

ANALYSE SOUS L'ANGLE ETHOLOGIQUE DES TENTATIVES DE SUICIDES CHEZ L'ADOLESCENT ABIDJANAIS

Kouame Atta, Enseignant-Chercheur

Département d'Anthropologie biologique
Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)
Université Félix Houphouët Boigny de Cocody-Abidjan-Côte d'Ivoire

Abstract

This work is an ethological analysis of suicide-attempt which is observed in the behavior of Abidjan's teenager. This phenomenon is becoming more and more common in urban African societies. The method used in this work is from social sciences because the analyzed behavior is complex (isolated feature and ethic) and can only be observed from strict methods of Ethology. It is based on the analysis of medical records of suicidal teenagers aged from 10 to 19 years. This survey was conducted through telephone communication. The obtained data were processed through statistics methods. The analysis has revealed that suicide-attempts have a universal aspect. This fact shows that suicide-attempts rest on a same biogenetic program which could be in relationship with "serotonergic" factors of vulnerability and willing to commit suicide as revealed by many other writers' works. At the phylogenetic level suicide-attempt is a specific behavior of mankind and at the "ontogenetic" level, it is seen in the behaviour of child since his childhood. This goes along with his biopsychic development. The results of different surveys conducted in this domain indicate that suicide-attempts observed in the behavior of Abidjan's teenager are determined at the same time by factors linked to his biopsychics state and socio-affective factors linked to his family and his social environment. There is always a trigger event of suicide-attempt which can come from a disappointment, a failure or a family dispute.

Keyword: Ethological analysis, suicide-attempts, Abidjan's teenager

Resume

Ce travail tente une analyse éthologique des tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais, phénomène de plus en plus fréquent dans nos sociétés urbaines africaines. La méthode utilisée est empruntée aux sciences

humaines vu que le comportement étudié est complexe (caractère isolé et éthique) et ne peut être observé à partir de méthodes stricts de l'éthologie. Elle est basée sur l'étude de dossiers médicaux d'adolescents suicidants, âgés de 10 à 19 ans et sur une enquête par téléphone. Les données obtenues ont été traitées à l'aide de méthodes statistiques. L'analyse a permis de retenir que les tentatives de suicides ont un caractère universel. Ce qui fait supposer qu'elles reposent sur un même programme biogénétique qui serait en rapport avec les facteurs sérotoninergiques de vulnérabilité et prédisposant au suicide, relevés par plusieurs auteurs. Au plan phylogénétique, la tentative de suicide est un comportement propre à l'espèce humaine et au niveau ontogénétique, elle se formalise chez l'individu dès le bas âge en rapport avec son développement biopsychique. Plus spécifiquement, les résultats de l'enquête révèlent que les tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais sont déterminées à la fois par des facteurs propres à son état biopsychique et des facteurs socio-affectifs liés à l'environnement social et familial. Il existe toujours un événement déclenchant la tentative de suicide qui peut être une déception, un échec ou une dispute familiale.

Mots clés : Analyse éthologique, tentatives de suicide, adolescent abidjanais

Introduction

L'étude comportementale des tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais est au cœur de notre projet dans cet article. Mais il convient d'entrée, de clarifier à toute fin utile les termes principaux du sujet de recherche. Que faut-il donc entendre par tentative de suicide et adolescence ?

1- Définition conceptuelle

La tentative de suicide peut être définie comme un suicide raté. Le suicide étant l'acte de se tuer d'une façon habituellement consciente en considérant la mort comme un moyen ou une fin (Godfryd, 1993 : p. 113). Le rapport sur la santé mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2001 consacré à la santé mentale le définit comme un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère l'issue fatale (OMS, 2001 : p. 36).

L'adolescence quant à elle, est la période de la vie entre la puberté et l'âge adulte. Il est difficile de lui fixer un terme, puisque la notion de maturité qui devait caractériser l'accession à l'état adulte est elle même très souvent arbitraire et sujette à des remises en question incessantes (Rousselet, 1970, pp 207-209). Chacun en réalité est tenté d'en proposer une définition particulière à partir de sa discipline ou des modèles que lui proposent son époque et la société dans laquelle il vit. Aussi, si au plan social, la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte coïncident avec l'autonomie sociale

et économique, force est de remarquer que dans nos pays sous-développés les problèmes d'emploi, la scolarité tardive des enfants et le prolongement des études retardent cette autonomie. Ainsi vu qu'au plan organique, psychologique et social l'on ne peut situer avec précision la fin de l'adolescence, dans le cadre de notre étude, nous sommes amené à l'admettre à 19 ans selon la moyenne internationale fixée par l'OMS. En effet l'OMS (1986) définit comme adolescent tout individu dont l'âge varie de 10 à 19 ans. Cette définition est basée sur le fait que pendant cette période l'organisme est en pleine croissance avec des modifications endocriniennes, psychiques et sociales majeures (OMS cité par Bouquier et Bouchet, 1998 : p 1).

Au terme de cette clarification conceptuelle, exposons à présent le problème de recherche.

2- Situation du problème

Les tentatives de suicides chez l'adolescent sont une question de plus en plus récurrente dans les villes africaines et particulièrement à Abidjan. Déjà en 1978, Renaut P. et Hazera M. s'inquiétaient de la situation générale du suicide en Côte d'Ivoire. En 1983, Gueye M. et ses collaborateurs posaient cette préoccupation dans un article paru dans « Dépression et suicide ». En milieu urbain ivoirien précisément à Abidjan, Waota P.C (1988) souligne, qu'en 1987, sur 1798 cas d'intoxication (tous âges confondus) enregistrés dans le service de réanimation du CHU de Cocody, 294 cas concernent des intoxications volontaires. Un acte sur cinq est ceci dit en rapport avec le suicide. Une étude effectuée en 1991 au CHU de Brazzaville (Congo) par Mayanda H. F. et al, révèle que les tentatives de suicide et les suicides constituent une préoccupation dans ce CHU. Sur 36 532 malades admis aux urgences du CHU, dans une période de 9 mois, on enregistre 158 cas de tentatives de suicide et de suicides dont, 93 cas avaient moins de 20 ans soit 58,8%. Pour Koné D. (1993) les conduites suicidaires, quelle que soit la tranche d'âge concernée, deviennent fréquentes en Afrique surtout dans les grands centres urbains. Ici comme ailleurs, les tentatives de suicide à l'adolescence constituent une véritable préoccupation de santé publique. Le rapport 2001 de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) consacré à la santé mentale, indique que 10 à 20% des adolescents dans le monde, présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement (OMS, 2001 : p. 36). En effet, l'adolescent africain est exposé à de nombreux facteurs de risque : pauvreté, drogue, alcool, conflits armés, effet d'urbanisation, dégradation des structures familiales... Tous ces facteurs sont source de traumatismes physiques et psychiques graves qui peuvent être à l'origine de plusieurs troubles mentaux et du comportement au nombre desquels, les tentatives de suicide.

Si, l'existence des tentatives de suicide, en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire, est réelle, comme susmentionnée, ce comportement en contexte ivoirien, a toutefois fait l'objet de peu d'étude. Aussi aucune analyse dans une perspective éthologique n'a encore été réalisée ici.

Les différentes problématiques développées sur la question par les chercheurs sont surtout focalisés sur trois grands axes théoriques : l'axe psychique composé des théories psychanalytiques, psychiatriques et psychologiques ; l'axe biologique et l'axe sociologique.

Au niveau de l'axe psychique, les auteurs ont tenté d'établir un lien entre les affects du psychisme et les conduites suicidaires. On distingue ici l'approche psychanalytique, l'approche psychiatrique et l'approche psychosociale.

L'approche psychanalytique fut la première approche qui a largement dominé la psychopathologie. Sigmund Freud en fut le précurseur. La principale thèse avancée dans cette théorie, est que le passé personnel et en particulier celui de la petite enfance, peut provoquer des troubles psychopathologiques, surtout quand ce passé fut occulté et clivé, devenant ainsi inconscient. Selon les explications freudiennes, le suicide est l'accomplissement de désir inconscient. Le suicide, dans ce contexte, accomplit le désir longtemps refoulé. *En se suicidant le sujet ne fait que satisfaire un vieux désir longtemps réprimé et que le mouvement psychique qui autorise cette satisfaction n'a que de rapports lointains et très indirects avec les facteurs circonstanciels que le sujet avance et que l'observateur clinique peut d'ailleurs aisément repérer*» (Quenard O. et Rolland J. C, 1982 p 49-51). Les actes suicidaires sont donc pour la psychanalyse gouvernés par un déterminisme inconscient. La volonté et la conscience doivent être mises à part dans leur analyse. Et si elles doivent être intégrées c'est seulement au niveau de la réélaboration intellectuelle dans l'après coup de l'acte par le suicidant surtout mais aussi par son entourage familial et soignant.

Esquirol J. E. (1838), père de l'approche psychiatrique, considère que « *L'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire* ». Il va soutenir cette thèse en trois points : tout suicidant est un aliéné mental ; le suicide est un symptôme et non une maladie ; le suicide est lié à l'anxiété organique que l'on trouve dans diverses maladies mentales (Esquirol J. E. cité par Ruth Menahem, 1981 p 25). C'est ce qu'appuiera plus tard en 1932 Achille Delmas, pour qui le suicide est le résultat d'une constitution psychique pathologique avec une prédominance de l'anxiété. Pour lui, cette constitution psychique pathologique est composée de deux types : le type cyclothymique qui comprend 90 % des suicides et le type hyper-émotif qui en comprend 10 %. Ces deux types sont héréditaires ou innés indépendants

de toute influence sociale (Achille Delmas cité par Quenard O et Rolland J. C, 1982 p 14). Sans nier les acquisitions culturelles et l'action de l'environnement liées aux conduites suicidaires d'autres auteurs établiront ensuite une relation de cause à effet entre ces conduites et certaines pathologies psychiatriques (Daniel Marcelli et Elise Berthau, 2001 ; Renaud Johanne, 2001).

Les adeptes des théories psychosociales font intervenir quand à eux, en dehors du psychisme, l'influence du milieu qui paraît déterminante dans la survenue des comportements suicidaires. C'est ainsi que Guy Darcourt (2002), estime que ce qui engendre le risque suicidaire, c'est bien la présence d'idées suicidaires et l'existence de facteurs de risque. Pour lui, ces facteurs de risque sont constitués de facteurs individuels (antécédents suicidaires, problèmes de santé mentale, pauvreté de l'estime de soi, impulsivité...), familiaux (violences et abus physiques, conflits, pertes et abandons précoces, pathologie mentale des parents...) et psychosociaux (isolement, pertes, deuils, difficultés socio-économiques...).

La principale direction des recherches portant sur l'axe biologique en ce qui concerne les conduites suicidaires est l'étude de l'acide 5-hydroxyindolacétique (5-HIAA), métabolite du neurotransmetteur sérotonine. Des études ont prouvé que des taux infranormaux de 5-HIAA dans le liquide céphalo-rachidien (LCR) sont en relation avec les comportements suicidaires et constituent un marqueur important de vulnérabilité (Post et *al.*, 1980 ; 1987 ; Marie Asberg ; Banki et *al.*, 1984 ; Traskman et *al.*, 1981). De nombreuses études canadiennes, à ce sujet, ont été publiées entre 1985 et 2003 dans ce domaine. Hrdina P.D. et ses collaborateurs ont démontré, à travers une série d'études post mortem, l'implication d'anomalies du métabolisme sérotoninergique dans la suicidalité. En 1993, ils ont rapporté une augmentation des récepteurs 5-hydroxytryptophane de type 2 (5-HT₂) dans le cerveau de suicidés et de patients déprimés morts de causes naturelles (Hrdina, P. D. et al, 1993). En 2000, ils ont répertorié une forte densité de récepteurs 5-HT_{2A} dans les plaquettes sanguines de suicidants et de personnes déprimées (Hrdina, P. D. & DU, L., 2001). Quelques études ont également tenté de mettre en rapport l'abaissement du taux de cholestérol et le taux de morts violentes y compris le suicide. Parmi celles-ci on peut citer celle de Gallerani et al (1995) qui rapporte de manière significative des taux de cholestérol moins élevés chez des suicidants hospitalisés (Gallerani et al cité par Batt Agnès, 2000).

Les adeptes de l'axe sociologique des conduites suicidaires tentent pour leur part, d'établir un lien de cause à effet entre ces conduites et le fonctionnement de la société ou les évènements qui l'ont marqué. Le premier auteur qui a pu établir ce lien est le Sociologue Emile Durkheim. Il a établi une relation de cause à effet entre les formes de déséquilibre du lien social et

le taux de suicide. Il a fondé sa théorie sur la cohésion sociale qui est composée de deux dimensions essentielles : la cohésion familiale et la cohésion religieuse. A partir de cette position, il a établi une typologie du suicide qui se construit autour de deux variables sociologiques : l'intégration et la régulation sociales. Pour lui les causes du suicide sont socialement établies et doivent être recherchées dans ce domaine (Durkheim E, 1930). Plusieurs autres auteurs lui ont emboîté le pas en cherchant les facteurs de risque associés aux conduites suicidaires dans le milieu de vie sociale des suicidés et suicidants (ROSEN, 1971 ; KRUPINSKI, 1979 ; STENGEL, 1964).

Comme l'indiquent les différentes théories développées sur la question, les conduites suicidaires sont déterminées par trois facteurs essentiels : les facteurs psychiques, les facteurs biologiques et les facteurs socio-environnementaux. En rapport avec le sujet qui nous concerne, que disons-nous des conduites suicidaires chez les adolescents abidjanais ? Quelles sont les causes proximales et ultimes de ces conduites chez les adolescents abidjanais ? Autrement dit quels sont les déterminants de ces conduites chez ces jeunes ? A quelle fonction répondent-elles ?

Nous postulons que les tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais, sont le fait de facteurs internes liés à l'état biopsychique de l'adolescent et de facteurs externes propre à l'environnement socio-affectifs. Aussi, elles sont une réponse adaptative à une difficulté psychoaffective que vie l'adolescent dans son milieu. C'est ce postulat qui guide toute notre démonstration dans cette étude.

Methodologie

La méthodologie regroupe les méthodes de collecte des données, de présentation et d'analyse des résultats. L'approche éthologique dont il est question dans ce texte repose plutôt sur l'analyse et l'interprétation des données que sur les techniques de collecte.

En effet l'éthologie défend, pour le recueil des données, une observation de vu (à l'œil nu, sans intermédiaire) en milieu naturel ou habituel (Vauclair J, 1984). Bien que l'observation directe soit privilégiée dans cette discipline, le recours à une observation indirecte (rapport, questionnaire) ou à d'autres outils de collecte est parfois admis lorsque le chercheur ne peut accéder directement aux données (Granié, LPC, 2005 ?). Ce type d'outils doit permettre un recueil de données objectives, les questions devant être posées de manière à obtenir seulement des descriptions de situations et de comportement précis. Le choix de l'outil de collecte dépend donc du sujet de recherche, des questions qu'il pose et du comportement étudié, mais aussi d'autres facteurs tels que la visibilité des individus observés ou le matériel dont dispose le chercheur.

Ici le comportement que nous étudions est complexe et ne peut être observé directement par le chercheur, compte tenu de son caractère isolé, tabou et éthique. La présence de l'observateur pourrait annuler ou modifier complètement le comportement en question. Ce qui compliquerait l'aboutissement de la recherche engagée (Watillon Annette, 2010). Ceci nous a amené à utiliser d'autres méthodes de collecte empruntées aux sciences humaines. Ainsi le dépouillement de dossiers médicaux des adolescents suicidants, âgés de 10 à 19 ans, reçus dans les services de réanimation et de santé psychiatrique d'Abidjan et l'enquête par téléphone ont été les deux principales méthodes de collecte de données dans cette étude. Le dépouillement nous a conduit au relèvement sur un bloc note, des informations mentionnées sur les dossiers médicaux, relatives à l'acte suicidaire. L'enquête par téléphone est une procédure d'enregistrement indirecte par téléphone de la réalité qui porte sur des déclarations d'informateurs clés. Puisqu'il s'agit de tentatives de suicide chez l'adolescent qui est un acte qui laisse des mauvais souvenirs chez ce dernier, nous nous sommes adressé aux parents pour le recueil des informations. Les informations recueillies concernent le profil socio-démographique des adolescents suicidants, les événements de vie ayant précédé la tentative de suicide, le contexte familial prévalant et la nature des relations familiales.

Nous avons limité notre échantillon à 56 cas de tentative de suicide. Le service psychiatrique de l'Institut National de la Santé Publique d'Adjamé et le service de réanimation du Centre Hospitalier Universitaire de Cocody, ont été les lieux choisis pour le recensement des cas et le dépouillement des dossiers. Ce sont des services qui reçoivent des adolescents abidjanais ayant raté leur suicide. Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage non probabiliste dite échantillonnage systématique. Elle a consisté à choisir dans l'ordre évolutif les cas rencontrés lors de la fouille des dossiers jusque à obtention du nombre de cas souhaités. Les contacts téléphoniques de la plupart des parents étant mentionnés dans les dossiers médicaux des adolescents suicidants, nous avons ensuite procédé à l'enquête par téléphone pour le recueil d'informations complémentaires.

Le traitement des données s'est fait à l'informatique après regroupement de toutes les informations recueillies. La méthode statistique a permis la présentation des résultats de la recherche et l'interprétation des données est faite sous l'angle éthologique. Cette interprétation a consisté d'une part, à organiser les données recueillies et à effectuer les inférences en vue d'évaluer le degré de validité générale de notre postulat et d'autre part, à comparer les résultats obtenus à ceux d'autres recherches, pour évaluer la validité théorique de l'hypothèse posée. Les méthodes déterministe et compréhensive ont été utiles pour la phase d'analyse et de discussion des

données recueillies. La première recherche les facteurs nécessaires et suffisants à la production régulière d'un phénomène dans le contexte de sa manifestation (Hempel K., Popper K. et Bungé M. cité par J. Hermann, 1994, p 23). Cette méthode permet ici d'identifier les facteurs responsables des tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais. Pour Max Weber (traduit par J Freund, 2003), tout acteur donne une signification à son acte que la méthode compréhensive permet de saisir. Ici cette méthode a été d'un apport important pour la compréhension des tentatives de suicide.

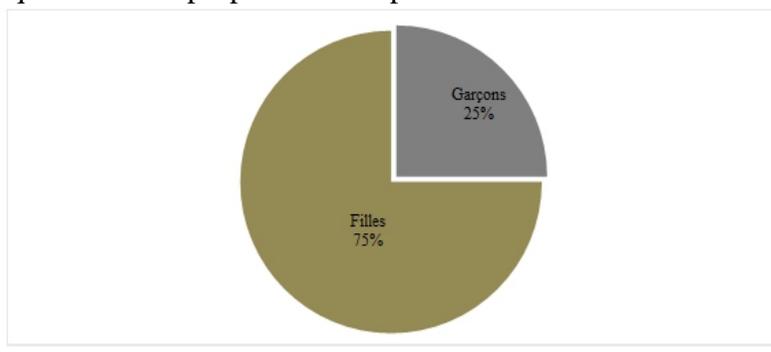
Cette démarche méthodologique exposée a permis d'aboutir aux résultats ci-dessous.

Resultats De L'étude

1- Tentatives de suicide et profil biodémographique des adolescents

1-1- Fréquence sexuelle des tentatives de suicide

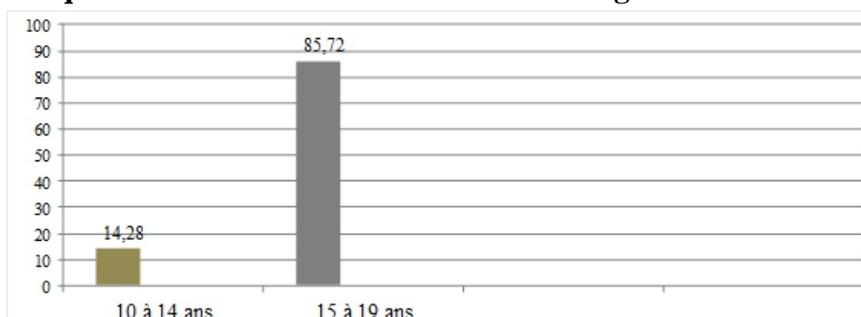
Sur 56 cas de tentative de suicide, on dénombre 14 garçons et 42 filles ce qui donne les proportions ci-après.



Graphique 1 : proportion de la fréquence sexuelle des tentatives de suicide

Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les adolescentes que chez les adolescents à Abidjan (75% contre 25 % soit un garçon pour trois filles).

1-2- Fréquence des tentatives de suicide selon l'âge des adolescents



Graphique 2 : répartition des adolescents suicidants selon l'âge

Les tentatives de suicide sont six (6) fois plus fréquentes chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans que chez les 10 à 14 ans.

2- Evènements de vie ayant précédé la tentative de suicide.

2-1- Evènement ayant précipité la tentative de suicide.

Tableau I: Répartition des adolescents suicidants selon l'événement lié à l'acte.

| Evènements | Nature | V. A. | V. R. | Total |
|---|--------------------|-------|-------|-------|
| Conflit sentimental | Jalousie | 4 | 10,26 | 15,39 |
| | Séparation | 0 | 0 | |
| | Grossesse indésiré | 2 | 5,13 | |
| Conflit familial (altercation, dispute, bastonnade) | Père ou Mère | 11 | 28,20 | 64,11 |
| | Marâtre | 4 | 10,26 | |
| | Fratric | 3 | 7,69 | |
| | Autres parents | 7 | 17,95 | |
| Problème social | Echec social | 2 | 5,13 | 5,13 |
| | Abandon | 0 | 0 | |
| Antécédents psychiatriques | | 6 | 15,38 | 15,38 |
| Total | | 39 | 100 | |

Sur 39 cas, pour lesquels nous savons l'événement qui a précipité l'acte, viennent en première position les évènements liés aux conflits familiaux avec 64,11% et en seconde position les évènements liés aux conflits sentimentaux et les antécédents psychiatriques.

2-2- Evènement ayant longtemps laissé des mauvais souvenirs ou des traumatismes chez l'adolescent suicidant.

Tableau II : Répartition des adolescents suicidants selon l'événement longtemps vécu.

| Evènement | Nature | Adolescents suicidants | | |
|--|---|------------------------|------------|-------|
| | | V. A. | V.R. | Total |
| Violence physique ou morale | Violence physique | 1 | 3,23 | 22,58 |
| | Violence morale | 6 | 19,35 | |
| Absence de parent biologique de la famille | Perte d'un parent biologique | 6 | 19,35 | 45,15 |
| | Chagrin lié à la séparation des parents | 8 | 25,80 | |
| Problème sentimental | Déception amoureuse | 1 | 3,23 | 6,46 |
| | Abus sexuel | 1 | 3,23 | |
| Echec social | | 3 | 9,68 | 9,68 |
| Antécédents psychiatriques | | 4 | 12,90 | 12,90 |
| Aucun événement | | 1 | 3,23 | 3,23 |
| Total | | 31 | 100 | |

On constate que sur 31 adolescents suicidants qui ont vécu des évènements ayant laissé des souvenirs « amères » ou des traumatismes psychiques, les évènements liés au départ ou à la disparition d'un parent

biologique de la famille occupent la première place avec 45,15% suivis des évènements liés aux violences physique et morale (22,58%).

3- Contexte familial prévalant lors de la tentative de suicide

3-1- Etat de la cohésion familiale.

Tableau III : Répartition des tentatives de suicide selon l'état de la cohésion familiale.

| Etat de la Cohésion familiale | Nature | Adolescents suicidants | | |
|-------------------------------|--------------------------|------------------------|------------|-------|
| | | V. A. | V. R. | Total |
| Cohésion non altéré | | 5 | 13,51 | 13,51 |
| Cohésion altérée | Parents séparés | 9 | 24,32 | 70,27 |
| | Conflits parents-enfants | 15 | 40,54 | |
| | Conflit conjugal | 2 | 5,41 | |
| Père et/ou Mère décédé (s) | | 6 | 16,22 | 16,22 |
| Total | | 37 | 100 | |

Sur 37 suicidants, pour lesquels, nous savons l'ambiance familiale, 70,27% vivent dans des familles où la cohésion et les relations familiales sont détériorées (parents séparés, conflits parents-enfants, conflit conjugal); suivis de ceux ayant perdu au moins l'un des parents biologiques (16,22%).

3-2- Situation matrimoniale des parents des adolescents suicidants

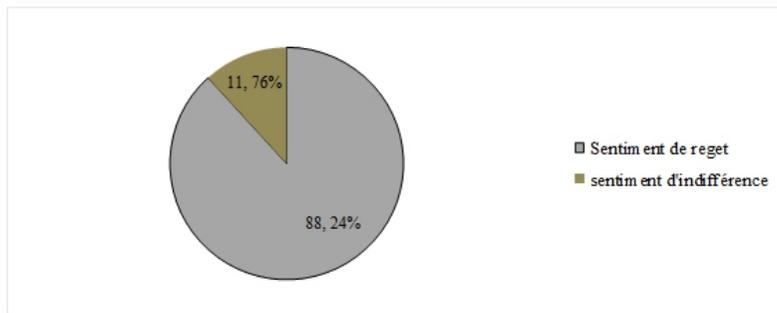
Tableau IV : Répartition des suicidants selon la situation Matrimoniale des parents.

| Situation Matrimoniale | Nature | Adolescents suicidants | | |
|---|--|------------------------|------------|-------|
| | | V. A. | V. R. | Total |
| Parents à la 1 ^{ère} union (présence des 2 Parents biologique dans la famille) | | 6 | 26,09 | 26,09 |
| Absence d'un Parent biologique en famille | Parents divorcés ou veufs et remariés ailleurs | 9 | 39,13 | 73,91 |
| | Parents divorcés ou veufs et non remariés | 8 | 34,78 | |
| Total | | 23 | 100 | |

Sur 23 suicidants dont la situation matrimoniale des parents est renseignée, 73,91% vivent dans des familles où au moins un des parents biologiques est absent (pour cause de divorce ou de décès) contre 26,09 % qui vivent avec les deux parents.

4- Etat psychoaffectif des adolescents suicidants.

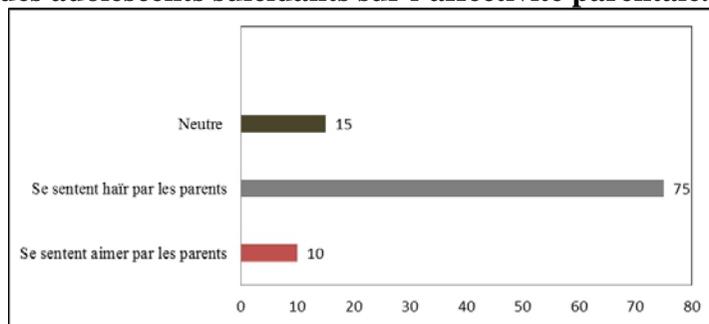
4-1- Sentiment des adolescents suicidants ayant un parent biologique absent de la famille.



Graphique 3 : Répartition des adolescents suicidants selon leur sentiment concernant l'absence de leurs parents biologiques de la famille

Sur 17 adolescents suicidants qui ont donné leur avis sur l'absence de parent biologique de la famille, soit pour cause de décès soit pour cause de divorce, 88,24% ont un sentiment de profond regret de cette absence. Seulement 11,76% ont un sentiment d'indifférence de cette absence.

3-2- Avis des adolescents suicidants sur l'affectivité parentale.



Graphique 4 : Répartition des adolescents suicidants selon leur avis sur l'affection familiale

Sur 20 adolescents suicidants qui ont donné leur avis sur l'affectivité parentale, 75% estiment qu'ils ne sont pas aimés par les parents, soit 3 adolescents suicidants sur 4 ont ce sentiment de désaffection parentale. 10% disent être aimés.

Que signifient ces résultats ? Comment expliquer les tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais à partir des résultats qui viennent d'être présentés ?

Analyse Ethologique Et Discussion Des Resultats

La recherche des causes ultimes et immédiates des tentatives de suicide chez l'adolescent conduit à un exercice à deux volets : examiner la

phylogénèse et l'ontogénèse de ce comportement et interpréter ensuite les résultats de l'étude.

1- Génétique et phylogénèse des tentatives de suicides

1-1 – Gène et tentatives de suicides

L'existence d'universaux comportementaux (comparaison horizontale) dans des cultures différentes évoque un programme génétique commun à ces comportements (De Lannoy et Feyereisen, 1987). En recherchant ces universaux, nous constatons que le suicide traverse les cultures et les époques. L'antiquité greco-romaine enregistre la mort par suicide de célèbres personnes comme Aristote, Démosthène et Sénèque (Fatout L, 2004). De même les cas de Cléopâtre VII d'Égypte, de Hannibal, de Néron, de Vincent Van Gogh, d'Adolf Hitler, de Ernest Hemingway et de Kurt Cobain sont patents (Minois G, 1987). Brutus et Cassius, les assassins de Jules César se suicidèrent suite à la défaite de la bataille de Philippes. Les Juifs de Massada offrent un autre exemple en se suicidant massivement en 74 av. J.C. pour échapper à la mise en esclavage par les Romains (Vidal-Naquet P, 2005).

Dans des cultures asiatiques, le suicide est considéré comme une issue honorable face à certaines situations perçues comme trop honteuses ou sans espoir. Il serait donc le moyen de recouvrer un honneur perdu. C'est le cas du « *Seppuku* » japonais, les « *jauhâr* » et « *satî* » indiens. Ces formes de suicide sont socialement admises en Asie. Dans la société *Inuit* traditionnelle, les vieilles personnes se laissaient mourir de froid quand elles devenaient une charge trop importante pour les proches (Guemple Lee (1980) cité par Arcand B, 1982).

Dans la société occidentale, même si le suicide a longtemps été considéré comme un acte immoral et déshonorant, on admet que des personnes âgées ou gravement malades puissent avoir des pensées de suicide. C'est ainsi que l'euthanasie sera autorisée par certaines sociétés occidentales.

En Afrique, la condamnation fermement de cet acte, n'exclut pas son existence. Ainsi, des cas de suicides ont été rapportés par des auteurs dans la société traditionnelle africaine tout comme dans la société moderne (Waota P. C, 1988 ; Mayanda H. F. et al, 1993 ; Koné D, 2008).

Le suicide ou du moins la tentative de suicide est donc un acte qui a toujours existé dans toutes les cultures et les statistiques montrent qu'une personne tente de se suicider toutes les trois secondes à travers le monde (OMS, 2001). Le caractère universel de ce comportement, chez l'espèce humaine, fait supposer qu'il repose sur un même programme biogénétique ou biopsychique (De Lannoy et Feyereisen, op cit). La composante biogénétique de ce comportement serait en rapport avec les anomalies

sérotoninergiques relevées chez certains suicidés. Turecki G. et ses collaborateurs ont examiné la variance observée au niveau de la fixation aux récepteurs cérébraux de la sérotonine de type 2A (5-HTR2A) chez des patients décédés par suicide. En comparant des échantillons de tissus cérébraux de sujets décédés par suicide avec ceux qui ne l'étaient pas, ils ont pu confirmer une fixation plus importante aux récepteurs 5-HTR2A chez les patients décédés par suicide (Turecki G. et al, 1999) : chose qui confirme l'hypothèse de la médiation génétique du nombre de récepteurs 5-HTR2A. Des études génétiques portant sur d'autres récepteurs sérotoninergiques ont également été effectuées. Ainsi Lemonde S. et al. (2003) ont étudié le polymorphisme situé dans la région d'activation de l'autorécepteur 5-HT1A. et ont relevé que l'allèle mineur de ce locus a une rétroaction négative sur l'activité de répression d'un facteur transcriptionnel agissant sur ce récepteur dans les cellules du raphé. Ce qui laisse entendre qu'une variation génétique sur ce locus conduit à une réduction de la neurotransmission sérotoninergique et, par conséquent, à une vulnérabilité et une prédisposition à la dépression et au suicide. Ceci fait penser à un déterminisme génétique du suicide. Mais sur cette question certains éthologues de renom, comme Serge Aron, sont catégoriques, le gène du suicide n'existe pas (Serge Aron cité par Bosco d'Otreppe, 2012). Pour éviter toute polémique inutile, précisons le avec Charles J-H Macdonald (2009), le facteur génétique en jeu ici, n'est pas un facteur déterminant, mais plutôt prédisposant. Il existe donc un facteur génétique sérotoninergique de vulnérabilité suicidaire et prédisposant aux tentatives de suicide.

1-2- Phylogénèse des tentatives de suicidaires ?

Pour reprendre les termes de Stéphane Jacob et Thomas Power rapportés par Delphine Descamps, disons qu'il n'existe pas de comportement suicidaire fossile qui puisse nous permettre comme le paléontologue de reconstruire l'évolution phylogénétique du caractère étudié ; ou encore l'archéologue qui peut se baser sur les restes d'outils, les grottes ornées pour reconstruire l'évolution technique et culturelle d'un groupe humain (DESCAMPS D., 2006). Les comportementalistes ne disposent pas de traces matérielles pour reconstruire la phylogénèse des comportements étudiés. Le mieux que l'on puisse faire consiste donc à rechercher des analogies comportementales (comparaison verticale) chez des espèces voisines.

Le fait qu'un comportement humain soit décelé chez des primates non humains avec lesquels nous partageons des origines phylogénétiques peut faire penser au caractère phylogénétique de ce comportement. Pour ce qui concerne le suicide ou la tentative de suicide, aucune étude à notre connaissance n'a encore prouvé des analogies chez des espèces voisines à l'homme. On note toutefois des cas d'animaux au comportement

autodestructeur. Outre les baleines qui s'échouent sur les plages, on a vu des canards et des chiens se noyer volontairement, des vaches se jeter du haut de falaises ou encore des rongeurs (tout comme certains insectes) quitter leur colonie avant de mourir lorsqu'ils étaient atteints d'une maladie contagieuse. On relève également des comportements altruistes mettant en jeu la vie des individus dans de nombreuses espèces animales. On ne peut cependant établir un parallèle entre ces comportements autodestructeurs et le suicide. « *Car le suicide implique un ensemble de capacités cognitives très complexes. Il faut en effet avoir conscience de sa propre existence, être à même de se projeter dans l'avenir et comprendre qu'une action précise entraînera sa mort* ». Il semblerait que certains animaux (les dauphins, les éléphants et de nombreuses espèces de primates) aient une partie de ces capacités (Brian Palmer, 2011). Pour autant, on ignore s'ils sont capables d'associer ces différentes capacités pour en arriver à se suicider, comme c'est le cas chez l'homme. Même quand les scientifiques peuvent expliquer le processus neurobiologique qui sous-tend tous ces comportements, il reste difficile de déterminer s'il s'agit réellement de suicide. Dans ce cas il est difficile d'établir une composante phylogénétique du suicide ou de la tentative suicide et ce comportement paraît être propre à l'espèce humaine. Toutefois, à l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons situer à quel moment de notre histoire évolutive, ce comportement s'est installé dans notre lignée.

2- Caractère acquis et ontogenèse des tentatives de suicide

Il semblerait que c'est à partir de l'âge de 4-5 ans que l'on peut repérer les premières conduites de mise en danger s'apparentant à des tentatives de suicides chez l'enfant et les tentatives réussies entre 8 et 9 ans. Il est prouvé que 4 à 10% des tentatives de suicides d'enfants concernent les moins de 12 ans (Moustapha, 2009). De plus, les structures cognitives, intellectuelles et affectives étant au début de leur maturation chez l'enfant, elles ne lui permettent pas de suivre les étapes du processus suicidaire comme chez l'adulte. Ce qui fait que l'enfant, encore plus que l'adolescent passe à l'acte avec une très grande rapidité [Bigras *et al.*(1999) cités par Gallagher et Daigle, 2008]. Toutefois il convient de préciser qu'il est difficile de distinguer les tentatives de suicide parmi les comportements de mis en danger chez l'enfant, tout comme il est parfois exagéré de les qualifier comme tels (Gallagher et Daigle, 2008). Parler de suicide suppose que l'individu qui pose l'acte en a réellement conscience de la mort et de l'issue fatale de son acte. Or tel n'est pas toujours le cas chez l'enfant. L'enfant à bas âge a un monde mental totalement différent de celui de l'adolescent et de l'adulte pour pouvoir prendre conscience du danger que comporte son acte. La prise de conscience réelle de la mort se développe

chez l'enfant en parallèle avec sa maturation. Aux différents stades de son développement, il approfondit l'idée de la mort, celle des autres, comme la sienne et l'intègre (Moustapha, op cit). Vers l'âge de trois ans, le mot « mort » apparaît dans son langage sans qu'il n'ait une représentation réelle de son contenu. Entre trois et cinq ans, le mot prend totalement forme dans son vocabulaire mais il n'imagine pas encore la mort comme un phénomène définitif et universel. Il la croit comme une entité monstrueuse évitable et considère ceux qu'il aime (ses parents surtout) comme immortels. Il pense surtout que la mort est un voyage et que le défunt est capable de revenir de son long voyage. A cinq ans, il fait toujours la confusion entre la mort et le mort et continue de personnifier ce phénomène. Il pense pouvoir lui échapper puisqu'il la considère comme une entité visible. A six ans l'enfant arrive à faire la distinction entre la mort et le sommeil même si le devenir du mort reste encore voué à son imaginaire. A sept ans il prend conscience de l'insensibilité du défunt et l'angoisse de la disparition d'un proche lui apparaît. Toutefois il ne peut s'imaginer encore sa propre mort. Pour lui la mort est une réalité qui ne le concerne pas directement. A huit ans, c'est l'âge décisif, où se formalise chez l'enfant la vraie notion de mort. Il prend de plus en plus conscience de l'irréversibilité de la mort et de son caractère universel. A neuf ans c'est le stade presque achevé de ce long processus de formalisation de la notion de mort chez l'enfant. Il distingue correctement la mort et le sommeil, la vie et la mort. Il reconnaît que la mort est une réalité universelle le concernant également. Entre dix et douze ans, c'est la période de maturité mentale sur la notion de mort. Il sait désormais que cette réalité le concerne et en connaît les conséquences biologiques et psychologiques. L'enfant prend conscience du caractère permanent et universel de la mort et considère sa propre mort comme une possibilité faisant partie de l'ordre naturel des choses (Moustapha, op cit ; Cyrulnik, 2011). C'est donc à cet âge que l'on pourrait situer les premières tentatives de suicide proprement dites chez l'individu. La volonté réelle de mourir est moins marquée chez l'enfant que chez l'adolescent, mais conduit à des gestes suicidaires plus violents chez le premier que le second. Ainsi chez les moins de 12 ans les tentatives de suicide sont caractérisées par une plus grande létalité, mais une moindre intentionnalité (Delorme, Stordeur et Fouillet, 2012). Le processus de maturité mentale de la notion de mort en fonction de l'âge chez l'enfant peut toutefois varier selon les cultures et les mécanismes de socialisation en présence.

3- Discussions des résultats de l'étude

Le schéma ci-après est une explication parfaite des tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais.

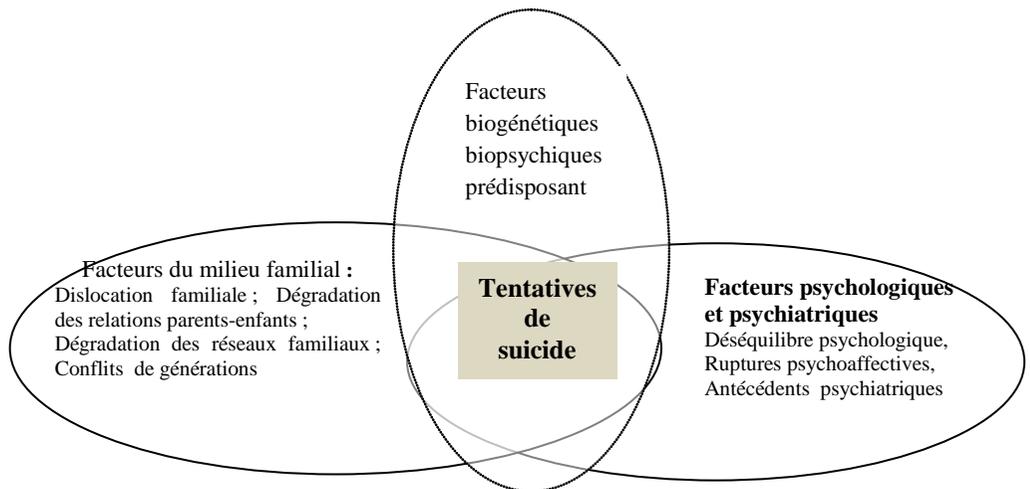


Schéma interprétatif des résultats

Les facteurs que les résultats de l'étude ont mis en évidence sont les facteurs biopsychiques les facteurs du milieu familial et les facteurs psychiatriques et psychologiques. Ces facteurs combinés expliquent les tentatives de suicide chez le jeune à Abidjan.

3-1- Tentatives de suicide et facteurs biopsychiques chez les adolescents abidjanais

Les résultats montrent que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les adolescentes (75%) que chez les adolescents (trois filles pour un garçon tentent le suicide à Abidjan) (graphique 1). Cette tendance a déjà été prouvée par la plupart des études antérieures que ce soit en Afrique comme en Europe. Par exemple l'étude menée par Mayanda et al (1993) au CHU de Brazzaville sur les tentatives de suicide en 1991 avait donné 79,5% de filles qui ont tenté le suicide contre 20,5% de garçons. Une autre étude de santé mentale sur les jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles, menée en 1994 par une équipe de chercheurs donnait des résultats semblables (quatre filles pour un garçon font une tentative de suicide) (Piette D., Chaoui N, 1997).

Nous pensons que cette tendance est due au fait que les filles et les garçons ont des manières différentes de vivre les angoisses et les émotions auxquelles ils sont confrontés dans leur milieu de vie. L'adolescence ne se manifeste pas de la même manière chez les deux sexes. Si les conduites violentes, les conflits, la petite délinquance sont le lot des garçons, on constate chez les filles une attitude de fuite, d'évitement, d'anorexie et de tentative de suicide. Pour Alain Braconnier (1995) à « l'adolescence, les

filles sont plus nombreuses que les garçons en consultation psychiatrique. On constate aussi que chaque sexe développe des pathologies différentes : l'anorexie mentale et les tentatives de suicide sont plus fréquents chez les filles » et la délinquance chez les garçons. Les garçons sont souvent plus agressifs et impulsifs et passent fréquemment sous l'effet de l'alcool et autres stupéfiants à l'acte fatal du suicide à l'aide de méthodes violentes. Alors que les filles souffrent plus souvent de dépression exogène et utilisent dans leur passage au suicide, des méthodes moins violentes. Cette situation fait constater une fréquence élevée de suicides réussis chez les adolescents et un taux de tentatives de suicide deux à trois fois plus élevé chez les adolescentes (OMS, Programme SUPRE, 2002). Nous retenons donc que les filles sont plus vulnérables que les garçons en ce qui concerne les tentatives de suicide à l'adolescence.

L'étude montre également une plus grande fréquence des tentatives de suicide entre 15 et 19 ans chez les adolescents abidjanais (graphique 2). C'est cette réalité que Ghislaine Bouchard (n.d.) a fait savoir dans son investigation sur le suicide à l'adolescence. Pour elle le suicide constitue la deuxième cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans. Cette forte proportion des tentatives de suicide entre 15 et 19 ans est due sans doute au caractère particulier que présentent les jeunes à cette période de l'adolescence. En effet, cette période de la vie de l'adolescent est marquée par la maturation définitive des caractères sexuels secondaires qui commencent à se constituer à partir de l'âge de 10 à 14 ans. C'est donc la période qui prépare le jeune à la vie du futur adulte qu'il deviendra. Il doit affronter un avenir dont il ne connaît pas les contours. Au niveau sexuel, il doit définir son identité afin d'établir une relation avec le sexe opposé. C'est donc une période source d'anxiété et d'angoisse. Si en outre, d'autres problèmes de la vie sociale et familiale surgissent, on ne peut qu'assister à de telles tendances suicidaires à cet âge

3-2- Tentatives de suicides et facteurs du milieu familial chez les adolescents

Il ressort des résultats de l'étude que des facteurs familiaux fragilisent l'adolescent abidjanais avec l'aggravation du risque suicidaire. Parmi ceux-ci, on enregistre les événements ayant précipité la tentative de suicide et ceux ayant longtemps laissé des mauvais souvenirs ou des traumatismes psychiques chez le jeune.

Les conflits familiaux viennent largement en tête (64,11%) parmi les événements qui précipitent la tentative de suicide chez l'adolescent abidjanais (tableau I). Ces conflits se déroulent très généralement entre l'adolescent et le père ou la mère, la marâtre, le frère, la sœur, l'oncle, la tante ou les grands parents. Il s'agit d'altercations, de disputes ou de

bastonnades, en somme, de violence physique ou morale perpétrée sur l'adolescent. Ceci amène à retenir que les tentatives de suicide chez l'adolescent abidjanais se développent dans un contexte familial altéré. Plusieurs études déjà effectuées retiennent également que les conflits familiaux sont les plus cités parmi les motifs des tentatives de suicide chez les jeunes. C'est cette réalité qu'affirme Ghislaine Bouchard dans son analyse sur « le suicide à l'adolescence ». Selon elle « les problèmes familiaux sont parmi les premières raisons évoquées par les adolescents suicidaires » (Bouchard, n.d.). Toutefois un facteur précipitant comme une simple dispute avec un parent, une bastonnade ou une relation amoureuse qui se dénoue ne peut être la raison profonde d'une tentative de suicide. Ces incidents ne peuvent à eux seuls expliquer l'acte suicidaire. Ils ne sont que des événements déclencheurs. A ce niveau, il ressort de l'analyse des résultats que d'autres évènements tristes fragilisent l'adolescent avec pour conséquence à long terme la tentative de suicide. Il s'agit en majorité (67,73% des cas) d'évènements familiaux liés au départ définitif ou à la disparition d'un parent biologique et de violences morales ou physiques perpétrées contre l'adolescent en milieu familial (tableau 2). Pour preuve, sur l'ensemble des adolescents suicidants ayant la situation matrimoniale des parents renseignée, 73,91% vivent dans des familles où au moins un des parents biologiques est définitivement absent pour cause de divorce ou de décès (tableau 4). Ceci fait dire que les crises familiales, les ruptures affectives et les problèmes graves survenus depuis longtemps avec les parents sont les premières causes profondes des tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais. On constate que l'explication des tentatives de suicide ne se trouve pas dans un facteur précipitant mais dans l'histoire passée, le vécu problématique, les conflits antérieurs laissant souvent des empreintes psychiques et des mauvais souvenirs. Il y a eu une escalade de problèmes dont la racine remonte loin dans le temps. Ces problèmes se sont accrus et accumulés, puis ils ont atteint un point culminant et lorsqu'un dernier problème vient s'ajouter c'est la crise suicidaire (ontogénèse).

En plus des évènements familiaux précipitants ou ayant laissé des traumatismes psychique chez le jeune, s'ajoute l'ambiance familiale qui prévalait lors de la tentative de suicide. Les données montrent que sur l'ensemble des suicidants ayant la situation familiale renseignée 70,27% vivaient une ambiance familiale dégradée (conflits parents-enfants, divorce des parents, conflit conjugal) (tableau 3).

Bien que plusieurs facteurs soient associés aux tentatives de suicide des adolescents, il demeure que les problèmes familiaux sont parmi les premières raisons évoquées par les adolescents suicidaires. Le climat familial est perturbé qu'il y ait séparation des parents ou non. On retrouve des caractéristiques telles que la présence de conflits parentaux et conjugaux, des

abus physiques ou moraux sur les enfants, un climat de violence, l'indifférence d'un des parents à l'égard du jeune, des difficultés ou une absence de communication, l'incompréhension, le manque de soutien, des difficultés dans la négociation des tâches reliées à leur individualité, des attitudes négatives ou négligentes des parents envers le jeune, l'absence d'implication émotive, l'abandon ou le rejet du jeune, les placements fréquents en famille.

3-3- Tentatives de suicide et Facteurs psychiatriques et psychologiques

A ce niveau on note également des contextes psychosociaux qui fragilisent l'adolescent avec l'aggravation du risque suicidaire. En effet, le développement individuel de chaque jeune est étroitement mêlé aux conditions de vie familiale et induit des différences psychologiques importantes. Une proportion assez importante des tentatives de suicide concerne les adolescents qui ressentent un vide affectif dans les relations avec les parents (graphique 4). On nomme ici les tensions graves ou la fragilité dans les liens familiaux, les traumatismes actuels ou antérieurs (décès, maltraitance, ruptures conjugales des parents biologiques) et les carences affectives et éducatives. Ce contexte familial n'est plus sécurisant pour l'adolescent. Le pas est vite franchi vers la délinquance, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie. Les relations parents-enfants se trouvent davantage médiatisées par la manifestation de la crise adolescente. C'est à l'adolescence que le jeune a plus besoin de l'aide des adultes surtout la complicité du père et de la mère pour surmonter l'influence de toutes les mutations étranges qu'il subit. Une absence définitive d'un parent biologique peut être mal vécue par celui-ci et provoquer des carences affectives. Les résultats montrent un taux élevé de sentiment de regret chez les adolescents suicidants ayant un parent biologique absent de la famille (graphique 3). La chaleur relationnelle avec les parents doit garantir au jeune la sécurité psychoaffective pour affronter toute la peur que suscite son devenir d'homme adulte. Si à cette période les rapports parents-enfants ou enfants-adultes sont mal négociés, cela peut compromettre tout l'avenir de l'adolescent même à son âge adulte. C'est pourquoi la qualité de ces rapports est d'une importance capitale pour lui, mais aussi, pour les parents qui souhaitent un meilleur avenir pour leur enfant. C'est aussi la période du besoin de liberté qui se traduit par le goût des sorties, par les rêves d'évasion et le besoin d'égalité. L'amour propre est si vif à cette période que le moindre mot mal placé, à l'égard du jeune, risque de le « blesser » et de provoquer le repliement sur soi. C'est l'âge des grands attachements, des profonds dévouements, mais aussi celui des ruptures et des brouilles.

L'étude montre aussi que, parmi les événements précipitant la tentative de suicide chez l'adolescent abidjanais, après les événements liés

aux conflits familiaux, viennent en seconde position les conflits sentimentaux et les antécédents psychiatriques avec un taux de 30,77 % (tableau I). Ces évènements se comptent également, dans une proportion de 19,36% (tableau II), parmi ceux ayant laissé des traumatismes chez le jeune avec à long terme le risque suicidaire. Les antécédents psychiatriques ont ainsi une part non négligeable dans la survenue des tentatives de suicide. Cela a déjà été relevé par plusieurs études sur le geste suicidaire. Parmi celles-ci, les recherches de Darcourt Guy (n.d.) sur les risques suicidaires révèlent que les antécédents suicidaires et les problèmes de santé mentale constituent des facteurs de risque primaire aux tentatives de suicide. Johanne Renaud et al (2001) rapportaient que des études ressenties par autopsie psychologique sur des jeunes décédés par suicide au Québec ont prouvé la présence d'un ou de plusieurs troubles psychiatriques dans plus de 90% des cas de suicide. Parmi ces troubles, ils citent les troubles de l'humeur (dépression majeure), l'alcoolisme, la toxicomanie, les troubles de conduite. On sait que l'utilisation d'alcool ou de drogue entraîne une plus grande perturbation du contrôle sur les impulsions et facilite le passage à l'acte. Aussi certaines affections psychiatriques telles que la schizophrénie, les troubles hallucinatoires sont-elles reconnues pour leur conduite suicidaire.

4- Fonction adaptative des tentatives de suicide

C'est également le lieu de situer la fonction du comportement suicidaire chez l'adolescent. Cette fonction semble être psychique. En effet, la compréhension des tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais révèle qu'elles sont une réponse adaptative à une difficulté psychoaffective. C'est cette réalité que souligne Dan Velea (n.d.) en avançant que le suicide et la tentative de suicide font partie d'un ensemble de conduites qui sont une sorte de processus de régulation à l'équilibre psychique du sujet. Autrement dit, il s'agit d'un moyen d'échapper à un inconfort interne, une réponse à des situations difficiles. Cet ensemble qu'il nomme addiction constitue donc un moyen d'assurer l'équilibre de l'appareil psychique qui ne peut être obtenu par les moyens habituels de régulation.

Pour lui, tout comme pour Alexander BK, la désorganisation sociale apparaît comme un précurseur de l'addiction et constitue la principale cause du suicide et des tentatives de suicide [Alexander BK cité par Dan Velea, (n.d)]. Elle oblige les individus à lutter pour la restauration de l'intégration psychosociale. Dans les situations où cette restauration semble être impossible par les moyens habituels de régulation, la création de nouvelles conduites d'adaptation et de substituts de mode de vie s'avèrent nécessaires

Ces auteurs abordent le suicide comme une réponse de régulation psychique, une forme d'adaptation psychosociale à la désorganisation de l'environnement social. Or l'adaptation au sens darwinien doit aboutir à la

survie de l'individu et non à sa disparition. Ainsi en éthologie la fonction adaptative d'un comportement suppose que ses conséquences favorables l'emportent sur celles qui sont défavorables pour l'individu et son espèce (Demaret Albert, 1979, p 30). Sinon il ne s'agirait plus d'une adaptation mais plutôt d'une désadaptation.

Bouchard G. (n.d.) estime pour sa part que le comportement suicidaire est choisi seulement après qu'une série d'autres comportements ait été essayée sans succès. Le comportement suicidaire est perçu comme la seule voie possible. La tentative de suicide chez l'adolescent traduit plutôt l'expression d'un désir de changement, de mettre fin à l'environnement dans lequel il se trouve. Elle se présente donc comme une contrainte et une revanche contre le sentiment d'impuissance à faire changer la situation problématique. L'objectif est souvent de changer sa vie plutôt que de mettre fin à sa vie.

Conclusion

En analysant les tentatives de suicide sous un angle éthologique, le caractère universel de ces comportements, fait supposer qu'ils reposent sur un programme biogénétique en rapport avec les anomalies sérotoninergiques des suicidants. Le facteur génétique sérotoninergique en jeu ici, n'est pas un facteur déterminant, mais plutôt un facteur de vulnérabilité suicidaire et prédisposant. Dans l'état actuel des recherches, il est difficile de situer, à quel moment de notre histoire évolutive, le comportement suicidaire s'est installé dans notre lignée. On ne peut donc établir pour l'instant une composante phylogénétique des tentatives de suicide et ces comportements paraissent être propres à l'espèce humaine. Par contre, une composante ontogénétique de ces comportements semble bien coïncider avec le développement mental et biopsychique du jeune.

Nous retenons en définitive que les tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais apparaissent comme la résultante d'une conjugaison de facteurs biopsychiques, familiaux et psychologiques. En effet, les tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais se développent pour la plupart dans le cadre de perturbations liées à l'adolescence, de relations altérées, en particulier familiales. Il s'agit généralement de violence physique ou morale perpétrée sur l'adolescent, de la séparation des parents ou de leur disparition. Bien que plusieurs facteurs soient associés aux tentatives de suicide, il demeure que les problèmes familiaux soient les premières raisons évoquées par les adolescents suicidants. Les ruptures psychoaffectives ont elles aussi une part assez importante dans la survenue des tentatives de suicide chez les adolescents abidjanais car la dégradation de l'environnement familial ou la perte d'un parent biologique entraîne toujours un vide affectif. Dans ce cas, la tentative de suicide témoigne de l'échec des défenses

psychologiques du jeune. Cet échec tient essentiellement à la difficulté qu'a l'adolescent fragilisé par les événements dramatiques de sa vie socio-familiale à pouvoir se représenter dans sa continuité et son identité, à s'inscrire dans la succession des générations de ses parents. Ce défaut d'organisation de l'image de soi est aussi lié à l'adolescence, à ses manifestations, à ses exigences, à des carences et des perturbations antérieures.

References:

Arcand, B (1982) « La construction culturelle de la vieillesse » in revue *Anthropologie et Sociétés*, vol. 6 no 3, 1982, pp. 7-23.

Batt Agnès (2000), « Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur », PSYDOCFRANCE, INSERM (en ligne) <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/batt.html> ; page consultée le 2 novembre 2006.

Bosco D'Otreppe (2012), Les animaux se suicident-ils? en [ligne] <http://www.lalibre.be/societe/planete/article/751218/les-animaux-se-suicident-ils.html>, Mis en ligne le 23/07/2012, page consulté le 14 janvier 2013.

Bouchard G. (2005) « Le suicide à l'adolescence », Fédération SOS Suicide Phénix; Paris 5 p. en [ligne] http://www.sos-suicide-phenix.org/media/003gb_sa__072689000_0508_14112010.pdf

Braconnier A. (1995), *Adolescentes, adolescents, psychopathologie différentielle*. BAYARD éditions, 211p

Brian Palmer (2011), Un animal peut-il se suicider? en [ligne] <http://www.slate.fr/story/46549/suicide-animal>, Publié le 23/11/2011, page consulté le 14 janvier 2013.

Cyrulnik, B. (2011), *Quand un enfant se donne la mort, Attachement et société*. Ed. Odile Jacob.

Dan Velea, «Facteurs de risque, de vulnérabilité et addiction(s) » en [ligne] <http://www.psydoc-france.fr/Recherche/PLR/PLR34/PLR34.html>, page consultée le 20 Août 2005)

Darcourt, G. (septembre, 2002), « Risques, vulnérabilité et suicide », in *Pour la recherche*, Bulletin de la Fédération française de psychiatrie, Vol. , N° : 34, pp 2 – 3 en [ligne] <http://193.49.126.9/Recherche/PLR/PLR34/PLR34.html#1> (page consultée le 19 Août 2004).

De Lannoy, J-D et Feyereisen, P. (1987), *L'éthologie humaine*, 2^e édition, Que sais-je ? PUF.

Delorme, R., Stordeur, C. Fouillet, M., (2012), «Risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent et attitudes médicales face à ce risque », *Pédopsychiatrie Table ronde*, Les Entretiens de Bichat.

- Demaret, A. (1979), *Ethologie et psychiatrie*, Editions Mardaga, 1979 - 179 p
- Descamps, D. (2006), *Éthologie du jeu ou la relation zooludique entre l'enfant et le chien*, Mémoire Master 2, Université René Descartes.
- Fatout L (2004) « Histoire juridique du suicide », *in Cahier de recherche Working Paper*, N°17
- Fédération française de psychiatrie (2005 ?), *Souffrance psychique et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent*, Ministère de la Santé et des Solidarités, Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche
- Gallagher, R. et Daigle, M. (2008), « La problématique suicidaire chez les enfants de 12 ans et moins : l'exemple d'un programme d'intervention en milieu scolaire primaire » *Frontières*, vol. 21, n° 1, pp. 98-106
- Granie M. A., LPC (2005?), *Observation de l'enfant piéton : inspiration éthologique ; en [ligne]*
<http://www.inrets.fr/fileadmin/recherche/transversal/pfi/copie/seminaires/se m050928/050928-granie.pdf>
- Gueye M. et al (1983), « Evolution du suicide et de la dépression au Sénégal et en Afrique », *In : Dépression et suicide*, Pergamon presse, 38-48
- Hermann, J. *Les langages de la sociologie*, 3^e édition Que sais-je, PUF 1994.
- Hrdina, P. D. et al (1993). 5-HT uptake sites and 5-HT₂ receptors in brain of antidepressant-free suicide victims/depressives: Increase in 5-HT₂ sites in cortex and amygdala. *Brain Research*, 614(1-2), 37-44.
- Hrdina, P. D., & Du, L. (2001). Levels of serotonin receptor 2A higher in suicide victims [Letter to the editor]? *American Journal of Psychiatry*, 158, 147-148.
- Koné, D. (avril-juin, 2008), « La symbolique du suicide en Afrique noire » *in perspectives psy*, vol; 47 n° 2, pp 137-141.
- Lemondé, S., Turecki, G., Bakish, D., Du, L., Hrdina, P. D., Brown, C. D., et al. (2003). Impaired repression at a 5-hydroxytryptamine 1A receptor gene polymorphism associated with major depression and suicide. *Journal of Neuroscience*, 23, 8788-8799.
- Macdonald Charles J-H (2009). L'anthropologie du suicide, Interprétation ou explication ? *L'homme* 191, pp. 201 à 210
- Mayanda H. F. et al (1993) « Tentatives de suicide et suicide de l'adolescent au CHU de Brazzaville, à propos de 93 cas » *in Médecine d'Afrique noire* : 40 (2).
- Menahem, R. (1981), « Fonctions et permanence des mythes sur le suicide » *in suicide et conduites suicidaires* Tome I, aspects socioculturels, épidémiologiques, prévention et traitement ; n° 120 Collection de médecine légale et toxicologie médicale, MASSON, Paris, New York, Barcelone, Milan, 1981 p 25.

Minois G, (1987), *Histoire de la vieillesse en Occident*, Paris , Fayard, 442 p.
Moustapha, *le suicide chez l'enfant*, Site des Internes en Psychiatrie de Nantes, [en ligne] inepsy.sante.univ-nantes.fr/wp.../minimémoire-suicide-mustapha.doc, mis à jour le 29 septembre 2009 par dark han nya page consulté le 30 janvier 2013

OMS, *Les jeunes et la santé : défi pour la société: Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS sur la jeunesse et la santé pour tous d'ici l'an 2000*. Série de Rapports techniques, n° 731. Genève: Organisation mondiale de la santé 1986, en [ligne]

http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731_fre.pdf (version à jour le 8 septembre 2003).

OMS, (2001), *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Rapport sur la santé dans le monde, 172 p.

OMS, (2002), « La prévention du suicide : indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire », Programme SUPRE, Genève.

Piette D., Chaoui N. (1997), Tentative de suicide, idéations suicidaires, Fiche Sanomètre1 PROMES-ULB. Bruxelles.

Quenard O. et Rolland J. C. (1982), « Aspects cliniques et état de crise suicidaire », in *suicide et conduites suicidaires* Tome II, aspects cliniques et institutionnels n° 122, Collection de médecine légale et toxicologie médicale, MASSON, Paris, New York, Barcelone, Milan, p 49.

Renaud, J. (2001) « Trouble des conduites et suicide à l'adolescence » in *Revue le vis à vie* vol. 11 n°1

Rousselet J. (1970) « Qu'est-ce que l'adolescence ? » in *Encyclopédie de la psychologie : Psychologie de la vie familiale ; Fernand Nathan*, France, pp 207-209

Turecki, G., Brière, R., Dewar, K., Antonetti, T., Lesage, A. D. et al. (1999). Prediction of level of serotonin 2A receptor binding by serotonin receptor 2A genetic variation in postmortem brain samples from subjects who did or did not commit suicide. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1456-1458.

Vauclair, J. (1984), L'observation en éthologie, In M. P. Michiels-Philippe (Ed.), *L'observation* (pp.123-136), Neuchâtel, Delachaux et Niestlé.

Vidal-Naquet P, (2005) *La guerre des Juifs*, collection Guerre et religion, Bayard Jeunesse, 76 p

Waota P. C. (1988), Les tentatives de suicide : proposition d'accueil et prise en charge en milieu hospitalier, Th. Méd., Université nationale, Abidjan Côte d'Ivoire.

Watillon, A. (2010), l'observation du bébé, temps d'Arrêt, Yapaka.be.

Weber, M., *Economie et société*, tome 1 : les catégories de la sociologie, Paris Plon/Agora, traduction Julien Freund, 2003, 410 p, pp 28-29, 35, 48-52 et 55-57