CONDUITES AUTO-AGRESSIVES DE L'ADOLESCENT AFRICAIN

A. SYLLA, M. NDIAYE, O. SYLLA, M. GUEYE

Med Trop 2003 ; **63** : 539-543

RESUME • Dans cet article, les auteurs analysent les conduites autoagressives des adolescents au Sénégal. Ils partent de la description de quatre cas cliniques pour montrer le dysfonctionnement familial qui est central dans ce processus, par opposition aux premières descriptions où la faute contre l'honneur du groupe était évoquée. La fragilité de l'adolescent en l'absence d'une initiation structurante est aussi montrée. Ils mettent en évidence l'intérêt d'une intervention systémique dans ces cas.

MOTS-CLES • Conduites autoagressives - Suicide - Automutilation- Toxicomanie - Adolescence - Afrique - Initiation.

SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR IN AFRICAN ADOLESCENTS

ABSTRACT • The purpose of this study was to analyze self-destructive behavior in adolescents in Senegal. Based on four case reports the authors stress the central importance of family breakdown in the process leading to this behavior as opposed to the first descriptions implicating an offense against the honor of the group. The vulnerability of teenagers in the absence of structural initiation is also advanced. Systematic intervention may be recommended in such cases.

KEY-WORDS • Self-destructive behavior - Suicide – Self-mutilation- Drug addiction - Adolescence - Africa - Initiation.

Les conduites autoagressives ont beaucoup évolué en Afrique. La littérature, jusque dans les années 70, faisait encore état de la rareté de ces conduites en Afrique. Collomb (1) expliquait cette rareté par une socialisation de l'agressivité qui est somme toute une caractéristique fondamentale de l'être. Cette socialisation passe par l'introduction d'un tiers assez éloigné, responsable des maladies et des fléaux. Ce tiers immédiat est l'action d'un esprit et, à un niveau plus lointain, est conçu comme un manquement aux règles et aux traditions.

Les conduites autoagressives prédominent à l'adolescence et posent un véritable problème dans le monde. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) fait état d'un taux annuel de mortalité par suicide de 14,5 pour 100 000 habitants dans le monde (2). Dans le groupe des 15 à 44 ans, les blessures auto-infligées sont la quatrième cause de décès et la sixième cause de mauvaise santé et d'invalidité. En Afrique, malgré la rareté des enquêtes épidémiologiques sur le sujet, on peut noter au fil des années une progression des conduites autoagressives surtout chez les jeunes.

On en distingue plusieurs types. Les suicides sont les conduites les plus préoccupantes. Ce sont aussi celles qui ont fait l'objet du plus grand nombre de travaux en Afrique, et nous centrerons notre article sur leur étude. Les toxicomanies et les désertions de l'espace familial constituent des conduites auto-agressives devenues fréquentes, surtout en milieu urbain. Quant aux automutilations décrites par Collomb, elles portaient presque toujours sur le sexe ou sur un doigt, et étaient le fait essentiellement de patients psychotiques (1).

Dans cet article, nous voulons rendre compte des circonstances qui entourent les conduites autoagressives des adolescents au Sénégal. Nous le ferons, après une étude des caractéristiques de ces conduites, en réfléchissant autour de quatre observations d'adolescents qui nous paraissent rendre mieux compte de ces conduites que les chiffres. Nous essayerons de décrire la prise en charge que nous avons mise en place pour mieux impliquer les familles et prévenir ainsi d'éventuelles récidives.

CARACTERISTIQUES DES CONDUITES AUTOAGRESSIVES EN AFRIQUE

En Afrique, les cas de suicide étaient antérieurement surtout décrits chez des adultes mûrs. L'enquête de Collomb en 1974 (3) trouvait que 75 % des suicidants étaient âgés de 20 à 40 ans. Ces suicides étaient liés le plus souvent à un sentiment de honte dû à une faute sociale : accusation de sorcellerie, impuissance sexuelle, avec son corollaire qui est l'incapacité à assurer une descendance, homicide, etc... Les suicides décrits par Collomb (3) étaient presque toujours liés à une faute contre l'honneur. Le sujet recherche la mort pour s'éviter la honte par rapport à sa société.

Un type particulier de suicide a été décrit en Afrique par Jeffreys, le suicide de vengeance ou « *samsonic suicide* » :

• *Travail du Service de psychiatrie (A.S., Maître assistante ; M.N., Assistante chef de dinique ; O.S., Professeur agrégé ; M.G. , Professeur agrégé, Chef de service), CHU de Fann, Dakar-Sénégal*

• *Correspondance : A. SYLLA, Maître assistante, service de psychiatrie, CHU de Fann, BP 5097, Dakar-Fann, Sénégal • E-mail : maindsy@sentoo.sn •*

lors de ce suicide, le sujet qui a subi un affront se donne la mort dans le but de devenir un esprit qui va revenir persécuter son ennemi (4).

Le suicide de chantage a été noté par Diop surtout chez les femmes (5). Ces femmes, par leur acte, recherchaient plus à se faire entendre qu'à mourir. Ces femmes demandaient souvent à leur mari ou à leur belle-famille plus de compréhension, plus d'attention. Cette demande pouvait paraître hors de proportions en regard de l'abnégation et du stoïcisme exigés de la femme dans le cadre de son ménage.

Ces dernières années, ce sont surtout des tentatives de suicides de jeunes qui sont observés. Dans l'étude de Reitter *et Coll* en 1996 (6), 84,2 % des suicidants avaient entre 13 et 30 ans. Cette jeunesse des suicidants est aussi retrouvée dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale (7-10). Dans la thèse de Sylla (11), les suicidants sont jeunes (moyenne d'âge de 24,5 ans), ce sont pour l'essentiel des jeunes filles (plus des 2/3) qui utilisent surtout l'absorption médicamenteuse (chloroquine ou autres médicaments dans respectivement 42% et 32%) pour tenter de se donner la mort. Ces jeunes mettent en cause, par leur acte, le fonctionnement de leur famille. Ce n'est plus un individu qui se donne la mort pour n'avoir pas pu respecter les règles du groupe, mais c'est un sujet qui tente de critiquer le fonctionnement de ce groupe. Dans la thèse de Sylla, les suicidants sont jeunes et issus de familles dysfonctionnelles (11).

Le suicide est une pratique en général désapprouvée dans toutes les sociétés Noires africaines. En Afrique, on rencontre d'Ouest en Est un ensemble de proverbes qui confirment cette désapprobation, tel cet adage rwandais : « celui qui a façonné le crâne est le seul qui le concasse ». Tout un ensemble de rites existent qui semblent confirmer la séparation définitive de l'individu du groupe. Le sujet qui quitte volontairement la vie et le groupe ne mérite pas d'être un membre de ce même groupe. Le suicide peut ainsi être considéré comme une mauvaise mort qui surprend et met en émoi toute la société. Ce suicide « mauvaise mort » choque surtout par son incompréhensibilité, son absence de motif clair. On se demande si ce n'est pas le suicide induit par la pathologie mentale qui met l'individu à part, lui faisant transgresser les règles du groupe.

À côté de ces « mauvais » suicides, il existe de nombreuses situations où la mort est préférable à la vie, devenant l'unique choix du sujet qui ne veut et ne peut plus vivre dans la honte. Ainsi en est-il du suicide du sujet qui commet un meurtre, même accidentel, et qui se donne la mort. Les études de Collomb *et Coll* (3) et de Sow (12) mettent en avant ce suicide réparateur d'un déshonneur. Ces suicides liés à l'honneur sont chantés par les griots qui les perpétuent en les magnifiant sur plusieurs générations. Ils sont surtout retrouvés dans l'ethnie serer, qui est une ethnie du centre du Sénégal où les gens vivaient fortement ancrés dans la tradition.

D'autres ethnies comme l'ethnie mandingue, en particulier le sous-groupe soninké, très touché par l'émigration, semblent plus concernées par les tentatives de suicides (11). Sylla lie cet état de fait à la co-existence fréquente de deux cultures chez les adolescents issus de ce groupe (11).

D'autres conduites existent, qui ont un potentiel auto-agressif dans le sens qu'elles mettent en danger celui qui les pratique. Il s'agit de la toxicomanie et des autres conduites délinquantes. Les intoxications alcooliques ou cannabiques sont surtout le fait de jeunes citadins. Il faut noter que l'utilisation de solvants organiques est très répandue chez les jeunes adolescents de la rue, car ces produits sont peu coûteux, non prohibés et très disponibles. Ils permettent une consommation ritualisée en groupe avec tout un système d'échange. Ces toxicomanies traduisent un malaise des adolescents à la recherche de leur place dans la société. Bien qu'il n'existe pas de données chiffrées, ces conduites constituent un véritable problème dans les centres urbains africains

On observe par ailleurs de plus en plus, dans les centres urbains africains, des jeunes adolescents en rupture plus ou moins totale avec leur famille d'origine, vivant sur les plages, dans les grandes artères des villes constituant ainsi les « enfants de la rue » et les « enfants dans la rue » (13). Pour les premiers, la rue est devenue leur lieu habituel de résidence et leur source de moyens d'existence ; ils ne sont pas protégés, encadrés ni dirigés par des adultes responsables. Les « enfants dans la rue », eux, vivent dans la rue pendant la journée, mais n'y élisent pas domicile. Ils vivent la nuit avec des parents ou des tuteurs. Ces jeunes, marginaux par leur habitat précaire, leur conduite déviante et leur hygiène de vie en somme approximative, mettent constamment leur vie en danger. Certaines pratiques, ritualisées dans les groupes d'enfants et d'adolescents marginaux, ont valeur d'ordalie et débouchent très souvent sur un décès : avant d'être admis dans le groupe, le postulant doit prouver sa bravoure en s'infligeant des blessures spectaculaires sur des parties bien visibles du corps (visage, bras...). Les cicatrices qui en résultent prouveront pour toujours sa bravoure à tous ceux qui le rencontreront ultérieurement.

OBSERVATIONS

Observation 1

Issa est âgé de 17 ans et réside à Dakar. Il est reçu à sa sortie de la réanimation après une tentative de suicide par phlébotomie. Il est accompagné à la consultation par sa mère et par son homonyme (parrain dont il porte le nom). Il présente une agitation psychomotrice et la persistance d'idées suicidaires.

Au cours des consultations, nous nous rendons compte que les parents d'Issa n'ont jamais été mariés et sont de culture et de religion différentes. Son père est musulman issu d'une grande famille wolof de Dakar et sa mère est catholique d'origine cap-verdienne, immigrée de la deuxième génération.

Les familles du père comme de la mère se sont opposées à leur mariage qui n'a donc pas eu lieu. Issa a d'abord vécu avec sa mère, puis il va vivre à l'âge de 16 ans chez son père qui s'est marié entre-temps. Chez ce dernier, il vit reclus, son père évitant qu'il soit en contact avec la lignée paternelle. C'est à la suite d'une altercation avec son père qu'il tente de mettre fin à ses jours, avant d'appeler à son secours son

homonyme, un cousin de son père. Cet homonyme est le seul membre de la famille de son père avec lequel il est en relation. Son père le traite souvent d'enfant métis, de catholique. Issa déclare « en avoir marre » des réprimandes de son père ainsi que de la coupure du reste de sa famille. « La solitude m'avait poussé à quitter ma mère pour aller chez mon père. Cela a été pire. Chacun des deux a sa famille à laquelle il est très lié, mais moi je suis seul. Ils ne se sont pas mis ensemble pour moi, je n'ai pas de famille, je ne sais pas qui je suis. Ne vaut-il pas mieux pour moi de m'en aller ? »

Lors du premier entretien que nous avons eu, Issa a pu dire sa souffrance liée au rejet dont sa mère faisait l'objet. Il se posait beaucoup de questions sur cette mère qu'aucun homme n'avait voulu épouser. Ceci était conforté par le fait que son père le cachait comme s'il était une honte pour lui. Seul son homonyme traitait sa mère avec respect. Nous avons rencontré les deux parents séparément pendant plus d'un mois, les deux refusant de se voir. Avec l'aide de l'homonyme d'Issa, nous avons pu les rencontrer ensemble. Cette séance avec le couple a permis de sentir d'abord, puis d'arriver à dire toute la souffrance de ce couple que l'entourage familial avait défait.

L'amélioration de l'humeur d'Issa a été rapide, dès qu'il a pu entendre que ses parents s'aimaient et se respectaient, et qu'en réalité sa présence réveillait chez son père sa défaite devant sa propre famille, son incapacité à assumer ses sentiments. A partir de ce moment, il a pu se faire une place entre les deux familles avec l'aide de ses parents. Ces derniers ont décidé de se concerter pour tout ce qui concernerait désormais Issa, faisant ainsi revivre le couple parental.

Observation 2

Amy est une jeune fille de 20 ans. Ses parents sont séparés depuis qu'elle est âgée de 2 ans. Elle vit avec son père et voit rarement sa mère. Alors qu'elle revient d'une soirée, son père la bat en lui disant être sûr qu'elle deviendrait une femme de mauvaises mœurs comme sa mère. Amy s'enferme dans les toilettes et avale 20 cachets de 100 mg de chloroquine.

Lors du premier entretien, Amy dit souffrir beaucoup de ne jamais voir sa lignée maternelle qui devrait la protéger, qu'elle se sent seule et abandonnée à la merci des humeurs de son père. Au fil des entretiens, il apparaît qu'il existe de nombreux problèmes entre les familles maternelle et paternelle, à l'origine du divorce-rupture. En réalité, la mère d'Amy est issue d'une caste considérée comme inférieure à celle de son père. Le père nous signale par ailleurs qu'Amy est en train de reproduire l'erreur de sa mère en se mettant elle-même avec un garçon qui est de caste supérieure à celle de sa mère. En accord avec les deux parents, nous élargissons les entretiens aux grands-parents. Ces derniers, de même que les parents d'Amy, peuvent ainsi entendre sa souffrance liée au cloisonnement de deux pôles capitaux de son existence. D'ailleurs, la grand-mère maternelle d'Amy avait elle aussi vécu les mêmes chagrins sentimentaux liés à sa caste. Actuellement, Amy passe certaines journées chez sa grand-mère maternelle où vit sa mère, tout en continuant à habiter chez son père. Elle est arrivée à parler de ses relations avec sa grand-mère qui en discute beaucoup avec elle dans le but de l'aider à faire un bon choix.

Observation 3

Fatou est une fille de 16 ans que nous avons vue dans un centre d'accueil pour jeunes filles en situation difficile. Elle a vécu 4 ans dans la rue et venait d'accoucher d'une fille. Elle est en rupture totale avec sa famille qui vit dans la banlieue de Dakar. Fatou vit sur les plages et se livre à la toxicomanie et à la prostitution occasionnelle. Son père, qui travaille dans la police, n'a pas pu la retrouver malgré tous ses efforts. Fatou déclare s'être enfuie de chez elle pour éviter les corrections qu'elle subissait. Ses parents lui interdisaient d'aller voir ses amis et de sortir. Un jour où elle dut rentrer trop tard, elle choisit finalement de rester définitivement avec d'autres enfants sur la plage. Fatou préférait de loin les rigueurs de la rue à ce qu'elle vivait chez elle. Elle était battue à la moindre erreur par son père qui ne la laissait jamais aller vers les autres, ses compagnons d'âge qui, eux, pouvaient faire plus de choses qu'elle. Les rencontres entre Fatou et sa famille ont été assez lourdes au plan émotionnel. Alors que sa mère la pressait de questions, Fatou n'a pu parler à ses parents. Ce mutisme a continué pendant toutes les séances et Fatou a fini par déclarer qu'elle ne pouvait plus vivre dans sa famille, qu'elle étouffait « là dedans » et qu'il lui fallait partir ailleurs. Actuellement, elle vit avec le père de son enfant. Ils occupent le même appartement qu'un autre couple ami et font de menus travaux pour subvenir à leurs besoins.

Observation 4

Pathé est un garçon de 20 ans qui fume du cannabis depuis l'âge de 14 ans. Sa mère, une riche sénégalaise, est très connue pour son engagement religieux. Pour éloigner Pathé de ses « mauvaises fréquentations », elle lui fait quitter le pays pour la France. Là, sa situation empire et il commence à utiliser la cocaïne. Sa mère le ramène au Sénégal. Elle cherche à faire enfermer son fils dans un hôpital, car il lui fait honte par rapport à son entourage. Lors d'un entretien, Pathé s'adresse à sa mère en ces termes : « c'est vrai, je me drogue et tout le monde le sait, au moins je détourne l'attention des gens sur moi. Comme cela, ils ne s'intéresseront pas à l'origine de ta richesse. Que fais-tu pour avoir autant d'argent ? Moi, je me pose peut-être les questions qu'il ne faut pas, et c'est pour cela peut-être que je souffre autant ». Au début des entretiens, la mère a un discours assez stéréotypé sur son fils « qui ne veut pas vivre, veut se tuer et la couvrir de honte en même temps ». Elle veut qu'il soit enfermé le plus longtemps possible à l'hôpital afin qu'elle ne soit plus la risée de son entourage. Elle dit avoir épuisé tout le réseau traditionnel de parents qui ont parlé à Pathé dans le but de le faire changer, mais en vain. Elle se dit très désespérée par le comportement de son fils.

Elle-même reconnaît que, si elle se posait les mêmes questions que son fils se pose, elle risquerait de devenir folle. Ainsi arrive-t-elle à comprendre que son fils souffre et ne cherche pas à provoquer sa souffrance à elle en prenant de

la drogue. Elle arrive ainsi à vivre avec la toxicomanie de Pathé, sans être obligée de s'enfermer chez elle.

COMMENTAIRES

Les quatre observations que nous avons présentées ont des caractéristiques communes à partir desquelles nous articulerons notre discussion.

La famille désignée comme responsable

Dans ces cas cliniques, la place de la famille est incontournable. Que ce soit le suicidant ou le fugueur, chacun accuse ses parents. Dans l'étude de Sylla (11), la tentative de suicide s'est presque toujours déroulée au domicile familial, et c'est un membre de la famille qui découvre le suicidant et l'achemine à l'hôpital. Les premiers interlocuteurs des soignants sont les parents. Les services de prise en charge des délinquants mineurs ont aussi les parents comme interlocuteurs principaux. L'adolescent, dans son discours, met toujours en évidence une carence du système familial. La conduite auto-agressive, dans ce cas, correspond à une escalade symétrique consistant à répondre à une inconduite par une autre inconduite permettant d'attirer l'attention des parents. Il est vrai que les sévices des parents sont dénoncés, mais l'adolescent s'auto-inflige ainsi des sévices plus graves.

Tout se passe comme si, au-delà des sévices, autre chose était dénoncée. En effet, on découvre toujours un conflit entre les branches paternelle et maternelle, conflit latent ou tabou que seul un acte aussi grave que la tentative de suicide permet d'aborder. Le malaise de l'adolescent n'est que le reflet de la souffrance de ses parents. Ces mêmes parents se trouvent devant des problèmes nouveaux qu'eux mêmes n'ont pas été préparés à affronter. Dans ce cas, ils arrivent difficilement à aider et à rassurer leurs enfants. Les canaux traditionnels sollicités n'arrivent plus à endiguer les comportements de ces jeunes qu'ils n'ont pas modelés dès le début. C'est dire tout le malaise qu'éprouvent les sujets d'une société en mutation en proie à des crises de références.

L'adolescence, moment critique

L'adolescence est une période critique, tellement critique qu'en Afrique, toute la société se mobilisait pour accompagner l'enfant vers l'âge adulte, via l'initiation. Cette initiation permettait au jeune africain de parfaire le processus qui faisait de lui un être social appartenant au groupe, au-delà de l'individu biologique uniquement issu de son père et de sa mère : l'initiation ne prolonge pas la famille ; elle la refoule, elle la tue, elle la supprime dans l'enfant même (14). L'enfant doit, par ce processus, mourir à sa famille pour renaître au groupe. Il est conditionné, modelé à cette fin. Les émotions et les mythes sont utilisés pour cela. La loi qu'on fait subir à l'adulte en devenir et qu'on lui demande de respecter par l'initiation, n'est plus celle de son père, de sa mère ou de sa famille, mais celle de tout le groupe social.

L'adolescence est une phase d'interrogations, de remise en questions, c'est donc le moment privilégié pour l'éclosion de problèmes existentiels et l'ébauche de réponses.

Nous remarquons dans les cas d'Issa et d'Amy que la famille est cloisonnée, seul le parent présent étant le bon parent et sa loi, La Loi. On ne s'étonne plus, dès lors, que l'acte suicidaire semble intervenir pour ouvrir des perspectives à une intervention plus large de l'homonyme, de l'hôpital ou du parent absent.

Le sujet cherche dans son passage à l'acte à mobiliser un nombre élevé d'intervenants pour le sécuriser et pour partager une somme d'expériences.

Fatou, qui échappe au contrôle du père, intègre un groupe plus rigoureux, avec des pratiques plus violentes. Néanmoins, elle parvient à le supporter parce qu'il s'agit de codes partagés par beaucoup de personnes du même âge, ayant à l'origine souvent les mêmes problèmes. Dans ces groupes, chaque membre est tenu d'accomplir un haut fait avant son intégration définitive. Ceci peut aller d'un menu larcin à une auto-agression, voire à une automutilation rituelle.

La loi du groupe est plus facile à suivre, car étant à une distance sécurisante. Ainsi, l'adolescent arrive à sortir de la relation père-mère-enfant, à se socialiser et à accepter ses parents tels qu'ils sont, c'est à dire des êtres humains avec leurs qualités et leurs défauts.

L'absence de prise de distance par un processus de socialisation, pourrait expliquer aussi la fréquence des agressions d'ascendants régulièrement relayées par la presse au Sénégal.

CONCLUSION

Les conduites autoagressives des adolescents en Afrique peuvent être comprises comme une manière de rendre évident un dysfonctionnement familial. L'adulte en devenir qu'est l'adolescent tire la sonnette d'alarme pour ne pas devenir adulte dans une société où il n'a pas de repères clairs et fiables. Dans une société avec des repères stables, l'adolescence pose déjà des problèmes. Ces difficultés ne font que s'amplifier si la société elle-même est en pleine mutation avec une perte de repères liée à la transition rapide entre tradition et modernisme.

Lors des tentatives de suicide, en plus de la prise en charge médicale, des entretiens élargis au cercle familial permettent de percevoir, au-delà du malaise de l'adolescent, la souffrance d'autres membres de la famille. La reconnaissance par le thérapeute de cette souffrance commune débouche très souvent sur des alliances qui aident l'adolescent à voir ainsi qu'il n'est pas tout seul.

L'acte d'emblée agressif, violent, peut ainsi être lu comme un acte d'une grande générosité car permettant de construire un réseau de solidarité élargi au groupe, à toutes les lignées. Le désir d'aider et d'entourer que nourrit la famille africaine à l'égard de ses membres, est ainsi valorisé. Les parents qui accompagnent le patient se sentent ainsi utiles en devenant les alliés du thérapeute dans le cadre d'une prise en charge de type systémique.

Ce mode de prise en charge gagne de plus en plus la confiance des familles au Sénégal (où nous sommes plusieurs

à être formés). Les parents ne confient plus leurs enfants à des thérapeutes inconnus. Ils les accompagnent dans un processus de guérison où ils se sentent valorisés en tant que parents voire en tant que grands-parents. Les thérapies familiales systémiques utilisent de nombreux concepts faisant partie de la culture africaine : loyautés familiales ou transgénérationnelles, gestion des conflits, et toutes les techniques mobilisant les ressources du groupe pour la résolution d'un trouble individuel ■

REFERENCES

1 - COLLOMB H - Agressivité et individuation. In Psychiatry (part I). Proceedings of the Vth World Congress of Psychiatry (Mexico, 25 Nov-4 Dec 1971). Amsterdam : Excerpta Medica International Congress Series N° 274; 144-51.

2 - KRUG GE, DAHLBERG LL, MERCY JA *et Coll* - Rapport mondial sur la violence et la santé. OMS ed, Genève, 2002, 376 p.

3 - COLLOMB H, COLLIGNON R - Les conduites suicidaires en Afrique. *Psychopathol Afr* 1974 ; **10** : 55-113.

4 - JEFFREYS MD - Samsonic suicide or suicide of revenge among africans. *African Studies* 1952 ; **11** : 118-122.

5 - DIOP M - La dépression chez le noir africain. *Psychopathol Afr* 1967 ; **3** : 183-191.

6 - REITTER M, VILANE A, SYLLA A - Conduites suicidaires sans frontières ? *Med Trop* 1996 ; **56 bis** : 430-432.

7 - MAYANDA HF, SENGA P, NZINGOULA S, NDENDET JP - Tentatives de suicides de l'adolescent au CHU de Brazzaville. *Med Afr Noire* 1993 ; **40** : 127-129.

8 - MBOUSSOU M, MILEBOU-AUBUSSON L - Suicides et tentatives de suicides à la Fondation Jeanne Ebori - Libreville (Gabon). *Med Trop* 1989 ; **49** : 259-264.

9 - MPANIA PM, KALUKA K, MAWETE K - Etude psychopathologique des conduites suicidaires au CMPP de Kinshasa. *PsychMed* 1987 ; **19** : 2563-2567.

10 - OUEDRAOGO TL, OUEDRAOGO A, COMPAORE R - Les tentatives de suicide en milieu africain à Ouagadougou, Burkina Faso. Synapse 1996 ; **123** : 47-50.

11 - SYLLA A - La tentative de suicide à Dakar : étude descriptive de 439 cas colligés à l'Hôpital Principal. Thèse de Médecine, Dakar, 1998, n°44, 74 p.

12 - SOW D - Les conduites auto-agressives - suicides et automutilations au Sénégal. Thèse de Médecine, Dakar, 1962, n°6, 97 p.

13 - BARRY A. Marginalité et errance juvénile en milieu urbain. *Psychopathol Afr* 1998-1999 ; **29** : 139-190.

14 - COLLOMB H - La mise à mort de la famille. *Psychiatr Enfant* 1977 ; **20** : 245-299.