

Suicide et culture

Résumé

Les suicides relatés par la presse ces dernières années sidèrent la société et interpellent toutes les consciences; et particulièrement les spécialistes en sciences humaines et sociales dont le regard et l'approche peuvent contribuer à sa compréhension et à l'élaboration de plan d'action préventif pour la société en général. Les chiffres avancés par l'association des praticiens psychiatres privés au quotidien EL Watan¹ sont de l'ordre de 814000 suicides à l'échelle nationale pour l'année 2000. Selon la même source, la moyenne des taux comparatifs de suicide était de 15.1% pour 1000 en 1996.

Dr Salah MALIM
Directeur de laboratoire:
violence psychique et corporelle.
Maître de conférences
Département de Psychologie
Université de Constantine –
Algérie

ملخص

إن حوادث الانتحار التي تبثها الصحف في السنوات الأخيرة إنما تحت جميع الضمانات، وبخاصة إحصائي العلوم الإنسانية والاجتماعية ذوي القدرة على الإسهام في فهم هذه الظاهرة وبناء خطة عمل وقائية لأجل المجتمع برمته.

لقد بينت الإحصاءات التي تقدمت بها جمعية أطباء الأمراض العقلية الخواص اليومية*الوطن* أن هناك 814000 حادث انتحار على المستوى الوطني لسنة 2000.

إن الانتحار كفعل معاناة كبيرة، يجعل الجميع يقف عند آثاره التراجيدية والكارثية، ويدفع بنا إلى سلسلة معقدة من التساؤلات حول طبيعة هذه الظاهرة المناقضة لغريزة البقاء، الموصوفة دائما باللامقبولة واللامفهومة بالنسبة للإنسان، فالكثير من الباحثين يرون أن نسبة الانتحار مرتبطة وظيفيا بمستوى الاندماج الاجتماعي للفرد.

(Bernard Trouvé, S, 1977).

Le suicide est un acte de grande souffrance. Il nous percute par son effet tragique et catastrophique. Son choc nous entraîne dans des interrogations aussi multiples que complexes. Ce cheminement de questionnement nous confronte au chevauchement des paramètres associés à cet acte de rupture avec l'instinct de vie. Acte contre nature qui demeure inacceptable et incompréhensible pour les Hommes que nous sommes. P. Bernard et S. Trouvé 1977⁽¹⁾ signalent que: beaucoup d'auteurs pensent que «*le taux de suicide est fonctionnellement dépendant du degré d'intégration social du sujet*»

¹ - Journal quotidien national du 04/ 02/ 2004.

Le suicide: un traumatisme multiple.

Il est tragique pour trois raisons qui lui donnent un caractère traumatique:

- 1 Il s'agit de la perte d'un être irremplaçable dont le travail de deuil ne sera pas évident. A cela s'ajoutent des conséquences socio-économiques, souvent, désastreuses que la famille va subir de plein fouet.
- 2 La position tranchée de la religion vient exacerber cette souffrance du fait que le suicide est «HARAM», plus intense encore est la douleur quand on sait que le suicidaire est considéré comme «APOSTAT», donc exclu des grâces de Dieu.
- 3 Cette excommunication prive le suicidaire de la prière du mort, met au grand jour la gravité de l'acte du sujet et peut éclabousser la famille d'une manière ou d'une autre. Cet étalage de l'acte et de sa signification suprême vient sceller ce triple impact traumatique.

La religion condamne le suicide, que A. Bouhdiba, 1978⁽²⁾ argumente: comme «une usurpation du pouvoir divin [...] Il exprime le désespoir du suicidaire vis avis de la clémence divine; et c'est là d'ailleurs le signe distinctif de l'apostasie». Il ajoute: «La vie est un don de Dieu, une offrande. C'est aussi une épreuve. C'est un signe qui témoigne de Dieu et en atteste la majesté». Interrompre son déroulement volontairement et arbitrairement est un péché grave.

Ce n'est que dans l'après coup que le groupe social tente d'atténuer les effets traumatiques de la famille par la présentation des condoléances et les veillées funèbres. Il s'agit d'une solidarité du groupe qui marque son adhésion aux mêmes valeurs socioculturelles que le suicidaire. Ce regroupement auprès du défunt constitue une prise en charge collective matérielle et psychologique qui peut être assimilée au «débriefing», vu que le suicide s'inscrit dans l'événement catastrophique.

L'évocation du souvenir du mort, surtout, de ses qualités humaines, morales et sociales vient constituer une ouverture sur le travail de deuil. Cette marque de compassion du groupe social vient pallier à l'altération éventuelle des liens du réseau relationnel de la famille du défunt avec la société en regard du statut «d'excommunié» dans lequel la religion le situe.

Le suicide active notre angoisse de mort et mobilise, également, l'inconscient collectif qui va tenter de parer à son émergence. Le développement de conduites conformistes légalisées par la religion que constituent la solidarité et le regroupement social derrière la famille du défunt sont à considérer comme défensives.

L'enfer du suicide.

La représentation sociale du suicide renvoie à l'enfer, cependant, cet espace demeure la destination de tout mécréant et c'est à ce niveau là que nous situons l'importance de l'implication du groupe sociale dans la mort. Il s'agit d'une conviction religieuse selon laquelle: «penser à la mort est un acte de foi qui nous rapproche de Dieu». Cette méditation projective dans l'au-delà de la mort est une recherche d'absolution que sollicite, justement, l'inconscient collectif qui puise sa force dans la cohésion sociale et religieuse. C'est aussi est une forme d'expiation du mal qui agit sur la culpabilité et l'angoisse suscitées par le suicide.

Deux cas de figures s'imposent notre réflexion par leur effet de contradiction:

- 1 Le fait qu'il n'y ait pas de suicide pendant le mois de Ramadan est une donnée psychosociologique constante qui suscite en nous des interrogations, d'où la nécessité de cette hypothèse interprétative: à notre sens, ce mois sacré constitue un acte d'abnégation qui nous rapproche de Dieu dans la piété et le recueillement, ce qui éloigne la mort. Où s'agit il de l'effet d'une pensée magico-religieuse qui prend valeur de régression collective, étant donné que le point de fixation se situe au delà du réel et de surcroît il est commun à tous.
- 2 Le deuxième fait est l'absence de suicide pendant les guerres. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, la destruction qu'engendre ce genre de conflit semble constituer un défi à la mort qui active l'instinct de survie à partir duquel le sujet fait des prouesses pour s'accrocher à la vie. La force de cette énergie nous laisse perplexe et sans réponse.

Suicide et enfer se confondent autour de l'angoisse et de la culpabilité, ceci pour dire que le suicide de l'autre implique, quelque part, la société en général et les proches en particulier. Cette implication est, souvent,

Suicide et culture

alimentée par l'imaginaire populaire où chacun se projette, certainement, selon ce qui lui semble être censé, conforme à la religion et du même coup favorise, inconsciemment, la fiabilité des mécanismes de défenses sous jacents à ses conduites.

A. Bouhdiba, 1978⁽³⁾ à ce propos, écrit: «Le diable, l'enfer, le paradis sont des foyers intenses d'une vie imaginaire et d'un imaginaire vécu [...] Le Prophète nous invite à interpréter le paradis comme une véritable «banque de l'imaginaire». L'islam incite les croyants à jouir de la vie car la jouissance est aussi prière et le contre courant de cette indication est à l'évidence le suicide. Ce sont là quelques arguments religieux concernant la condamnation de ce grave péché en apostasie. Il faut signaler que toute justification des causes de l'acte ne peut être évoquée pour resituer le suicidaire dans un contexte qui envisage le pardon.

Le suicide en tant que syndrome psychiatrique.

La rationalité va prendre place, graduellement, dans le processus de contrôle des effets anxiogènes de l'événement par un questionnement relatif à la cause de l'acte. L'évocation de la maladie mentale est souvent évoquée comme cause, ce qui peut être vrai car vérifiable.

P. Moron 1977⁽⁴⁾ écrit que: «Le suicide est souvent le symptôme révélateur d'une affection mentale jusque-là méconnue[...]. Effectivement, La clinique psychiatrique montre que c'est dans le creuset de la mélancolie, que s'élaborent le mieux l'idée de la mort, la culpabilité jusqu'à l'inhibition de toute décharge dirigée vers l'extérieur». Comme il y a des suicidaires qui ne s'intègrent pas dans une classification psychiatrique tel que le sujet atteint de maladie grave, la déception des grandes passions, l'incompatibilité ou les conflits conjugaux inextricables.

Les suicidaires peuvent présenter un noyau paranoïaque, un fond dépressif continu sans pour autant souffrir d'une psychose ou être délirant; leur éventuelle décompensation peut engendrer le suicide. Le suicide est aussi un processus défensif contre un sentiment de désintégration d'une fonction ou d'une situation vitale: exemple l'impuissance chez l'homme peut être une cause de suicide. De ce fait, le suicide peut être porteur de

significations divers en relation avec une multiplicité de cause enchevêtrée les unes dans les autres d'où sa complexité et son caractère énigmatique.

La réalité du suicide par les chiffres.

De 1985 à 1999 le service de médecine légale du Pr. Benharkat et son équipe du CHUC ont enregistré 174 cas de suicide. Ces chiffres concernent la wilaya² de Constantine.

Ces chiffres s'arrêtent au début de la décennie noire du terrorisme qu'a connue l'Algérie. Selon le constat du Pr. A. Benharkat, médecin chef du service de médecine légale du CHUC: «*Le taux de suicide n'est pas en croissance catastrophique*»⁽⁵⁾.

Répartition du suicide selon le sexe et l'âge.

Sexe Age	Fem.	%	Mas.	%	Total	%
15 - 20	13	07.47	12	06.89	25	14.36
21 - 25	33	18.96	26	14.95	59	33.91
26 - 30	13	07.47	30	17.24	43	24.71
31 - 35	07	04.02	27	15.52	34	19.54
36 - 40	03	01.72	10	05.74	13	07.46
Total	69	39.65	105	60.35	174	100

2. Wilaya: (une) est l'équivalent de département.

Suicide et culture

Commentaire:

- A la lumière de ces données, nous observons que : la tranche d'âge 15-20 ans présente une vulnérabilité à égale proportion au suicide entre les jeunes femmes et les jeunes hommes.
- Cette étape de la vie est à haut risque du fait de la sortie de l'adolescence, avec les séquelles que cela suppose, et le passage au statut d'adulte qui nécessite une maturité psycho-affective, hélas, souvent altérée chez le suicidaire.
- La précocité des femmes a affronté la vie sans expérience constitue un facteur de vulnérabilité. Entre 23 et 35 ans, elles sont moins exposées au suicide, certainement, car mieux assise socialement, valorisées dans ses fonctions de mère épouse et souvent ayant le beau rôle de belle-mère et grand mère.

Sexualité et société

- De 21 à 25ans, le suicide est plus prononcé chez les femmes (33 cas) en comparaison avec les hommes (26 cas). La vulnérabilité de cette tranche d'âge peut trouver des éléments de réponses à travers :
- l'inadéquation entre la maturité affective défailante et les exigences que nécessite la cohésion entre rôles et fonctions de la femme - épouse et mère, mal assumés et mal vécus.
- Le problème de la sexualité apparaît comme facteur déterminant dans le suicide chez les femmes. La transgression de l'interdit sexuel, très culpabilisant, fragilise la femme (défloraison, fille-mère, stérilité) et l'homme (impuissant, homosexuel).
- Le dilemme que pose le problème de la sexualité semble insoluble : d'un coté, nous avons le conditionnement de la sexualité par la légalité du mariage, en dehors de ce cadre, l'interdit règne en maître. D'un autre coté, toute la société est hautement sexualisée à commencer par la religion.
- Il faut tenir compte de l'aspect démographique qui se situe actuellement autour 2,5 femme pour 01 homme.
- Il est vrai que le mariage constitue une valeur sociale et religieuse, pour accéder à cette promotion les ambitions se légitiment et ouvrent droit à des écarts et des drames.

- Nous ne pouvons pas faire abstraction de l'état immoral de nos pulsions sexuelles exacerbées par un monde extérieur violent et incontrôlable.
- Les télévisions étrangères participent au renforcement et/ou à la maintenance de cette violence qui met à vif l'activité imaginaire et fantasmagique de population à risque.

Prédisposition et résistance défensive.

- Les femmes semblent moins exposées au suicide (69 cas) que les hommes (105 cas).
- De 26 à 30ans le nombre de suicide chute, ce qui nous laisse supposer que cette régression est sous tendue par une acceptation du sort, la destinée (mektoub), une évolution maturative (mariage, enfantement) et solutions de problèmes familiaux, conjugaux (acquisition de logement, travail).
- Par contre, la tendance chez les hommes est à l'augmentation. Il s'agit de l'étape de l'entrée dans la vie que marque les ambitions professionnelles, le mariage, l'autonomie financière etc....
- Ces facteurs constituent une affirmation de soi, une consolidation de l'identité masculine et une virilité à faire valoir. Une standardisation de l'homme que la faille d'un de ces facteurs peut briser.
- L'échec de ces projets mène vers l'impasse existentielle et la solution du suicide devient inévitable.

Célibat et chômage: deux facteurs aggravants.

Nous observons une corrélation entre le célibat et le chômage : sur 105 suicides masculins, 61cas sont au chômage et 87 sont célibataires ; seulement 18 cas sont mariés.

Chez les femmes la tendance est inversée: 69 suicidées sont mariées et 4 ont un emploi.

S'agit il de pathologie insidieuse ou de conflits conjugaux et familiaux?

Entre 31 et 40 ans le suicide chute (10 femmes) et (37 hommes), cet indice de décroissance est plus important chez les femmes.

Le pic des suicides se situe entre les mois de mai et août, période d'intense activité impliquant des enjeux d'avenir tels que: la réussite scolaire, les mariages...

Répartition par sexe selon le motif supposé du suicide.

Sexe Motifs Avancés	Féminin	Masculin	T	%
Conflit familial	10	03	13	24.07
Problème de grossesse et de virginité	13	00	13	24.02
Intoxication	06	06	12	22.22
Conflit conjugal	09	01	10	18.50
Problème professionnel	00	03	03	05.55
Stérilité et impuissance sexuelle	01	02	03	05.55
Total	39	15	54	100

L'acuité avec laquelle se pose le problème de la sexualité semble très atténuée dans le discours concernant les motifs liés à la vie du couple. Par décence, les problèmes relatifs au couple sont, généralement, noyés dans des considérations assez floues d'ordre économique, relationnel inter et intra familiale voire professionnelle.

Culturellement, il est indélicat de parler de ces choses de la vie sur lesquelles repose l'honneur de la famille et sa réputation sociale. Il faut les subir dans la souffrance et le silence même s'ils sont lisibles pour les autres.

Répartition géographique selon le mode du suicide.

Milieu Mode de suicide	Rural	Urbain	T	%
Pendaison	59	19	78	44.82
Précipitation	14	37	51	29.30
Intoxication	12	12	24	12.79
Brûlure	05	08	13	07.50
Arme à feu	03	04	07	04.02
Arme tranchante	00	01	01	00.57
Total	93	81	174	100

Les citadins sont plus exposés au suicide: 97 cas contre 77 cas de ruraux tout sexe confondus. Il y a une violence urbaine que constituent la fonction des parents (cadres supérieurs à tous les niveaux des structures de la société), les effets vestimentaires de mode moulante (érotisation des relations), les effets ostentatoires de richesse matérielles exhibés çà et là (sentiment de toute puissance et d'impunité); ce sont là les ingrédients de la violence évoquée dont les effets néfastes sur la tranche d'âge 15-30 ans sont à prendre en considération dans l'acte du suicidaire.

Les antécédents psychiatriques sont confirmés chez 16 F et 40 H. Le reste est imprécis ou caché sciemment.

Henri Ey 1978⁽⁶⁾ propose une hypothèse psychologique du suicide selon laquelle: «Le suicide manifeste l'agressivité primitivement dirigé contre l'objet d'amour perdu est secondairement retournée contre soi».

Il donne une interprétation psychodynamique de différents cas de suicide que nous pouvons résumer comme suit:

Suicide et culture

- 1 Le suicide comme attitude de représailles à la suite de la perte de l'objet d'amour.
- 2 Le suicide comme meurtre réflexe explosif chez le sujet violent, expression contre le désir de tuer.
- 3 Le suicide comme punition et auto purification de l'âme, caractéristique dans certaine religion, pour aboutir à une renaissance pure.

Répartition selon le sexe et le mode du suicide.

Sexe Mode	F	%	M	%
Pendaison	31	17.82	47	27.02
Précipitation	13	07.48	38	21.84
Intoxication	14	08.05	10	05.75
Brûlure	11	06.33	03	01.73
Arme à feu	00	00	07	04.03
Arme tranchante	00	00	01	00.58
Total	69	40	105	60

Le mode de suicide ne présente pas de caractéristique particulière, la pendaison reste dominante par son aspect spectaculaire; vient l'intoxication plus discrète mais aussi spectaculaire.

Perspectives préventives.

Rechercher et cerner les signes précurseurs du suicide tels que :

Les troubles du sommeil et du comportement alimentaire (insomnies, perte importante de l'appétit); changement des conduites quotidiennes.

Des indices plus prononcés:

Incurie vestimentaire, hygiénique et laissé aller. Changement radical au niveau de l'accomplissement des devoirs quotidiens. Les conduites d'échec répétées, les accidents et les fugues constituent un noyau suicidaire.

Les populations à risques:

Ce sont les adolescents, les personnes à antécédents psychiatriques. L'âge de 40 - 45 ans est souvent critiques pour les hommes et les femmes (ménopause, rupture sentimentale, décès d'un être cher, impuissance partiel ou totale). Les populations estudiantines en périodes de résultats d'examens et enfin les milieux d'extrême pauvreté.

Il faut souligner que nous sommes tous porteur d'un potentiel suicidaire susceptible d'émerger un jour. De ce fait, la famille et l'entourage professionnel et autres ont pour devoir de signaler les bizarreries de leurs proches à la famille et au médecin traitant lors de la consultation qu'occasionne ce changement.

Concrètement:

Il faut créer des cellules d'urgences telles que SOS suicide à travers le monde, des centres de consultations spécialisées, des groupes de paroles animés par des psychologues préalablement formés aux urgences médico-psychologiques. Ces structures peuvent être utilisées, également, pour la prise en charges de la toxicomanie qui est un facteur favorable au suicide.

Objectifs de ces structures:

- 1 Evaluer le potentiel suicidaire sur la base de ce que nous avons évoqué plus haut (signes extérieurs). Selon J. Guyotat, 1978⁽⁷⁾ il faut:
- 2 « Diagnostiquer certaines formes cliniques où il est recommandé de poser la question du suicide, particulièrement, dans Les dépressions qui s'expriment corporellement par la prostration et l'absence d'élan vital».
- 3 Intervenir en urgence en cas de catastrophe, cibler les personnes ayant perdu plusieurs parents à la fois.
- 4 Prévenir le suicide chez toutes personnes ayant vécu des décès naturels répétés en un laps de temps court.

Suicide et culture

- 5 Elaborer un discours sur les tenants et les aboutissants du suicide en cas d'urgence.
- 6 Constituer des groupes de paroles.
- 7 Envisager les pratiques de la relaxation, des psychothérapies corporelles, dynamique de groupe et sociodrame.

Ces techniques permettent de recentrer le patient sur lui même et d'élaborer des réseaux symboliques, affectifs qui peuvent lui permettre de rétablir une liaison du sens de la vie avec ses plaisirs. L'objectif de ces actions est de lui insuffler une dynamique d'appétence à la vie. Nous pouvons envisager l'élargissement de cette prise en charge dans un continuum avec la famille après la stabilisation du patient.

Conclusion.

Nous pouvons considérer le suicide comme un syndrome transformant le corps - cadavre qui s'expose, de manière spectaculaire, à toutes les interrogations au delà du fait psychopathologique. Il devient un signifié sans verbe, une expression d'un manque à être indicible, une force d'appel à une interrogation fondamentale sur la valeur de la vie.

Il ne s'agit pas d'une signification d'appel, comme dans le raptus, c'est une réponse à un vide psychique, à une dé-narcisation du moi et du monde qui provoque un effondrement de la conscience ; c'est ce qui fait du suicide un acte stoïque et tragique.

La condamnation religieuse de cet acte tragique demeure un poids sur la conscience collective où les uns et les autres tentent d'atténuer et d'expier par des rituels, aussi bien religieux que des pratiques traditionnelles tolérées, telles que: la distribution d'aumônes et de repas à destination des nécessiteux.

Bibliographie

- 1 - Bernard, P. et Trouvé, S. (1977) «Sémiologie psychiatrique» Paris, Masson, p.124.
- 2 - Bouhdiba, A., (1978), «Culture et société», Tunis, PUT, p.48.
- 3 - Idem, p.30.
- 4 - Moron, P, (1977), «Le suicide», QSJ n°1569, Paris, PUF, p31.
- 5 - Benharkat, A. et col, (1999), «Données statistiques», service de médecine légale, centre hospitalo-universitaire, Constantine.
- 6 - Ey, H., Bernard, P. et Brisset, C. (1978), «Manuel de psychiatrie» Paris, Masson, p.1048.
- 7 - Guyotat, J., (1978), «Psychothérapies médicales», Paris, Masson, p.95.