

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CONDUITES SUICIDAIRES A MADAGASCAR

par

D. ANDRIAMBAO, F. RAJAONERA, A. RAKOTOBÉ
et R. RAMAROJAONA (1)

Acte essentiellement auto-agressif, la conduite suicidaire est aussi un comportement antisocial, car déclenche dans la mentalité malgache des réactions allant de la pitié à la condamnation.

Elle était encore rare il y a une dizaine d'années et paraissait être le fait d'événements douloureux de l'existence (déception sentimentale, honte dans la famille, etc.). La presse d'alors parlait de temps en temps de suicide à deux, ou même collectif. Les moyens utilisés étaient de 2 ordres :

- la noyade volontaire, en particulier dans les lacs de Mantasoa et de Tritriva ;
- l'absorption de doses massives de chloroquine.

Actuellement, bien qu'elles soient rares sur les Côtes de Madagascar, les conduites suicidaires ont acquis une fréquence inquiétante sur les Hauts-Plateaux (Tananarive et ses environs).

Notre étude a porté sur 168 cas d'actes suicidaires observés au cours de l'année 1972, dans le service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Général de Tananarive (en moyenne 1 acte suicidaire tous les 2 jours). Nous sommes certains que le nombre réel des conduites suicidaires avec ou sans issue fatale est beaucoup plus élevé, compte tenu de la discrétion des familles à les déclarer comme telles et à cause des conséquences sociales et juridiques qui peuvent en résulter.

(1) Service de Neuro-Psychiatrie - Hôpital Général de Tananarive.

Ann. Univ. M/car, Méd. et Biol. No. 18-19, 1974.

Quelques points particuliers nous ont paru dignes d'intérêts dans cette étude :

1/ ASPECTS ETIOLOGIQUES

1) **l'âge** : Les conduites suicidaires ont été plus souvent constatées entre l'âge de 14 et de 43 ans, avec un maximum de fréquence autour de 17 ans chez les femmes et de 24 ans chez les hommes.

L'absence ou la rareté des conduites suicidaires après l'âge de 45 ans nous paraît résulter de l'importance de la fusion de l'individu adulte ou âgé - donc respecté - dans la communauté : celui-ci n'a guère conscience de sa qualité d'individu, "il n'existe qu'en tant que maillon d'un réseau collectif et de la lignée." (Collomb).

2) **Sexe** :

Dans notre série, nous avons compté 28 hommes pour 140 femmes.

3) **Origine ethnique des suicidants**

- 158 suicidants viennent de Tananarive et de ses environs.
- 10 seulement viennent de l'ensemble des régions côtières de Madagascar, parmi les familles aisées.

4) **Statistiques des conduites suicidaires**

Sur les 168 cas étudiés nous avons relevé :

- 7 cas de suicides effectifs, dont 3 masculins et 4 féminins. Il apparaît nettement que leur nombre est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, surtout après l'âge de 20 ans.
- 155 cas de tentatives de suicide dont 23 masculins et 132 féminins : elles apparaissent plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes dans le groupe d'âge constaté (entre 14 et 43 ans).
- 4 cas d'idées de suicide, constatées surtout chez des femmes de plus de 30 ans.
- 2 cas d'auto-mutilation, chez des individus du sexe masculin.

5) **Moyens utilisés**

Ils sont de plusieurs ordres :

. L'usage de la chloroquine vient en tête. La campagne intensive de nivaquinisation dans la lutte antipalustre explique la facilité avec laquelle on peut se procurer ce produit dans certaines collectivités. Nous avons recensé en 1972, 144 cas d'intoxication par des doses allant de 1 à 3g de chloroquine dont 3 cas d'association avec des barbituriques (gardéna) et 4 cas d'association avec

des boissons alcoolisées (cette dernière association a actuellement tendance à augmenter chez les femmes, surtout dans un but abortif).

- . Les barbituriques (optalidon et gardéнал) représentent 7 cas.
- . Les autres moyens sont plutôt bizarres :
 - absorption de lotion antipsorifique (ascabiol) : 2 cas
 - absorption de produits domestiques raticides (antivitamines K) : 1 cas
 - absorption du contenu des piles Wonder : 3 cas
 - absorption d'allumettes : 4 cas
 - absorption d'acide sulfurique : 1 cas.

Nous remarquons l'absence actuelle de l'usage d'armes à feu et de la pendaison. Des cas de défénéstration ont été relevés dans la presse.

II/ IDENTIFICATION DES GROUPES EXPOSES

Notre étude a permis de nous faire une certaine idée de groupes d'individus exposés aux conduites suicidaires :

1) Les adolescents et les jeunes : 64 cas

. C'est dans ce groupe que nous avons identifié le plus de moyens médicamenteux (nivaquine, barbituriques) et de moyens bizarres.

. Ce sont des tentatives de suicide sans issue fatale qui se sont révélées les plus fréquentes, surtout chez les filles. Les problèmes personnels et familiaux figurent apparemment parmi les causes essentielles de ces conduites.

. Il s'agit souvent de jeunes qui ont connu dans leur enfance les problèmes d'une famille désunie. Désunion souvent provoquée par la démission des chefs d'une famille nucléarisée, celle-ci continuant bien souvent à assumer le rôle dévolu à la famille élargie ; car les liens familiaux évoluent moins vite que les structures familiales, même devant les exigences de l'urbanisation et de la cherté de la vie. Désunion également facilitée par le relâchement des codes familiaux traditionnels dans les milieux surpeuplés (des villes et des centres industriels).

. Il s'agit également de jeunes élèves notamment, qui sont à la fois rejetés par l'école et la famille, ne faisant pas partie du contingent brillant auquel certains enseignants limitent leur attention.

. Il apparaît que la plupart de ces jeunes qui attentent à leur vie n'obéissent pas à un désir affirmé de mourir, mais se trouvent pris au piège d'une situation familiale conflictuelle sans issue. Ils ont alors recours à la tentation suicidaire dans le but de modifier cette situation.

Une modification transitoire de cette situation s'est opérée au cours des événements de mai 1972 (de mai à octobre 1972), lesquels ont beaucoup amoindri l'autorité familiale ; nous avons enregistré durant cette période très peu de conduites suicidaires.

. L'instabilité et l'immaturité psycho-affective nous ont paru fréquentes dans ce groupe.

2) Les malades mortaux

2.1. Les déprimés

- Nous n'avons pas encore eu affaire, ainsi que nous l'avons affirmé dans un de nos travaux, à la dépression endogène.

- Nous ne nous étendrons pas, sur le débat classique opposant l'état dépressif réactionnel à l'état dépressif névrotique

2.1.2 Dépression réactionnelle : 4 cas

Il nous a paru utile, pour la clarté de notre travail, de considérer comme réactionnels, les états dépressifs survenus après des traumatismes psychologiques intenses (honte dans la famille : 1 cas, échec d'une relation interpersonnelle : 2 cas, et difficulté financière : 1 cas). Ils ont eu lieu chez 2 hommes et 2 femmes, non mélancoliques, mais chez lesquels le désir de mourir était très intense et a abouti à la mort (intoxication à la chloroquine) malgré les soins de réanimation à notre disposition.

2.1.3. Etats dépressifs névrotiques : 86 cas.

- 4 cas d'idées de suicide sont survenus chez des femmes de plus de 30 ans dont la relation interpersonnelle a été perturbée. L'état dépressif n'a pas été marqué de remords comme dans le précédent groupe, mais n'exclut pas le développement ultérieur d'un raptus anxieux laissant au hasard le soin de décider si ces déprimées névrotiques devaient mourir ou non.

- 56 cas tous féminins dont 2 mortels, par absorption de doses massives de chloroquine, ont été enregistrés, au cours des décompensations asthénico-anxieuses d'une névrose d'anxiété ; la plupart de ces paroxysmes anxieux ont été favorisés ou déclenchés par des conflits affectifs, et accompagnés d'une crise tétanique avec signe de Chvostek. Dans ce groupe, la plupart des conduites suicidaires ont affecté la forme structurale de la névrose sous-jacente ; mais nous voudrions insister que dans 2 cas, elles ont été largement dépassées et ont abouti à la mort.

- Dans les 26 cas restants, 22 ont été constatés chez des alcooliques incapables de se passer d'alcool au cours de leurs moments dépressifs (20 hommes et 2 femmes).

2.1.4. Etats dépressifs chez les psychopathes : 3 cas

Nous en avons isolé 3 cas, de surcroît alcooliques, (dont 1 cas masculin ayant abouti à la mort) ; les conduites suicidaires se sont produites au cours des réactions auto-agressives, certes récidivantes, mais entretenues par l'énervement : leur situation de parasite n'a plus été tolérée.

2.2. Les états schizophréniques : 11 cas

- 2 cas de tentatives d'auto-mutilation ont été constatés chez des schizophrènes connus et suivis en post-cure dans le service.

- les 9 autres cas ont été observés chez des jeunes contestataires du mois de Mai 1972, et que nous avons pris au début comme instables et immatures. Mais la découverte des expériences délirantes d'influence et aussi de persécution au cours des récives de conduites suicidaires nous a permis, entre autres signes cliniques et évolutifs, de parler de syndrome dissociatif.

III. - LES ASPECTS THERAPEUTIQUES

Notre étude a concerné uniquement les cas observés dans notre service en 1972, et n'a pas pu refléter l'ampleur exacte du problème ; mais déjà nous insistons sur :

i. Les difficultés thérapeutiques

Elles sont liées à l'insuffisance de nos moyens d'action (personnel spécialisé en Santé Mentale, Service de Santé Mentale, médicaments) et quelquefois aussi au défaut de coordination au sein même de l'Hôpital Général. Nous voyons trop souvent des suicidants admis directement dans notre service, même dans un état d'intoxication grave qui nécessite des soins urgents de réanimation médicale.

2. Les possibilités de prévention

Les mesures que nous avons prises jusqu'ici ont pour objet de prévenir :

a) la mort du suicidant

Dans cette optique, les méthodes doivent être améliorées :

- perfectionnement des techniques de sauvetage actuellement pratiquées à Madagascar (civiles et militaires)

- agrandissement des 2 pavillons de réanimation médicale et post-opératoire (49 lits pour un hôpital de 1 350 lits)

- contrôle de la prescription et de la vente des produits pharmaceutiques, par exemple des antipaludéens de synthèse et des barbituriques.

b) la répétition des tentatives de suicide

Nous soumettons dans les heures qui suivent l'admission à l'hôpital, tous les suicidants à un examen psychiatrique approfondi. Peu de rescapés ont par la suite établi le contact avec notre service pendant les moments de crise, ce qui nous a amené à informer la famille ou d'autres personnes en contact avec le suicidant, du danger de rechute et de l'importance qu'il y a à demander de l'aide à temps.

c) l'apparition du désir de suicide

Elle est basée sur l'identification et la protection des groupes les plus actuellement exposés à Madagascar :

- les jeunes et notamment les enfants des foyers dissociés
- les malades mentaux
- les alcooliques
- les collectivités socio-culturellement désorganisées (des centres urbains et industriels)
- les groupes socialement isolés (personnes seules, divorcées)

d) la première tentative elle-même

Nous continuons d'encourager les malades et la famille à s'adresser au psychiatre quand le besoin s'en fait sentir. Nous souhaitons que l'Enseignement médical à l'Université de Madagascar fasse une place plus grande à la Psychiatrie. Il ne devrait pas exister de médecins praticiens malgaches sans formation psychiatrique.

R E S U M E

A partir de 168 cas de conduites suicidaires observés au cours de l'année 1972 dans le Service de Neuro-Psychiatrie de l'Hôpital Général de Tananarive (Madagascar), les auteurs se sont efforcés d'étudier :

1/ LES ASPECTS ETIOLOGIQUES, en soulignant

- a) leur fréquence actuelle de plus en plus grande, certainement favorisée par les transformations du mode de vie des Malgaches.**
- b) leur répartition plus grande sur les Hauts-Plateaux de Madagascar.**
- c) leur fréquence maximum autour de 17 ans chez les femmes, et 24 ans chez les hommes.**
- d) leur prédominance chez le sexe féminin.**
- e) leur rareté après l'âge de 45 ans, sans doute liée à l'importance de la fusion de l'individu âgé donc respecté dans la communauté.**

f) la fréquence des moyens médicamenteux (la chloroquine vient en tête) et l'absence de l'usage d'armes à feu et de la pendaison.

g) la catégorie des groupes les plus exposés actuellement :

- les jeunes instables et immatures
- les malades mentaux
 - les déprimés - réactionnels
 - névrotiques
 - psychopathiques)
- les schizophrènes.

2/ LES ASPECTS THERAPEUTIQUES, dominés par

a) les difficultés thérapeutiques liées à l'insuffisance des moyens mis à leur disposition.

b) les mesures prophylactiques prises, essayant de prévenir :

- la mort du suicidant
- la répétition des tentatives de suicide
- l'apparition du désir du suicide
- la première tentative elle-même.

BIBLIOGRAPHIE

ASUNI T.

Suicide in Western Nigéria - Brit. Méd. J., 2, 1091, 1962.

ASUNI T.

Attempted Suicide in Western Nigéria - W. Afr. Med. J., 16, 51, 1967.

BLANC M., BOURGEOIS M. et HENRY P.

Tentatives de suicide : aspects séméiologiques (à propos de 500 observations).
Ann. Méd. Psych., 124, 554, 1966.

DESHAIES G.

Psychologie du suicide - P.U.F., 1947.

EY H.

Etudes psychiatriques. Aspects séméiologiques - Tome II, 515 p., 1950.

FINELTAIN L., POULET J. et COCHETON J.J.

Rôle du psychiatre dans un service de médecine générale.
Sem. Hôp. Paris, 48, 24, 1731-1734, 1972.

FINELTAIN L. et POULET J.

Examen et traitement des conduites suicidaires observées dans un service de médecine générale
Indications des consultations individuelles et générales.
Sem. Hôp. Paris, 48, 24, 1735-1738, 1972.

LENDRUM F.C.

A thousand cases of attempted suicide - Amer. J., Psychiat., 13, 479, 1933.

PRUDHOMME Ch.

The problem of suicide - Amer. Negropsychanalytic Revue, 1938, Cité par Deshaies (1947).