

Les principales causes de la tentative de suicide

En Algérie Cas des adolescentes

Dr.Boucenna Abdelwafi-Zoheir

Université de Biskra, Algérie.

Résumé :

L'adolescence est une période critique, qui entraîne de multiples changements pouvant déstabiliser l'adolescente sur divers domaines, et particulièrement sur le plan psychoaffectif.

Durant cette phase difficile, l'adolescente va connaître des transformations importantes au niveau corporel, qui vont la mener dans ce statut mouvant qu'est l'adolescence, en plus de l'instabilité et l'ambiguïté dans les relations qui compliquent d'avantage sa vie.

Pour beaucoup, cette phase peut aboutir à une dépression suite à une multitude de crises au sein de la famille.

الملخص:

تعرف مرحلة المراهقة كمرحلة صاخبة تصاحبها جملة من التغيرات تمس العديد من الجوانب، مما يؤدي الى اللاستقرار النفسي والعاطفي. فخلال هذه الفترة، تمس الفتاة المراهقة تغيرات جسدية هامة تؤثر على صورة الجسم وتعمل على تحريك الجانب النرجسي بعدما كان في حالة كمون. وهذا ما يدفع الى ولوج عالم التظاهرات الاكتئابية التي يكون مصدرها غالبا الأزمات العائلية.

Introduction:

Le suicide est un des fléaux sociales qui se sont propagés dans le monde, connu chez le sexe masculin, contraire à la tentative de suicide qui est connue chez le sexe féminin.

Durkheim. E fondateur de la sociologie en France, défini le suicide comme acte de se donner la mort consciemment ou inconsciemment. Et l'échec suicidaire, c'est ce qu'on appelle la tentative de suicide.

Ce phénomène est l'une des réalités quotidiennes du citoyen algérien. Ce dernier constate chaque jour dans les medias et la presse des informations concernant le suicide chez les différentes catégories, soit les pères de famille, les jeunes hommes ou femmes célibataires ou mariés, tout le monde est concerné par le suicide.

Notre étude s'intéresse aux adolescentes algériennes qui ont vécu un échec sentimental, et ont voulu se suicider afin de mettre fin à leurs souffrances.

Nous avons démarré de l'échec sentimental comme facteur déclanchant de la tentative de suicide, et nous voulons cerner les autres causes qui peuvent être derrière.

Quelles sont les causes de la tentative de suicide de l'adolescente algérienne ?

Ensuite nous nous sommes penchés sur la personnalité de l'adolescente algérienne suicidaire. Quelles sont les caractéristiques essentielles de la personnalité de cette adolescente ?

1- Définition du suicide selon les dictionnaires :

1-1 Grand dictionnaire de la psychologie :

Acte de se donner soi même la mort.

Le suicide est soit un acte rationnel, exécuté en fonction de considérations morales, sociales, religieuses, philosophiques ou personnelles, soit au contraire un acte pathologique survenant alors au cours de l'évolution de divers affections mentales (dépression, délire chronologique, démence, confusion...) ou d'une crise existentielle aigue sous forme d'un raptus anxieux auto agressif, raptus très différent du suicide prémédité de certains mélancoliques ou délirants ⁽¹⁾.

1-2 Dictionnaire de vocabulaire psychologique et psychiatrique :

Acte de se tuer d'une façon habituellement consciente en considérant la mort comme un moyen ou une fin ⁽²⁾.

1-3 Dictionnaire Usuel de psychologie :

Le suicide c'est une agression contre soi-même, consciente et volontaire entraînant la mort ⁽³⁾.

1-4 Dictionnaire de Psychologie :

Classiquement le suicide et le meurtre de soi-même. Emile Durkheim en 1897 appelle suicide tout cas de mort qui résulte d'un acte

accompli pour la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat ⁽⁴⁾.

1-5 Dictionnaire Critique des termes de psychiatrie et de santé mentale :

Angl : suicide Esp : suicidio

Le suicide est le fait de se donner la mort. On peut considérer qu'il existe un continuum entre velléité suicidaire, chantage au suicide, équivalent suicidaire, tentative de suicide et suicide réussi.

Dans toutes ces conduites suicidaires, on évoque soit une omnipotence magique

(être maître de sa vie), soit un effondrement du moi. Le suicide est parfois un acte rationnel

(suicide logique), il est un acte pathologique par évitement d'une situation inacceptable ou trop douloureuse.(05)

1-6 Suicide en sociologie :

Selon Durkheim le suicide est d'autant plus fréquent que le relâchement des liens sociaux est grand. On recense actuellement en France 12.000 suicides / an et les tentatives de suicide à plus de 160.000 / an, dont 116.000 avec hospitalisation.

Il constituerait en 1996 la 03^{ème} cause de mortalité prématurée 09,6 % après les maladies cardio vasculaires 12,1 % et les cancers 30%. En France 1/3 de suicidés se pendent, ¼ se noient et 1/5

font usage d'une arme à feu. Les tentatives de suicide sont de 09 à 10 fois plus fréquentes que l'acte qui aboutit à la mort.

Le suicide est plus fréquent chez les hommes que les femmes, dont les essais sont deux fois plus nombreux ⁽⁶⁾.

2- Comparaison entre suicide et tentative de suicide :

De Clercq et ces collaborateurs dans leurs études sur le suicide, ont pu comparer les populations de suicidés et de suicidants. Et le tableau suivant démontre la différence : ⁽⁷⁾

<i>Critères</i>	<i>Suicide</i>	<i>Tentative de suicide</i>
Sexe	Surtout les hommes	Surtout les femmes
Age	Augmente avec l'age Surtout entre 40-80 ans	Diminue avec l'age Surtout entre 15-40 ans
Etat Civil	Veufs, divorcés, célibataires	Mariés
Milieu	Rural	Urbain
Moyens	Pendaison, arme à feu, gaz	Médicaments

Psychopathologie	Corrélation importante avec une affection psychiatrique	Corrélation faible avec une affection psychiatrique
------------------	---	---

Tableau de comparaison entre les populations de suicidés et de suicidants

D'après DE CLERCQ et All

3- Causes du suicide :

Les différentes études sociologiques effectuées dans divers pays industrialisés tentent d'établir les causes des suicides.

Ces dernières semblent varier d'un pays à l'autre. Bien sur, même dans un pays donné, les causes restent très variables et appartiennent à l'histoire personnelle.

Au japon par exemple, il semblerait que l'échec scolaire soit vécu avec une très forte douleur, qui peut devenir inacceptable. Dans cette société matriarcale, ou les mères ont souvent un rôle sévère, l'échec scolaire de l'adolescent rend sa situation familiale dramatique et irrécupérable. Cela, souvent ne permet pas de vivre.

Ce danger est accentué par le fait que, dans ce pays, le suicide est valorisé et considéré comme un acte héroïque.

Dans d'autre pays, la modification des structures sociales et le passage brutal d'un type de culture à un autre, de structure sociale

radicalement différente, pourrait expliquer l'accroissement rapide du nombre de suicide chez les adolescents.

Au Etats-Unis, les chiffres semblent montrer que le taux de suicide est plus élevé dans les familles éclatées et dans les familles à forte mobilité. Par ailleurs le suicide semble plus fréquent chez les personnes qui consomment de l'alcool ou de la drogue.

Plus globalement, l'angoisse face aux exigences de la vie (problèmes scolaires, difficulté de trouver un idéal dans une société difficile et dure) semble favoriser cette fuite ⁽⁸⁾.

3-1 Chez les adolescents :

Il représente la deuxième cause de décès après les accidents, provoque un décès sur deux entre 15-24 ans, et toucherait trois fois plus les garçons que les filles :

- Echech scolaire ou sentimental.
- Inquiétude pour l'avenir, difficultés matérielle ⁽⁹⁾.

Pour F.Ladame, l'adolescent suicidant vit tout à la fois un nouveau principe de réalité, conséquence de la puberté et le maintien de l'omnipotence infantile.

La situation est intenable du fait des perceptions incestueuses et meurtrières

(parricides) qui ne sont pas apaisées par l'accession à la reconnaissance de la finitude qui manifeste le renoncement acquis de l'omnipotence. L'adolescent vise la destruction de son corps sexué mais, du fait du clivage lié au déni de réalité, il maintient l'image idéalisée de son corps impubère, nourrie d'omnipotence.

Vis-à-vis de cette tendance au clivage, l'acte suicidaire manifeste le maintien d'un conflit et l'échec d'une solution perverse.

En ce sens, la tentative de suicide pourrait inciter à encourager une tentative thérapeutique à l'origine d'un réaménagement du moi que la solution perverse, elle, ne permet pas ⁽¹⁰⁾.

3-2 Chez les personnes âgées :

Les conduites suicidaires augmentent et seront favorisées par :

- La maladie somatique invalidante, la dégradation du statut social.
- La pauvreté et la restriction des liens affectifs (solitude, veuvage).
- Au cours des maladies mentales.

Dans la mélancolie, le suicide est fréquent est redouté. Le meurtre de soi et le meurtre de l'autre, intériorisé, qui, dans les stades précoces du développement libidinal, est confondu avec un moi encore peu élaboré (11).

3-3 Chez les schizophrènes et les psychopathes :

Le suicide existe également ainsi que dans les psychoses chroniques avec délire, hallucinations.

Le psychopathe se suicide au cours des accès impulsifs qui le caractérisent, et les toxicomanes et alcooliques chroniques ne sont pas exempts de cette destruction d'eux-mêmes.

Les déments, et les épileptiques sont des sujets moins exposés au suicide ⁽¹²⁾.

4- Psychopathologie du suicide :

La conduite suicidaire peut reconnaître différentes motivations, il peut :

- Etre un moyen d'éviter les situations jugées intolérables.

- Constituer le retournement contre soi d'une agressivité qui ne peut être exercée contre un tiers.
- D'agir d'une revendication, d'un chantage à l'égard d'un entourage qui devra assumer la culpabilité, que le sujet aura ainsi déclenché.
- Etre un message désespéré, un appel qui ne peut être entendu.

Hors de toute organisation pathologique, le suicide est le meurtre d'un soi qui ne correspond plus au je, qui pour charge de l'actualiser dans l'espace et la durée, en fonction de désirs et de projets qu'il assume. Se tuer revient à tuer en soi, l'autre, imaginaire, qui constitue le socle de notre narcissisme.

Haim(1970) considère que l'incapacité de certains adolescents à faire le deuil des objets parentaux est à l'origine des suicides.

Cette dépendance elle-même est insupportable et le suicide est aussi un refus de se soumettre passivement à l'attraction familiale ⁽¹³⁾.

Quelles que soient ses motivations et ses finalités, le suicide est toujours le meurtre ou l'assassinat d'un soi rejeté.

Certains psychanalystes comme M.Lauffer et J.Guillaumin ont envisagé l'acte suicidaire comme moment psychotique ou position psychotique, non pas au sens psychiatrique que prend ce terme, mais du fait d'un fonctionnement particulier de l'appareil psychique.

La discussion entre les deux points de vue, celui de M.Laufer et celui de J.Guillaumin ne manque pas d'intérêt puisqu'elle permet de s'orienter vers deux directions différentes.

M.Laufer se centre sur les contenus inconscients et à partir de quoi, il évalue des critères de gravités qui le fondent à exiger un protocole thérapeutique très précis.

J.Guillaumin envisage que la vie psychique est expulsée du fait, non pas de la peur des désirs qu'elle représente au sujet, mais bien plutôt de l'horreur du vide et du manque à pouvoir représenter.

Cette horreur intrapsychique est génératrice de violence mortifiée. Cette violence est alors du registre du besoin et non plus du désir. Le travail de J.Guillaumin rejoint celui d A.Green qui envisage l'angoisse majeure de la perte de signification comme bien plus importante dans ces circonstances que l'angoisse de castration ou de séparation. Le suicide est l'effondrement d'une double limite entre dedans et dehors et limite entre les instances psychiques⁽¹⁴⁾.

5- Prévention :

La médiation d'un tiers et notamment d'un psychothérapeute dans une psychothérapie familiale ou individuelle est essentielle.

Les structures sociales, et tout particulièrement les enseignants, les éducateurs, les travailleurs sociaux, peuvent également jouer un rôle important à cet égard. Dans ce domaine comme dans bien d'autres, il faut nommer la souffrance et non pas la masquer. C'est le rôle de la thérapie.

Il faut aussi accepter de parler avec franchise de la mort. Je pense par exemple à ces parents, qui, constatant le suicide, ou même la tentative de suicide de l'un de leurs enfants, préfèrent souvent inconsciemment masquer cela comme un accident.

On constate souvent chez les adolescents suicidaires une attitude de repli, de prostration qui peut s'inscrire dans un contexte d'indifférence. Cette attitude est à l'opposé de la situation conflictuelle. De ce fait, une triple évaluation, somatique et psychologique et sociale doit être réalisée. Une équipe pluridisciplinaire devra être mobilisée pour le diagnostic et l'approche thérapeutique actuelle et ultérieure ⁽¹⁵⁾. Pommereau(1996) a décrit l'intérêt et la difficulté des entretiens avec des suicidants à leurs réveil, et qui permettent souvent l'acceptation de rencontres ultérieures.

Il a montré aussi l'intérêt de disposer d'une unité de soin spécialisée qui accueille pendant une à deux semaines les adolescents ayant fait une tentative de suicide ⁽¹⁶⁾.

Le conflit dans une famille, peut être violent. Il peut provoquer une véritable panique, mais s'il a lieu, c'est que les parents expriment des exigences.

C'est maladroit, mais c'est le contraire de l'indifférence. Cela prouve que l'on souhaite le bien de ses enfants. C'est donc malgré tout une preuve d'amour, ces conflits vécus peuvent aider à résoudre des conflits internes plus complexes et plus profonds.

Le dialogue est plus facile avec les adultes extérieurs, si ceux-ci savent garder leurs rôles d'écoute et de respect, car il faut savoir garder les secrets. Quant au système social, il serait nécessaire de développer encore les écoutes téléphoniques, effectuées par des personnes qui connaissent les difficultés de l'adolescence et peuvent être attentifs ⁽¹⁷⁾.

Afin de bien éclaircir le suicide comme phénomène, nous préférons mettre le voile sur les manifestations dépressives et leurs importances, car elles consistent le stade introducteur du suicide et de la tentative de suicide.

Il y'a plus de 12 ans que nous travaillons sur le thème du suicide en Algérie, et nos constats déterminent le rôle primordial des épisodes dépressives dans le suicide.

Alors, nous estimons essentiel, de voir l'impact de la dépression à l'adolescence et sa relation avec le suicide.

6- L' adolescence et la dépression :

La notion de dépression chez l'adolescent est reconnue par tous les praticiens . Et si chacun s'accorde à reconnaître son existence, sa symptomatologie reste encore mal connue.

Deux courants de pensées tendent à s'opposer, ceux qui considèrent que la dépression revêt à cette période de la vie une symptomatologie spécifique, en insistant notamment sur les aspects comportementaux (fugue, passage à l'acte hétéro- ou auto agressif, en particulier suicide, toxicomanie, etc.) qui pourraient masquer la

symptomatologie pure, et ceux qui considèrent qu'au contraire les symptômes dépressifs à l'adolescence sont proches de ceux rencontrés chez l'adulte.

La première position est soutenue par des auteurs qui pensent que la dépression n'est pas rare à l'adolescence par rapport aux autres troubles psychiatriques bien déterminés, mais que cette dépression s'exprime à cet âge essentiellement sous la forme d'équivalents. Selon les auteurs plusieurs conduites considérées comme des équivalents dépressifs sont répertoriées.

En ce qui concerne l'adolescence, on distingue deux situations :

- soit certaines conduites ou certains comportements sont fréquemment associés à une dépression comme le montre l'existence, lorsqu'ils sont soigneusement recherchés, des signes caractéristiques de cette entité nosographique (tristesse, ralentissement psychomoteur, diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir dans toutes ou presque toutes les activités, diminution de l'appétit et du temps de sommeil, fatigue ou perte d'énergie, sentiment d'indignité ou de culpabilité) ; mais ceux-ci ne prennent pas le devant de la scène au détriment de ces comportements ou de ces conduites beaucoup plus apparents parce qu'exprimés ou manifestés par l'adolescent ou retenus par l'environnement ;
- soit ces conduites et ces comportements ainsi que les signes dépressifs soigneusement recherchés sont présents, mais l'adolescent dénie ces derniers : ils ne sont donc pas repérables manifestement par l'examen clinique ou par l'entretien surtout lorsqu'il s'agit de la

première rencontre avec l'adolescent. Ils ne peuvent être que suspectés grâce à l'expérience du clinicien ou appréhendés secondairement grâce à une relation de confiance qui s'établit entre ce dernier et l'adolescent. La seconde position soutient l'idée que la dépression dans sa forme caractéristique, telle qu'elle peut donc être diagnostiquée chez l'adulte et dont nous venons d'énoncer brièvement les symptômes essentiels, est beaucoup plus fréquente à l'adolescence qu'il est habituel de le dire. Les études épidémiologiques sur une population générale confirment ce point de vue. Nous pouvons par exemple citer celle de Lévy et coll⁽¹⁸⁾.

7- Les types de dépression :

7-1 Menace dépressive :

Il s'agit d'une organisation qui n'est ni la crise d'adolescence telle qu'elle a pu être décrite par Kestemberg qui recouvre en fait le processus d'adolescence normal avec ses avatars habituels liés en particulier au travail de deuil caractéristique de ce processus, ni l'envahissement de l'ensemble de la personnalité par l'organisation dépressive décrite ci-dessus, ne laissant plus aucune place à toute autre modalité de fonctionnement. Cette organisation dite " menace dépressive " (Braconnier, 1989) associe toujours deux représentations angoissantes, celle d'une séparation d'avec les objets parentaux et celle d'une liaison avec un nouvel objet sexuel.

Mais en raison de facteurs liés à des aspects situationnels et personnels rentrant en résonance, ces deux représentations deviennent

d'une conflictualité telle que le danger représenté pour le moi par l'une et par l'autre et plus encore par leur conflictualité amène le sujet à ressentir un sentiment de débordement et par là même de risque d'impuissance et de renoncement dans lequel l'investissement d'objet et la libido sexuelle sont menacés d'être supplantés par l'investissement narcissique et l'agressivité retournés contre le sujet.

A cette organisation psychopathologique, correspond un syndrome clinique se manifestant par l'apparition plus ou moins brutale d'une appréhension ou même d'une terreur intense de se sentir envahi par la tristesse, le cafard et les idées suicidaires. La perturbation prédominante de ce trouble est une anxiété aiguë ou subaiguë dont la caractéristique essentielle est la crainte non pas d'un objet, d'une situation ou d'une activité spécifique, mais la crainte de se sentir envahi par un affect dépressif dont certains éléments peuvent du reste surgir par moments mais ne persistent jamais plus de quelques minutes à quelques heures.

Les symptômes le plus souvent ressentis sont un sentiment de tension psychique et physique, accompagné de façon variée de troubles neurovégétatifs habituellement ressentis dans les états anxieux aigus : dyspnées, palpitations, douleurs ou gênes thoraciques ou abdominales, sensations d'étouffement, impressions d'évanouissement..

7-2 Dépression d'infériorité :

Ce type de dépression constitue une forme caractéristique au cours de l'adolescence. La baisse de l'estime de soi et le sentiment

d'infériorité qui s'ensuit sont communs à toute dépression, quel que soit l'âge. Mais les aléas de l'estime de soi à l'adolescence rendent les sujets de cet âge particulièrement vulnérables à ce type de dépression. Elle se caractérise par un ensemble de sentiments dit " d'infériorité " liée à un domaine particulier, scolaire ou physique par exemple, ou à l'ensemble de la personnalité. A ce sentiment s'associent le plus souvent le sentiment de ne pas être aimé ou apprécié et un désinvestissement objectal qui se traduit par un désintérêt extérieur ou une recherche dans le monde extérieur orientée essentiellement vers la preuve de leur valeur.

Nous sommes évidemment ici dans une problématique essentiellement narcissique, l'unique conflit résidant dans l'impossibilité pour ces sujets de réaliser les exigences idéales qu'ils se donnent. Ces exigences idéales prennent souvent une forme mégalomaniacale, elle-même semblant venir combler une menace de perte d'identité (19).

7-3 Dépression d'abandon :

Considérée par Masterson comme la cause du syndrome " borderline ", la dépression d'abandon est évoquée d'emblée face à un adolescent dont l'expression symptomatique est dominée par le passage à l'acte hétéro- ou auto agressif.(20)

Si tous les adolescents réagissant essentiellement par des passages à l'acte ne présentent pas ce type de dépression, une attention toute particulière peut être portée chez tout adolescent passant à l'acte lorsque cette conduite est empêchée par un processus quelconque. En

effet, à ce moment, chez un certain nombre, apparaît une dépression où les sentiments d'abandon, de vide et les souvenirs de séparation traumatiques sont évoqués.

Ce sont ces mêmes adolescents qui, pour Masterson, ont présenté un syndrome " borderline " basé sur l'intensification des défenses contre la seconde individuation-séparation, seule ou combinée avec une séparation effective au début de leur adolescence ou même en période pubertaire. Nous retrouvons ici une explication psychopathologique de certains " actings " considérés comme équivalents dépressifs (prise de drogue ou de nourriture excessive, relations homosexuelles ou hétérosexuelles désordonnées, relation d'agrippement, etc.) qui ont pour fonction de remplir ce vide évoqué précédemment. Cette dépression d'abandon s'observe volontiers chez les adolescents dont l'histoire révèle des carences précoces de soins maternels.(21)

8- Syndrome dépressif et principes du traitement : le syndrome dépressif nécessite avant tout d'en faire le diagnostic et de prévenir le risque suicidaire. Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes dépressifs et leurs répercussions sur le fonctionnement quotidien de la personne. Et la prise en charge immédiate et, à plus long terme, étroitement liée à l'étiologie du syndrome dépressif.

Le diagnostic du syndrome dépressif comprend trois axes : L'humeur dépressive à différents degrés, le ralentissement cognitif et moteur à différents degrés et les perturbations organiques (appétit, sommeil, TA, transit intestinal). La dépression peut revêtir multiples facettes en

fonction du contexte : selon le début(progressif ou brutal), selon le terrain(enfant, adolescent, adulte, personne âgée), selon l'intensité de la dépression(légère,sévère), selon les symptômes associés(dépressions :confuse, anxieuse, stuporeuse, atypique). Et à la fin, le traitement est basé sur : les antidépresseurs (au moins 06 mois de traitement), et dans certains cas on utilise les thymorégulateurs ou les antidépresseurs au long cours, le traitement de l'origine de la dépression (dépression secondaire) et la psychothérapie de soutien. ⁽²²⁾

.9-Formes cliniques de la dépression :

9-1 Dépression psychogène : existence d'une cause déclenchante (deuil, rupture, échec professionnel), anxiété au premier plan, ralentissement psychomoteur absent ou peu présent, absence d'idées d'incurabilité et l'auto dévalorisation est moins marquée. On peut remarquer que la dépression névrotique est une forme de dépression psychogène (un facteur déclenchant favorise la survenue d'un état dépressif chez un névrotique). A différencier d'une dépression secondaire (survenue d'un état dépressif au cours d'une phase aigüe de névrose, ex : état dépressif se greffant chez un individu présentant une recrudescence actuelle de compulsions et d'obsessions).

9-2 Dépression mélancolique : il s'agit d'un syndrome dépressif majeur avec une douleur morale intense, l'anhédonie et l'anesthésie affective sont prépondérantes, le ralentissement psychomoteur est majeur. On peut distinguer la triade mélancolique : indignité (ne mérite plus de vivre, d'être soigné), culpabilité et auto-dévalorisation, incurabilité et désespoir.

9-3 Dépression anxieuse : l'anxiété est au premier plan (angoisse, palpitations, sueurs), des crises d'angoisse aiguës peuvent survenir, et le ralentissement psychomoteur fait place à une agitation anxieuse, et dans ce cas le risque suicidaire est important.

9-4 Dépression stuporeuse : on distingue un ralentissement psychomoteur extrême, parfois éléments catatoniques, le patient est immobile avec un visage figé, mutique et non réactif à l'environnement. En plus, l'incurie et l'absence d'alimentation entraînent une perte de l'autonomie. Et dans ce cas la, la sismothérapie est le traitement de choix.

9-5 Dépression délirante : le médecin remarque des propos du déprimé en désaccord avec la réalité, et les thèmes délirants (prenant pour base les idées de culpabilités, de dévalorisation, de vision pessimiste du futur, de ruine) sont congruents à l'humeur. Les thèmes développés peuvent porter également sur des idées corporelles, avec thèmes de transformation voire de négation d'organes (ex : je n'ai plus de cœur, mes intestins sont bouchés) thèmes d'incurabilité (ex : je suis foutu, on ne peut rien pour moi).(23)

Partie Empirique :

1- Méthode et matériels de la recherche :

Nous avons opté pour une étude qualitative pour arriver à répondre aux questions de notre problématique :

- les causes de la tentative de suicide de l'adolescente algérienne ?

- les aspects de sa personnalité ?

Nous avons choisi la méthode clinique basée sur l'étude de cas, en utilisant l'observation clinique et les entretiens cliniques semi directifs avec nos trois cas, en plus des tests projectifs qui sont le test du Rorschach et le test de Frustration de Rosenzweig.

Les cas de cette recherche sont trois choisis aléatoirement, parmi d'autres cas qui se présentaient au service de réanimation de l'hôpital de Constantine en Algérie, suite à une hospitalisation après un échec du suicide.

Nous avons procédé à l'étude cas par cas, ou nous avons eu des entretiens semi directifs avec chaque cas, en plus des deux tests projectifs que nous avons passer à chacune.

Après avoir terminé, nous avons analysé le contenu des entretiens, en plus des résultats obtenus des tests.

Il faut mentionner qu'il existe plusieurs facteurs qui entraînent le tentative de suicide, mais nous avons choisi les plus important en se basant sur :

- spécificité de la société algérienne.
- L'implication du chercheur et son expérience pratique sur le terrain.
- Nature des cas : adolescente après un échec sentimental.

2- Résultats :

2-1 Présentation des Cas :

La population concernée sont des adolescentes suicidaires après un échec sentimental. trois cas choisi aléatoirement :

1^{er} cas : age : 19 ans sexe : féminin
Niveau : 03 année secondaire 02eme d'une fratrie de 03
enfants.

Père : commerçant mère : sans profession

Trois tentative de suicide en utilisant les médicaments

02eme cas : age : 18 ans sexe : féminin
Niveau : 03 année secondaire 02eme d'une fratrie de 05
enfants

Père : infirmier mère : infirmière

Une seule tentative de suicide en utilisant les médicaments

03eme cas : age : 20 ans sexe : féminin
Niveau : 02 année secondaire 03eme d'une fratrie de 04
enfants.

Trois tentative de suicide en utilisant les médicaments.

2-2 Analyse de contenu des entretiens:

Après avoir eu des entretiens avec nos cas, nous avons procédé à l'analyse du contenu de ces entretiens.

Les hypothèses de travail :

- l'échec sentimental entraîne une tentative de suicide.
- L'échec de la socialisation entraîne une tentative de suicide.

- Les manifestations négatives de la crise de l'adolescence entraînent une tentative de suicide.

Afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous avons choisi l'étude de cas comme moyen d'investigation se composant de l'observation clinique, l'entretien clinique et les deux tests projectifs (Rorschach et frustration)

A partir de nos hypothèses, nous avons pu avoir des catégories, et à partir de ces dernières nous avons retiré des unités comme le montre le tableau suivant :

Catégories	Unités	Fréquence de l'unité	% d'unité	% De catégorie
Echec sentimental	- Défauts du partenaire	<i>20</i>	<i>15.74</i>	<i>33.85</i>
	- Fausses connaissances	<i>16</i>	<i>12.50</i>	
	- Rôle passif de la mère	<i>07</i>	<i>05.51</i>	
Echec de la socialisation	- Echec de la relation avec la mère	<i>15</i>	<i>11.81</i>	<i>35.42</i>
	-Absence de communication	<i>12</i>	<i>09.44</i>	
	- Relations	<i>18</i>	<i>14.17</i>	

	restreintes			
Problèmes de la crise d'adolescence	- Anxiété	10	07.87	30.70
	- Image négative de soi	09	07.08	
	- Mauvais regard envers les autres	20	15.74	

Tableau d'analyse de contenu

Le tableau démontre l'influence des trois facteurs qui peuvent être derrière la tentative de suicide chez l'adolescente algérienne.

L'influence de chaque un des facteurs varie entre 30.70 % jusqu'à 33.85 % puis 35.42 %, il n'y a pas de différence significative.

On se qui concerne les unités de chacune des catégories, on remarque que la 01^{ère} unité et la 03^{ème} de la première catégorie sont plus significative 15.74 %

Ensuite la 03^{ème} unité de la deuxième catégorie avec 14.17 %.

Les autres unités avaient moins d'influence, entre 05 % et 07 %.

2-3 Discussion :

Après l'étude de ces cas, les résultats acquises sur le terrain démontrent qu'il y'a des facteurs communs qui peuvent être derrière la tentative de suicide chez l'adolescente algérienne.

Nous avons démarrés de trois hypothèses afin d'étudier les causes de la tentative de suicide :

01ère hypothèse : l'échec sentimental est un facteur de suicide chez l'adolescente algérienne.

02 éme hypothèse : l'échec de la socialisation est un facteur de suicide.

03 éme hypothèse : l'adolescence comme crise (ses problèmes physiologiques, psychologiques, et sociologiques) est un facteur de suicide.

On a pu confirmer ses hypothèses en utilisant l'observation clinique, en plus l'analyse des entretiens ou les pourcentages obtenus ont été clairs.

Les deux tests projectifs ont servis comme détecteurs des aspects de la personnalité de ses cas suicidaires.

Suite à l'utilisation du test de frustration de Rosenzweig, nous avons obtenu quelque chose de commun chez les trois cas, c'est le non conformisme au groupe.

Ces adolescentes refusent catégoriquement les critères de la société, elles se sentent prisonnières de la société, et elles veulent se libérer. L'agressivité se dirige vers l'intérieur, vers le soi considéré comme un soi négatif, incapable de procurer l'harmonie.

L'adolescente algérienne cherche l'identité perdue suite à un échec sentimental, elle s'est trouvée prisonnière d'idées dépressives et de chantage.

En plus du rôle négatif des parents, qui n'arrivent pas à communiquer avec leurs enfants dans cette phase difficile, car ils ignorent complètement les difficultés qu'endurent leurs enfants.

Le professeur Bensmail. B le doyen des psychiatres algériens, considère que l'adolescence dans la culture maghrébine n'est pas une période longue, c'est un point de transition et de changement du statut social ⁽²⁴⁾.

Le test du Rorschach avait donné des résultats aussi importants, citant le fond d'angoisse chez nos cas, en plus d'un bon contrôle de l'affectivité avec une intelligence moyenne.

On a constaté la prédominance de réponses détails nombreuses, signe d'envie de contact avec autrui, chose qui n'est fréquent chez nos cas.

Ces adolescentes crient en cherchant de l'aide, en espérant trouver quelqu'un de confiance à qui on peut divulguer les secrets.

Le test avait aussi démontré l'opposition manifestée par les cas envers le monde extérieur, et leurs égocentrisme avec des tendances vers l'extérieur de temps à autre, parce que le type de résonance intime TRI était « introversive ».

Les points névralgiques :

- Observations symétriques : absence de confiance en soi

- Réponses couleurs rouges : agressivité à la p02.
- Réponses dbl : opposition au monde extérieur.

L'analyse clinique de nos cas avait montré des manifestations dépressives, dans le but de se venger du milieu extérieur qui n'a pas pu comprendre les demandes de ses filles, et dans ce sens Widlocher.d décrit la dépression comme un deuil, une réponse suite à une expérience d'un objet perdu mais d'une manière différente. (25)

On peut dire que le profil psychologique de l'adolescente suicidaire en Algérie se dessine autour des points suivants :

- Anxiété latente.
- Intelligence moyenne.
- Non conformisme.
- Agressivité vers l'intérieur.
- Chantage et épisodes dépressives.

Suite aux résultats, nous avons pu toucher quelque aspects de la personnalité de l'adolescente algérienne suicidaire suite à un échec sentimental, et on lance un appel aux parents tant que psychologues : il faut s'occuper plus de nos enfants adolescents et donner leurs la chance de s'exprimer, car c'est en communiquant qu'on peut avoir nos enfants à nos cotés, et non pas en les négligeant.

Conclusion :

L'adolescence est une phase critique du développement que les spécialistes et les parents doivent contribuer afin d'affronter ses répercussions.

Et parler de cette phase, nous mène directement vers les principaux problèmes qui peuvent déstabiliser l'harmonie du développement d'un adolescent.

Le suicide est un des fléaux social qui a secoué la société algérienne ces dernières années avec son intensité et sa cruauté comme le montre les récentes statistiques.

Le jeune adolescent sans force, incapable de se confirmer tout en cherchant une identité imaginaire, se retrouve piégé dans des épisodes dépressives marquées par l'angoisse, l'isolement, le manque de l'estime de soi et la dévalorisation. Il cherche l'issue de cette situation désespérée, cette situation lamentable qui a perduré.

Mettre une fin à ces jours c'est la solution que voit cet adolescent délaissé par ces parents, ces derniers qui le négligent par le manque de communication.

Pour cela les familles et surtout les parents sont appelés à réunir leurs enfants et les protéger de tous les dangers, afin de garantir le développement idéal de la personnalité, et afin de protéger aussi la société.

❖ **Références:**

- (1) Bloch.henriette et coll (2000) : *Grand dictionnaire de la psychologie*, Larousse, France p 911.
- (2) Godfryd.michel (1992) : *Vocabulaire psychologique et psychiatrique*, Puf p 114.
- (3) Sillamy.norbert (1993) : *Dictionnaire Usuel de psychologie*, Bordas, Paris, P 653.
- (4) Doron.roland-Parot.francoise (1991) : *Dictionnaire de psychologie*, p 657
- (5) Kipman.simon-daniel et coll (2005) : *Dictionnaire critique des termes de psy
Chiatrie et de santé mentale*, Groupe liaisons SA
France p 391.
- (6) Revel.serge- Lacomme.c (2005) : *PSY Dictionnaire pratique et thematique*,
Ellipses Edition Marketing SA P 358.
- (7) Olié.j.p-Gallarda.t-Duaux.e(2000) : *Le livre de l'interne psychiatrie*, Flammarion
Médecine Sciences, France p 146.
- (8) Spitz.christian(1994) : *Questions d'adolescents*, Editions Odile Jacob, p 89
- (9) Revel.serge- Lacomme.c .Op-cit , P 358.
- (10) Arnoux.j.dominique(1999) : *La dépression à l'adolescence*, Inpress Editions
Serge et France perrot, editeurs, France p 80.
- (11) Revel.serge- Lacomme.c .Op-cit, P 359.
- (12) Revel.serge- Lacomme.c.Op-cit, P 359.

- (13) Despinoy.maurice(2002) : **Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent**, Armand colin Editeur, Paris p 153
- (14) Arnoux.j.dominique.Op-cit, p 80
- (15) Revel.serge- Lacomme.c .Op-cit, P 359
- (16) Despinoy.maurice.Op-cit, p 154
- (17) Spitz.christian.Op-cit, p 92
- (18) Levy. jc, Deykin. Ey(1989) : **Suicidality, depression, and substance abuse in_adolescence**. A.m J Psychiatry p 146.
- (19) Braconnier. A, Ferrari. P (1976) : *Moment dépressif chez les adolescents présentant une organisation névrotique phobique ou obsessionnelle*. Rev Neuropsychiatr Infant, pp 329-349.
- (20) Masterson. J.(1989) : **Les troubles limites de la personnalité chez l'adolescent**. Diagnostic et traitement. In : Braconnier A ed. *Conflictualités*. Ctnerhi, Paris. pp 49-58
- (21) Mazet. Ph, Sibertin-Blanc. D(1976) : **Dépression de l'adolescence et carence précoce de soins maternels**. *Rev Neuropsychiatr Infant* p 309-318
- (22) Gasman.I(2008) : **Psychiatrie de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant**. Editions Vernazobres-Grego, Paris, P 385
- (23) Gasman.I. *Op-cit*,p 391.
- (24) Bensmail.belkacem(1988) : *La psychiatrie aujourd'hui*, O P U Alger p 184.

⁽²⁵⁾ Boucebci.mahfoud(1984) : *Maladie mentale et handicap mental*, Entreprise Nationale de livre, Alger p 82.