

Dans toutes les études le genre est inégalement représenté, les hommes sont en général trois fois à quatre fois plus nombreux que les femmes pour les suicides aboutis. Mais ces chiffres montrent une différence entre les wilayas. Ainsi l'étude de A. Boubanza (2003) montre que si à Oran et Tlemcen, le nombre de femmes est sensiblement le même (25/24%) il en est autrement à Sidi Bel Abbés qui enregistre une différence de plus de 8% (32%), ainsi qu'à Constantine et dans les autres wilayas de l'Est (32%) et du centre qui elles aussi enregistrent un taux pour les femmes plus élevé, 30% à Alger par exemple.

La différence nous paraît suffisamment importante pour mériter d'être relevée à défaut d'obtenir plus d'informations. Les seuls chiffres dont nous disposons pour l'Est Algérien (A. Rouag et I. Benharkat, 2005) sont des chiffres cumulés sur plus de dix huit ans mais sans détails par année ; ce qui empêche d'examiner les progressions ou régressions du phénomène dans cette région, de 1985 à 2003. C'est une étude rétrospective au service de médecine légale du CHU de Constantine ayant permis de relever 331 suicides passés par ce service dont 70% d'hommes et 30% de femmes.

Quel que soit le pays et la culture, les femmes sont trois à quatre fois moins nombreuses que les hommes pour ce qui est du suicide et leur nombre est trois à quatre fois supérieur à celui des hommes dans le cas des tentatives de suicide, sauf pour certaines régions dont la Chine rurale où les femmes se suicident plus que les hommes. Ces différences seront approfondies dans le chapitre consacré aux facteurs du suicide et TS.

4.2. Les raisons du suicide et des tentatives de suicide

a) Dans le cas du suicide

Seul le suicidé connaît les vrais raisons de son acte, mais les entretiens avec l'entourage, l'autopsie psychologique, l'enquête auprès de l'entourage élargi et sur l'histoire du cas, peuvent apporter les éléments de réponse à cette question.

Le docteur Boublanza et coll. relèvent, dans leur étude sur les trois wilayas de l'Ouest, que les raisons poussant au suicide, en fonction des informations recueillies indiquent trois grandes catégories, selon les tranches d'âges. Ainsi pour :

Le sujet jeune, c'est l'échec scolaire ou sentimental, la perte de la virginité ou un état gestationnel illégitime (contexte tabou situationnel), et l'incompréhension familiale.

La personne adulte, les difficultés matérielles dominent, la perte de perspective d'avenir, les problèmes familiaux.

La personne âgée, un comportement déshonorant d'un descendant, la solitude et le rejet familial.

Les données émanant de la DGSN et de la gendarmerie nationale, montrent que pour presque la moitié des cas de suicide recensés, il n'y a aucune information expliquant l'acte, pour les autres c'est le chômage (63%) et la précarité qui dominent avec les problèmes familiaux, ensuite les troubles mentaux et la dépression.

b) Dans le cas des tentatives de suicide

Pour obtenir des chiffres fiables, nous avons élaboré une fiche (voir annexe) à renseigner, auprès des personnes ayant fait une TS, par des enquêtrices formées. Cette fiche aborde les données sociodémographiques, les raisons du passage à l'acte, les avis du médecin, du psychologue ou du psychiatre s'il y a lieu et les réactions de l'entourage quand un ou des membres de ce dernier sont présents. Ces informations sont collectées directement auprès du patient, et/ou de l'accompagnateur.

L'autre source de collectes de données vient des cas que nous avons suivis lors de notre pratique sur le terrain et des cas suivis par un membre de l'équipe au centre intermédiaire de santé mentale (CISM El Kalima)* durant l'année 2006. Nous avons également suivi quelques cas à l'hôpital psychiatrique (EHS Sidi Chahmi). Pour ces deux derniers (CISM et EHS) nous avons demandé l'aide de la psychologue au niveau du

* Nous remercions Dr. K. Bereksi, Chef de service secteur sanitaire Oran-Est, pour son aide.

service des urgences médicochirurgicales pour orienter les personnes qui le désirent pour un suivi psychothérapeutique. Peu de personnes se sont rendues à l'hôpital psychiatrique, par contre le CISM a été plus favorablement accepté par les patients. Nous avons également installé un psychologue pour effectuer des entretiens avec des patients hospitalisés après une TS dans les services de chirurgie. Nous avons ainsi recueilli 173 cas de TS comportant des informations plus détaillées et approfondies que celles relevées sur les registres des UMC :

- La moyenne d'âge des 173 personnes est de 24 ans
- Les femmes représentent 73% et les hommes 27%
- Les mariés (hommes ou femmes) sont 41 (dont 4 divorcés), soit 23,6%. Les célibataires sont trois fois plus nombreux que les mariés (76%)

Pour la majorité des cas, les conditions socioéconomiques sont à peine moyennes. Les femmes sont au foyer dans leur majorité, le niveau scolaire est bas dans l'ensemble, pour les professions ce sont généralement de petits métiers.

Les raisons invoquées pour le passage à l'acte sont variées mais se profilent en arrière plan les problèmes d'ordre existentiel, les souffrances de la solitude, de l'incompréhension et l'absence de communication au sein des familles.

Tableau 5 : Raisons invoquées par les suicidants

Raisons	Disputes avec parents	Echec amoureux	Violence conjugale Divorce Séparation	Psychose Dépression	Echec scolaire	Echec prof	Pb. Avec belle famille	Délinq. Toxico Deuil	Violences contre ascendants
Fréquence	56	25	24	15	10	9	7	8	07
%	32,3	14,5	13,9	8,7	5,7	5,2	4,0	4,6	4,0

Source : Groupe CRASC 2007/2008

Le tableau montre que les disputes avec les parents et la fratrie ainsi que les violences au sein de la famille sont les plus fréquentes et regroupent près d'une personne sur trois. Si les disputes avec les membres de la belle-famille (4%) sont cumulées avec les disputes dans la famille d'origine, nous obtenons près de 37% de problèmes de communication et mésentente au sein de la famille et de la belle-famille. Certains patients ont refusé de donner la ou les raisons, peut être ne les connaissant pas eux-mêmes avec précision. Ce qu'il faut également noter c'est que 4% des personnes interviewées sont des personnes relativement âgées, qui ont fait une TS parce qu'elles se sont disputées avec l'un de leurs enfants.

Les échecs amoureux et les violences conjugales sont presque à la même fréquence. Pour les échecs amoureux nous avons regroupé uniquement les disputes et les séparations des fiancés et non des personnes mariées. Nous avons cumulé ces fréquences avec les refus du choix du fiancé ou de la fiancée par les parents. Si les filles sont plus nombreuses à faire une TS pour imposer l'homme qu'elles ont choisi, il y a aussi des hommes, bien que moins nombreux, dans le même cas. Ces situations montrent que certaines familles ont du mal à admettre que le monde change autour d'elles, et que les règles traditionnelles d'autorité n'ont plus cours. Bien des familles confondent obéissance aveugle et respect dans la mesure où pour certains parents l'obéissance de leur fils ou fille est un signe de leur « bonne » éducation. D'un autre côté, beaucoup de jeunes, hommes ou femmes sont de moins en moins enclins à obéir sans discuter. Pour nous, il s'agit de l'émergence d'une individualité et d'un besoin de s'imposer en assumant ses choix. C'est ce que nous appelons les tentatives de suicide d'opposition ou d'affirmation de soi.

Pour ce qui est des violences conjugales et familiales, elles semblent augmenter. Cette augmentation est tout à fait possible dans la mesure où nous avons postulé que les violences engendrées par le terrorisme ont laissé de graves traumatismes dont la dépression, les troubles de la communication³⁰, l'intolérance à la frustration et les réactions violentes qui sont un des symptômes de ce syndrome post traumatique.

Une étude sur les violences à l'égard des femmes qui a porté sur un échantillon de 2047 femmes a été réalisée par le CRASC³¹ en 2006 à travers tout le territoire national pour déterminer la prévalence des violences conjugales, familiales, au travail, dans les espaces publics et dans les lieux d'études. Les résultats sont édifiants, comme le montre le tableau suivant :

³⁰ Au cours d'un séminaire sur les violences organisé à Oran en 2003 au département de psychologie et des sciences de l'éducation, le débat s'est vite focalisé sur la violence contre les femmes et les enfants. Certains des présents considéraient cette violence, surtout faite de brimades et de coups, comme un moyen éducatif. Nous avons alors posé la question : « pourquoi avoir besoin de frapper un enfant de deux ans pour lui inculquer des principes éducatifs ? » Un des intervenants nous répondit très sérieusement : « un enfant ne peut comprendre, il faut le frapper pour qu'il ne recommence pas. Et puis, frapper son enfant est préconisé dans le Coran et moi j'y crois ! » Quand un universitaire en sciences de l'éducation de surcroît, répond de cette manière, il est difficile de lui faire changer d'avis. L'intégrisme ce sont aussi ces influences sur les modes de pensée et la stéréotypisation de cette dernière !

³¹ Violences à l'égard des femmes en Algérie, CRASC/MDCFCF, 2006.

Tableau 6 : Violences à l'égard des femmes en Algérie

Violences selon espaces	Indice global (%)
Famille	17,4
Couple	15,2
Travail	3,0
Espaces publics	7,3
Etudes	1,8

Source : MDCFCF/CRASC 2006

C'est la violence familiale qui est la plus fréquente suivie de la violence conjugale. Les auteurs des violences familiales sont bien sûr les membres de la famille (en premier la fratrie, mère ensuite père et autres). Dans la belle famille, c'est toujours la fratrie de l'époux (beau frère, belle-sœur) et la belle-mère. Les facteurs aggravants sont la promiscuité due à l'exiguïté des logements, à la précarité et à l'existence de poly familles (plusieurs ménages sous le même toit). Plus le niveau scolaire est bas et plus les femmes déclarent des violences.

Cette enquête a été pour nous l'occasion de poser des questions sur le suicide et les tentatives de suicide chez les enfants de femmes ayant vécu des violences au sein du couple ou de la famille. Les résultats montrent que 2,5% des enquêtées déclarent les tentatives de suicide de leurs enfants. Compte tenu du nombre restreint, il a été difficile de déterminer si la violence envers les femmes était un facteur aggravant de la TS chez les enfants. Par contre, l'échec scolaire et la délinquance semblent clairement plus importants (jusqu'à deux fois plus) chez les enfants de femmes violentées.

L'approche clinique des personnes ayant fait une TS nous a permis de déceler différentes formes de violences :

- Violences franches avec des coups, des insultes et grossièretés de la part du frère, et/ou de la mère et/ou du père et parfois tous les membres de la famille se liguent contre le « récalcitrant » ou le bouc émissaire sur lequel se focalise l'agressivité du groupe.
- Violences entre fratrie que des parents trop effacés et n'assumant pas leur rôle, ont du mal à arbitrer.
- Violences larvées : absence de communication, nombreux silences qui n'en sont pas moins significatifs. Les parents ne tiennent pas compte des avis de leurs enfants, même quand ceux-ci sont à la fin de la période d'adolescence ou jeunes adultes ; humiliation par manque de considération, etc.
- Violences dues à la préférence ou prédominance d'un genre sur l'autre.

En résumé, l'approche des raisons invoquées pour le passage à l'acte, montre, d'abord, 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.). Mais pour la population des 15-25 ans de notre étude, ce sont les problèmes de communication et d'affirmation de soi qui occupent la première place en particulier chez les jeunes femmes. Celles-ci refusent d'être enfermées dans le carcan de la tradition alors que tous les paramètres sociaux ont changé. Les femmes font des études, sortent, puisent des modèles dans les médias et surtout la télévision. Elles voient d'autres façons d'être, prennent conscience de leur force et des possibilités de transcender ces traditions 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 la TS) « *je me marie avec celui que je veux, sinon je ne me marie pas du tout ou bien je me tue définitivement !* »

Les femmes sont surreprésentées dans les tranches d'âges 15-19 ans et 20-25 ans : jusqu'à 80%, ensuite leur nombre diminue pendant que celui des hommes augmente. Elles sont 64% pour la tranche 31-39 ans et 55% plus de 40 ans. Si les jeunes filles de moins de 25 ans font des TS pour les raisons que nous avons citées plus haut, les femmes mariées, protestent elles aussi, mais contre les conditions de vie du couple, refusent les pressions de la famille du mari et les maltraitances subies.

4.3. Moyens utilisés dans la tentative de suicide

a) Les médicaments

Les moyens les plus utilisés sont les médicaments, à hauteur de 65%. Les types de médicaments rencontrés sont les hypnotiques ce qui implique que la personne ou son entourage présente des troubles du sommeil. Les tranquillisants et les antiparkinsoniens sont fréquents avec les neuroleptiques. L'abus de médicaments nous paraît inquiétant d'autant plus que des études sur les toxicomanes montrent un taux de tentatives de suicide élevé allant jusqu'à 11%³² dont 7% chez les consommateurs de kif et 15% chez les poly toxicomanes avec préférence de l'alcool. Il est donc possible que certaines de ces personnes soient consommatrices de psychotropes (Témesta, Tranxène, Valium, Rivotril, etc.) mais ne le déclarent pas.

³² Enquête sur la consommation des substances psycho-actives chez les jeunes de 15 à 24 ans. Alger, 1991, Drs Selhab et Yah, INSP, MSP

Ce taux élevé d'usage de médicaments nous a amené à nous interroger sur le lien entre toxicomanie et suicide.

- La toxicomanie n'est-elle pas une forme de tentative de suicide, sans cesse renouvelée, en quête de réponse ? Cette ou ces réponses n'arrivant pas, le geste est répété inlassablement, un peu comme Sisyphe qui ne verra peut-être son calvaire s'arrêter qu'au jour où le rocher, devenu trop lourd à pousser, finira par l'écraser d'où la tentative de suicide ou le suicide abouti.

- La deuxième interrogation nous amène à nous demander si la toxicomanie ne menait pas tôt ou tard à la TS ou au suicide ?

Si le suicidé a tranché, le TS s'accroche au contraire à la vie, il teste juste son pouvoir de résistance et évalue consciemment ou inconsciemment ses limites ainsi que les limites de l'entourage. Le drogué est dans la même configuration puisqu'il tente l'espace d'un moment bien éphémère, de retrouver le plaisir et la sécurité par un produit miracle. Comme le dit si bien P. Simon « *pour lui il n'y a plus de modèle identificatoire fiable, il n'y a plus de projet, plus d'avenir et enfin un déni de la mort physique et symbolique, sa souffrance s'éteint temporairement par un produit magique* »³³. Mais en même temps, ne s'agit-il pas d'une mort momentanée, d'une halte et l'espace d'un moment, tout s'efface, devient flou et le répit tant convoité arrive enfin ! Hélas, cette trêve de l'angoisse, de la solitude, du mal-être, ne dure jamais bien longtemps et laisse un sentiment d'insatisfaction et de grandes frustrations qu'il faut oublier le plus vite et si possible en répétant le même acte : ce qui le rend esclave du produit. Cet objet d'amour et de haine dont dépend la survie psychologique, est éphémère et rend progressivement la personne totalement dépendante. Le produit devient tyrannique, exclusif et ne tolère aucun compétiteur, aucune frustration. A partir de là, la vie se consacre exclusivement à la recherche du produit tant convoité, il n'y a plus ni passé ni avenir. Cette errance perpétuelle peut mener à un moment ou à un autre au suicide. C'est ce qui se passe trop souvent pour les utilisateurs de drogues dures, au moment de l'overdose.

La TS revêt apparemment le même sens qu'une prise de drogue, où la mort n'est pas forcément désirée en tant que telle, mais c'est plutôt le désir d'en finir, non pas avec la vie, mais avec la « non-vie », ressentie comme une souffrance continue et une négation de l'être. Submergé par le désespoir, la colère et surtout l'impuissance face aux difficultés qu'elle vit comme insurmontables, la personne tente désespérément d'arrêter le temps.

³³ Simon, P., *Toxicomanie et Sida : le rapport à la vie à la mort*, Internet.

Au cours de l'étude faite au UMC CHU Oran, un jeune qui en était à sa troisième tentative de suicide s'est confié à l'enquêtrice-psychologue et a reconnu qu'il faisait des TS parce qu'il en avait marre de la drogue et qu'il voulait se faire désintoxiquer, mais ses parents ne voulaient pas qu'il aille au service spécialisé qui se trouve au sein de l'hôpital psychiatrique. Des entretiens suivis avec les parents ont fini par les persuader de la nécessité de la cure de désintoxication.

Dans le monde, les études sur la toxicomanie et le suicide ont suffisamment démontré le lien entre les deux. Ainsi, la *Fédération Pour la Santé Mentale* signale que « *le suicide est également lié à la toxicomanie. La majorité des suicides dans certains pays d'Europe Centrale et de l'Est sont attribués à l'excès de boisson* ».

L'étude de Toussignant³⁴ qui a passé en revue les recherches sur la question, note les résultats suivants :

- *« Les troubles liés aux substances psychoactives (SPA) sont présents dans les cas de suicide dans une proportion variant entre 30 et 50%, selon les études; ce chiffre ne comprend pas, par ailleurs, les cas d'intoxication aiguë, ni les troubles liés aux médicaments, ce qui ferait sûrement augmenter la proportion au-delà du 50% »*
- *Le quart des personnes qui se suicident, présentent un trouble relié à l'alcool*
- *Drogues illégales : La consommation abusive de drogues est de moins longue durée avant le suicide que celle de l'alcool: Elle est d'environ 12 ans. Pour les drogues, les jeunes des deux sexes représentent des risques plus élevés que la catégorie de plus de 25 ans.*
- *Médicaments : Les personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits, sont à très haut risque de suicide lors de la période subséquente : 30 à 50 fois plus de risque de se suicider que le taux prévu par les statistiques du suicide.*
- *Le risque de suicide est plus élevé chez les femmes qui abusent de drogues que chez les hommes qui font un tel abus.»*

Le suicide est souvent lié à la dépression donnant lieu à des prescriptions médicales, ce qui fait également le lien avec les toxicomanies. Des études sur ces dernières en Algérie, montrent que les sources d'approvisionnement sont essentiellement les prescriptions de médecins et de psychiatres, comme le montrent les exemples suivants :

³⁴ Toussignant, M. et Payette, T., *Suicide et toxicomanie* : www.cplt.com/publications/suicidetoxi.pdf

a) *Enquête sur la consommation des psychotropes* chez les jeunes de 15 à 24 ans à Alger³⁵ (INSP)

- 36,2% avec prescription, les femmes ont plus recours à la prescription avec 48,8% et les hommes 29,8%
- 28,2% sont approvisionnés par les circuits médicaux sans prescription : pharmacie 13,8% ; personnel de santé 14,4% ;
- 15,6% en famille

b) *Les produits ménagers*

Les produits ménagers (acide, décapant, eau de javel, raticide, etc.) occupent la 2^{ème} place (24%) et sont les plus dangereux compte tenu des dégâts qu'ils occasionnent à l'œsophage, l'estomac et les intestins. Ces produits sont accessibles à tous et certains affirment même que c'est pour « être sûr » de l'effet qu'ils les utilisent.

Il y a aussi des cas de défenestration : 08 cas (4,6%), de pendaison : 04 cas (2,3%) et à l'aide d'armes blanches : 04 cas (2,3%)

Pour compléter cette étude sur les caractéristiques des personnes qui ont fait une ou des TS, nous présentons quelques données issues d'une étude antérieure³⁶ : il s'agit d'une enquête sur les représentations sociales du suicide ayant porté sur 400 enquêtés en tenant compte des critères d'âge, de sexe et de niveau socioéconomique, dans la wilaya d'Oran³⁷.

Soixante cinq enquêtés (65/400) disent avoir pensé à se suicider. Il est évident qu'il est très difficile pour quiconque de répondre par l'affirmative et de manière spontanée à une question aussi personnelle, mais le fait que 65 personnes (soit 16,25% de la population enquêtée) déclarent avoir pensé à se suicider et aient osé le dire, l'on peut supposer que le nombre est peut-être un peu plus important. Parmi ces personnes qui ont pensé au suicide, 38% d'entre elles sont passées à l'acte et ont donc fait une TS, ce qui représente 6% de l'ensemble des enquêtés (sur les 400).

Leurs caractéristiques sont proches de l'étude sur la TS :

- L'âge sensible, contrairement à ce que nous avons supposé avant l'enquête, n'est pas celui des 16-19 ans (13,8%), mais plutôt celui des 20-24 ans (34%) et celui des 25-34 ans (21,5%). Vu le taux de chômage et la

³⁵ Enquête sur la consommation des psychotropes chez les jeunes de 15 à 24 ans à Alger, juin 1990. Relevé épidémiologique mensuel : 5 décembre 1999, INSP, M.S.P. volume III. p. 213 à 225. Dr. Yahi, M., Dr Hannan, D., Dr Selhab

³⁶ « Le suicide des jeunes de 15 à 25 ans », Sebaa, FZ. ; Kebdani, K. ; Mimouni, M., sous la direction Moutassem-Mimouni, B., CRASC, 2002-2004, Oran.

³⁷ Pour plus de détails, voir le rapport de recherche disponible au centre de documentation du CRASC

mal-vie pour ces deux tranches d'âges, il n'est pas étonnant de voir cette population fragilisée par les échecs répétés, les horizons bouchés et les problèmes de logement.

Les femmes qui ont pensé au suicide, sont plus nombreuses (41) que les hommes (24) ce qui représente 63% de femmes pour 37% d'hommes.

En fait les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire une TS, parce qu'elles affirment « *avoir plus de pressions et surtout plus de contraintes* ». Elles ne peuvent prendre de décisions les concernant sans que père, mère, frères et même voisins, ne s'en mêlent. Les sorties sont sévèrement réglementées. Les contrôles des comportements sont plus importants. Il y a en plus, le fait que les femmes verbalisent et expriment plus souvent leurs préoccupations et malaises que ne le font les hommes.

L'augmentation du nombre de tentatives de suicide et de suicides chez les femmes, implique-t-elle une transformation dans les modes d'expression et une nouvelle forme d'affirmation de soi ?

Pour conclure ce chapitre où nous avons tenté de cerner la situation des tentatives de suicide et du suicide à Oran, nous pouvons dire que les chiffres sont souvent incomplets mais suffisamment expressifs pour mériter un intérêt et un approfondissement de la question. Il est difficile de déterminer l'incidence du suicide et de la tentative de suicide en général, mais les chiffres au niveau d'une ville comme Oran qui semble (selon les différents chiffres émanant de différentes institutions) loin d'avoir les taux les plus élevés de ce phénomène, montrent clairement que la TS et le suicide sont en augmentation. D'ailleurs une ouverture du journal télévisé de vingt heures fin août 2007, s'est faite sur ce grave problème.

Une étude nationale serait nécessaire pour évaluer la gravité de la situation et préconiser des mesures pour lutter contre ce phénomène et son aggravation.