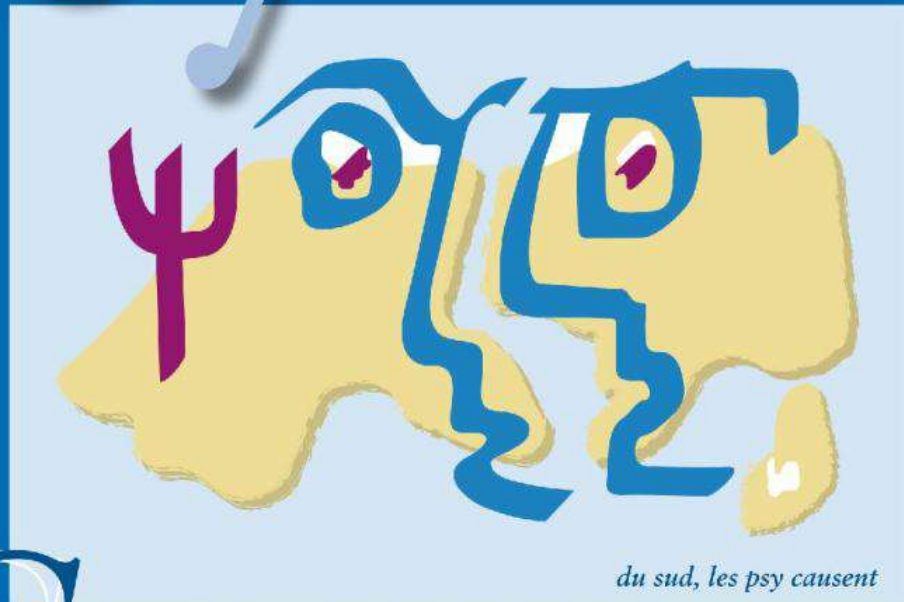


Psy



du sud, les psy causent

Cause

- Congrès de Parakou
- Horizons

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Congrès de Parakou	3
Et si le DSM (vous) était conté Bertrand Tiret.....	4
Tentative de classification des maladies mentales dans la psychiatrie traditionnelle béninoise Francis Tognon Tchegnonsi	9
Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires Patricia Princet	11
Étude comparée du DSM et des tests psychométriques dans l'approche diagnostique des troubles anxieux en psychiatrie Grégoire Magloire Gansou, René Gualbert Ahyi, Josiane Hounbe Ezin, C. Mathieu Tognide	17
Akoaba ou l'ethnicité dans le quotidien de l'homme africain Francis Tognon Tchegnonsi, Prosper Gandaho, A. Simon Akpona	19
Itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique : le cas de la schizophrénie au Burkina Faso Kapouné Karfo	21
Classification en anthropologie : exemple de l'étude du dessin de la chambre à coucher dans le cadre d'une recherche sur le paludisme Sophie Sauzade, Daniel Bley, Nicole Vernazza-Licht	26
Problématique de l'accompagnement psychosocial des parents d'enfants malades ou décédés dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou Joseph Agossou, J. Didier Adedemy, Francis Tognon, F. Challa, Prosper Gandaho, Simon Akpona	32
Adénome prostatique au CHDU – Parakou Émile Mensah, Alexandre Allode, Bouraïma Mama, Francis Tognon, Prosper Gandaho	34
Manifestations psychiatriques et neurologiques du traumatisé crânien S. Alexandre Allode, Émile Mensah, Spéro Hounkpatin, Sonia Boni, Blaise Tchaou, Francis Tognon, Prosper Gandaho	36
À propos d'un corps étranger intravésical de survenue inexplicée Émile Mensah	38
Où se cache l'hystérie disparue ? Pierre Evrard.....	40
HORIZONS	42
Les aspects pluriels de dépendance chez les patients limites : considérations théoriques et illustration clinique Salem Mlika, Yousri El kissi, Selma Ben Nasr, Ghanem Amara, Béchir Ben Hadj Ali	43
Bipolarité et tentatives de suicide Faten Ellouze, Wissal Cherif, Cherouk Allouch, Chahira Hachicha, Mohamed Fadel M'rad	49
Colloques et conférences	53
Note de lecture	54



Francophonie

Le lecteur découvrira dans ce numéro, un dossier qui regroupe des communications présentées au Bénin en février 2008 à l'occasion d'un congrès que nous avons organisé en partenariat avec l'Université de Parakou dont la Faculté de médecine. Cette démarche scientifique n'est pas nouvelle puisque nous l'avons initiée en octobre 2003 par notre colloque franco-égyptien sur « le sommeil et le rêve » dont l'un des temps forts fut, dans la Grande Bibliothèque d'Alexandrie, une conférence sur Hérophile suivie du dépôt de l'ensemble des parutions de la revue *Psy Cause*, actualisé jusqu'à présent. Ce colloque fut publié fin 2004 dans le N° 38.

L'année suivante en mars 2005, nous revenions en Égypte pour un congrès de psychiatrie à Assouan réalisé en partenariat avec l'hôpital psychiatrique de cette ville et le Gouverneur de la province (publié à l'automne 2005 dans le N° 40/41). Les communications étaient traduites simultanément dans les deux langues officielles retenues : le Français et l'Arabe. En octobre 2006, une centaine de psychiatres s'envolait pour Tahiti. C'était pour le premier congrès francophone de psychiatrie jamais réalisé dans le Pacifique (publié en 2007 dans le N° 47 et le N° 48/49). Là encore, l'implication locale (à savoir le Centre Hospitalier de Papeete et le gouvernement du Territoire) fut considérable. De même, la rencontre scientifique de Parakou en 2008 fut la résultante d'une présence sur le terrain pendant plusieurs années.

Psy Cause, depuis son origine, est principalement la revue d'un réseau de lecteurs qui se connaissent, échangent des idées et des pratiques à l'occasion de multiples opportunités de rencontres pluri-professionnelles dans une même discipline. Ceci, sans considération d'origine géographique, avec simplement la conviction d'appartenir à une même communauté d'artisans du soin en psychiatrie. C'est ainsi sans doute que, comme Monsieur Jourdain, nous cheminons, à présent, dans les sentiers de la francophonie, d'une francophonie authentique.

Ce numéro 53, le premier de l'année 2009, est intégralement consacré à cette dimension de notre revue, tant par le dossier que par la rubrique « Horizons ».

Avignon le 21 janvier 2009
Jean-Paul Bossuat



Entrée du congrès.



Le D.S.M.



Un débat animé.



Dernier rang studieux.

CONGRÈS DE PARAKOU Pratiques psychiatriques, références, classifications : la place de l'Afrique

Nous devons la tenue de cet événement scientifique en premier lieu à une femme qui a milité de nombreuses années au sein d'ONG dans les domaines de la santé et de l'éducation, afin de contribuer au développement social d'un pays avec lequel elle a une relation très privilégiée : le Bénin. Infirmière psychiatrique très impliquée dans la revue *Psy Cause*, elle nous a tout naturellement proposé d'être chargée par nous de piloter l'organisation d'un congrès de psychiatrie francophone de l'Afrique subsaharienne de l'Ouest : rien que cela ! Et ce furent deux années de travail sur le terrain avec des séjours sur place de plusieurs mois. La philosophie de ce congrès a reposé sur une parfaite connaissance de la culture du pays, sur des relations d'amitié avec ceux qui allaient s'investir pour accueillir les congressistes. La réussite fut au rendez-vous. Cette femme est Monique Wagner. Nous la remercions tous chaleureusement.

Ce congrès fut organisé par *Psy Cause* en partenariat avec l'Université et la Faculté de médecine de Parakou. Cette jeune université, fondée il y a dix ans, n'avait pas l'expérience de la mise en place d'un colloque. Son engagement fut enthousiaste et bien au-delà des praticiens de la psychiatrie. Nous avons limité le groupe des congressistes venus du Nord (de France et du Canada) compte tenu des possibilités très limitées de l'hôtellerie locale, à 40. La participation africaine fut équivalente. Ainsi nous eûmes une rencontre véritablement paritaire et équilibrée. Cinq pays d'Afrique subsaharienne de l'Ouest ont été présents par leurs congressistes : le Bénin (très majoritairement) mais aussi la Côte d'Ivoire, le Togo, le Niger et le Burkina Faso.

Ce dossier regroupe la quasi-totalité des communications présentées à Parakou. La tonalité des échanges fut à la fois rigoureuse sur le plan scientifique et imprégnée des représentations africaines : le DSM s'est réellement confronté à une autre dimension. Même le rationalisme du chirurgien peut, en Afrique, trébucher sur l'inexplicable. Une grille de lecture inventée en Amérique du Nord, dite « athéorique » et donc universaliste, peut-elle servir d'enveloppe au mode d'expression africain ? Nos collègues africains s'y sont essayés. Mais au fil des communications flottait, du point de vue de l'Européen que je suis, comme une inquiétante étrangeté. Allions nous vers le retour de l'hystérie dans le DSM ?

Au total, ce congrès fut pour tous une expérience très riche, qui ne doit pas rester sans lendemain. Une relation de travail et d'échanges est à présent bien établie, à nous de l'installer dans la durée.

Jean-Paul Bossuat

N.B. : Nous n'avons pu, faute de place et parce que certains textes ne nous sont pas parvenus dans les délais, intégrer dans ce dossier la totalité des communications. Il y aura donc une suite dans le n° 54.



Bertrand Turet

Et si le DSM (vous) était conté

Oser présenter le DSM, valider son utilité, rendre compte de son usage...devant un auditoire de tradition française, rompu à la CIM 10, est une gageure qui relève ou de la pulsion provocatrice, ou de la naïveté masochiste. Comment peut-on être DSM-pratiquant ?... Comme j'aurais pu dire : comment peut-on être Persan ?

Qui suis-je pour me risquer ainsi ? J'ai effectué ma formation psychiatrique initiale en France, pays où j'ai eu l'expérience des clivages entre les chapelles psy, et où j'ai travaillé un temps.

A mon arrivée au Canada en 1990, j'ai reçu alors mon baptême par « immersion » dans le bain du DSM. S'en sont suivies l'expérience d'une pratique de la pédopsychiatrie au quotidien... et la rencontre avec Jean Paul Bossuat et Psy Cause.

Les objectifs de mon exposé sont :

1. Un rappel historique pour situer le DSM actuel.
2. Des considérations sur ses intérêts et ses limites.
3. Un regard personnel sur son usage clinique.
4. Des réflexions et questionnements esquissés à propos de son devenir (DSM V), et du nôtre...

Je reconnais mon conflit d'intérêt, mais confirme qu'en ce qui me concerne, il y a :

- absence de mandat d'agitateur,
- absence de vocation d'espion,
- absence de lien fonctionnel avec l'APA.

Le diagnostic en psychiatrie avant le DSM

En ses jours anciens, la psychiatrie s'exposait en « tableaux cliniques ». L'expérience du psychiatre en décryptait l'argument. Le diagnostic s'en déduisait, ... ou non.

Les acteurs psychiatres ne s'en formalisaient pas. Le diagnostic était requis ... pour réussir l'internat. Sinon, absent ou multiple, il donnait lieu à de nombreux débats, séminaires, publications contradictoires, parfois vifs, voire épiques...

Pédopsychiatre

Centre hospitalier Pierre Janet

20 rue Pharand, Hall, Québec – J9A 1K7 Canada.

C'était sans compter avec les instances administratives nationales qui provoquèrent directement ou indirectement l'accouchement de plusieurs classifications :

1. CIM (OMS),
2. DSM (APA),
3. INSERM.

« Tout ordre est préférable au chaos. » (Claude Levi Strauss)

Définition du DSM

DSM =

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
- C'est le manuel de référence internationalement le plus utilisé pour DIAGNOSTIQUER les troubles psychiatriques.
- Il est promu par l'Association Américaine de Psychiatrie (American Psychiatric Association, APA).

Le DSM pose en vue du diagnostic que :

- la définition du trouble (disorder) – concept spécifique à la psychiatrie – nécessite la mise en jeu de critères de validité,
- les signes et symptômes ne peuvent accéder au rang de critères que s'ils sont simples et non ambigus. Un nombre minimum de symptômes étant requis, ces critères prennent en compte :
 - la physiopathologie définie de certaines maladies,
 - l'influence d'un terrain spécifique,
 - les séquences évolutives particulières,
 - les incidences de conditions externes.
- Les entités cliniques sont individualisées (avec ou sans concomitance).
- Les critères d'exclusion découlent de la présence des diagnostics déjà confirmés.
- Le diagnostic d'un trouble est validé seulement s'il est responsable :
 - d'une souffrance de l'individu,
 - ou d'une déficience dans son fonctionnement.

Le principe du DSM est multi-axial :

- Axe 1 : trouble clinique psychiatrique (un ou plusieurs diagnostics).

- Axe 2 : trouble de la personnalité / du développement.
- Axe 3 : affection médicale (intrication ou comorbidité).
- Axe 4 : facteurs de stress (environnementaux).
- Axe 5 : évaluation du fonctionnement global.

Historique du DSM / CIM

Le DSM est un document historique qui évolue régulièrement :

- DSM I (1948) : 60 pathologies psy. différentes / CIM 6
- DSM II (1968) : 180 pathologies différentes / CIM 8
- DSM III (1974) : 230 (dont 7 troubles d'anxiété) / CIM 9
- DSM III-R (1987) : 292 pathologies
- DSM IV (1994) : 350 pathologies /CIM10
- DSM IV-R (2000) : révision mineure
- DSM V (attendu pour 2010 / 2011) /CIM11

Dans les deux premières éditions (**DSM I et II**), la classification était fortement influencée par le **modèle psychanalytique**. Elle distinguait deux formes majeures de pathologies psychiatriques : psychose et névrose. Elle n'était pas discriminante, privilégiant un continuum allant de la normalité à la pathologie sévère. Elle insistait sur l'intensité du trouble, d'où le risque d'inclure une grande partie de la population générale... (risque toujours présent).

Le **DSM II** suscita les premières controverses..., notamment celle portant sur la nature pathologique de l'homosexualité. Après trois années de manifestations par les associations représentant les homosexuels, l'homosexualité fut retirée du manuel diagnostique, au décours d'un vote parmi les membres de l'APA en 1973.

Le **DSM III** a marqué un tournant majeur avec :

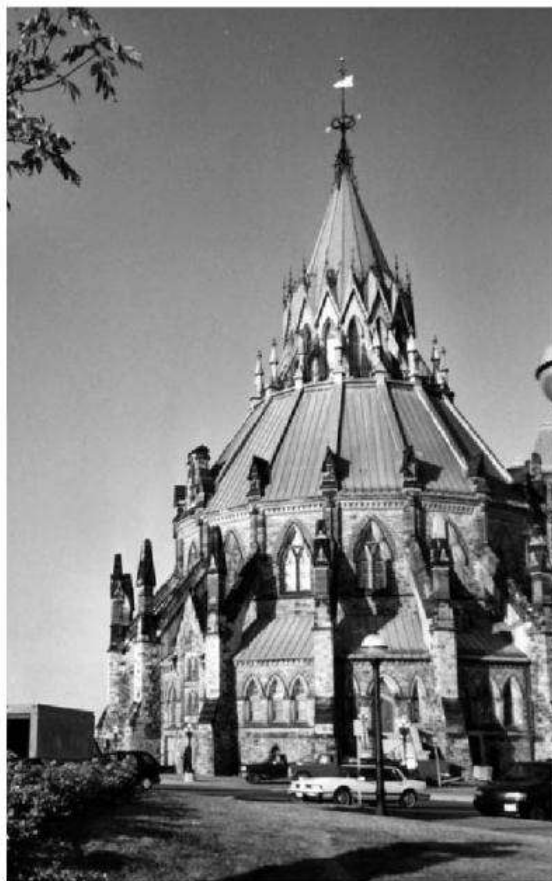
1. l'abandon du modèle psychanalytique au profit d'un modèle biomédical,
2. la disparition d'étiologie(s) de référence,
3. la mise en exergue d'un **cadre athéorique**,
4. l'objectif de faciliter une approche randomisée des essais thérapeutiques.

Le **DSM III-R** s'est gonflé d'ajouts louables dans leur intention... :

- une fiabilité inter-juges des diagnostics,
 - une communication facilitée entre spécialistes,
 - un souci d'approche catégorielle,
 - des critères cliniques clairement définis,
 - une spécification des syndromes,
 - une distinction des populations porteuses de pathologies.
- Mais elle généra une nouvelle controverse... ! L'idée de valider l'efficacité des nombreuses molécules mises sur le marché par les laboratoires depuis 1970, a soulevé des tollés en raison du **risque (1) de collusion avec le milieu pharmaceutique**, du **risque (2) de mercantilisme sous-jacent**, du **risque (3) d'une dérive de la pratique**.

Le **DSM IV** :

- se veut une approche globale et intégrative, c'est pourquoi il **rend systématique l'approche axiale** des patients porteurs de pathologies psychiatriques,



Ottawa, le Parlement.

- se fonde sur l'identification des syndromes,
- et prend en compte les données paracliniques fournies par les examens complémentaires (examens biologiques, imagerie médicale...).
- De plus, il existe dans le DSM IV une harmonisation de certains codes avec la CIM 10.

Le **DSM IV-R** apporte des variations mineures.

Le **DSM V** est en cours de gestation...

Prenons l'exemple des troubles de l'humeur : Pour se débarrasser de l'incertitude et aux querelles liées aux étiopathogénies (troubles endogènes, psychogènes, réactionnels, défensifs, adaptatifs) qui rendaient la classification impossible, les DSM III et IV ont tranché :

La dépression montre ses deux visages : unipolaire / bipolaire (qui se dédouble : types I et II). La dysthymie et la cyclothymie se distinguent, les états mixtes et bipolaires à cycles rapides aussi... en plus des formes saisonnières, du post-partum, iatrogènes, avec anxiété, etc...

Le **DSM V** sera-t-il une boîte à surprise, ou va-t-il donner lieu à davantage de clarté, et de spécification ? La question reste posée. Chose sûre : la pédopsychiatrie attend une place.

Intérêts

Les intérêts du DSM sont les suivants :

- la convergence d'avis, liée à un langage commun,

- le souci d'objectivité de rigueur et de discipline,
- les références bio-psycho-sociales,
- la constitution d'un support épidémiologique (statistiques et méthodologies de recherches),
- la disposition d'indicateurs d'efficacité des mesures de santé publique.

Limites

A. Critique du caractère athéorique et descriptif

- L'étiquetage : la personne est définie par une attribution.
- La catégorisation : trouble psy qui emmure.
- La compartimentation : bio / psycho / social.
- Une évaluation restreinte : elle fait fi du subjectif... Le DSM trouve toujours une maladie. Or il faut évaluer la personne et la maladie.
- Le risque d'une médicalisation excessive de l'état de souffrance.

B. Critique anthropologique

- L'évolutionnisme biologique darwinien reconnaît une pluralité de modèles.
- Les théories évolutionnistes actuelles privilégient un relativisme ontologique.
- La plasticité de l'humain et ses potentialités sont désormais reconnues comme irrécusables.
- En contrepartie, le cadre de la nosologie prônée par le DSM fait craindre le retour à une catégorisation « fixiste », à l'instar de la classification de Linné, aujourd'hui abandonnée.

C. Critique philosophique

Le DSM a une visée pragmatique, antidogmatique et antipositiviste. Or, par nature, tout diagnostic est « réifiant ». Progressivement, le DSM instille une réification du savoir psychiatrique, confond les « maladies » de l'être-sujet et celles du corps-objet, occulte la psychiatrie du sujet.

D. Critique par le mouvement psychanalytique

Le DSM instaure une vision réductrice...,

- contraire à l'approche phénoménologique ou du modèle organo-dynamique (Henri Ey),
- pernicieuse, quand elle contribue à promouvoir sciemment la méconnaissance de l'origine des troubles,
- simplificatrice, quand elle esquivé la réflexion,
- ignorante de l'expression déplacée et/ou « symbolique » d'un trouble.

E. Critique épistémologique

Le champ du pathologique s'en trouve très considérablement élargi. Le nombre des catégories diagnostiques est en constante inflation, au fil des éditions successives du DSM. De nouveaux « troubles » de comportement jusqu'ici non pathologiques, font leur apparition. Ces néo-troubles engendrent eux-mêmes une génération spontanée : personnalité

multiple, PTSD, anxiété sociale, TDAH...

La clinique fondée sur des références structurales ou sur des « systèmes de croyances » est caduque. L'ontologie relativiste accroît intensément le champ du pathologique. L'extension et le développement ne semblent pas connaître de limites.

Le DSM s'y ajuste, mais au risque d'une

- clinique de l'incertain,
- clinique à la limite,
- clinique limite,
- clinique Border-Line.

Conflits d'intérêts financiers

Les compagnies pharmaceutiques subventionnent les congrès, revues et recherches liés au DSM. Le risque de collusion ou de complaisance de la part des psychiatres a été dénoncé par des associations professionnelles, des associations de patients, des instances politiques, des journalistes ou des chercheurs indépendants.

L'absence de biais dans les résultats d'études ou dans les recommandations d'experts est en jeu, en plus de la nécessité de garantir l'intégrité des psychiatres.

En pratique, les vraies questions sont :

1. Quel psychiatre est totalement « pur » ?
2. Le psychiatre est-il capable de sauvegarder son indépendance vis à vis des théories, vis à vis de l'argent ?
3. La psychiatrie peut-elle faire l'économie des antidépresseurs et des neuroleptiques, qui rapportent, respectivement, 20 et 14 milliards de dollars par an ?
4. En l'absence de ces pharmacopées, quel serait le coût de la psychiatrie pour les finances publiques ?

DSM et psychothérapie au Québec

Pour comprendre la problématique du DSM en la matière, il convient de la replacer dans le contexte de son usage, qui se décline de trois manières :

1. Contexte politico-social

- influence du Managerial-Care-System,
- contraintes budgétaires,
- pressions des milieux professionnels, sociaux, scolaires ...,
- interventions brèves privilégiées,
- recherche de l'efficacité « hic et nunc »,
- primauté de la pharmacologie.

2. Contexte lié à la pratique des psychiatres « seniors »

- désertion du système public,
- clientèle aisée ou bien assurée,
- absence dans les hôpitaux et les universités,
- retour sur la scène « publique » par le biais de séminaires et conférences orientés (philosophie, humanisme, spiritualité, ...).



3. Pratique des psychiatres nourris au sein du DSM

- absence de formation didactique,
- survol de l'approche psychodynamique,
- défiance quant à l'efficacité des thérapies à long terme,
- intérêt pour les thérapies brèves standardisées,
- assurance procurée par l'Evidence Based Psychiatry,
- confiance dans la biologie et l'imagerie,
- valorisation d'une pratique de consultant.

Mais alors, le psychiatre est confronté au *retour du refoulé*... ! C'est-à-dire au patient que l'on veut tenir à distance, et qui est deux fois plus présent, lui qui choisit, « magazine », un ou plusieurs thérapeutes, lui qui décide du début, du suivi, de la fin de la psychothérapie, lui qui exige un service personnalisé, lui qui convoque l'humain du thérapeute, lui qui se tourne vers des ersatz pseudopsy, s'il est déçu.

Autres aspects de l'usage du DSM au Québec

1. DSM et dossier médical

Les archives suivent l'évolution des diagnostics et des versions successives du DSM.

Au Québec, le dossier appartient au patient :

- qui a droit de regard sur son dossier,
- qui a droit de regard sur son diagnostic,
- qui peut se faire valoir par ce diagnostic, ou par les bénéfices dont il est redevable au titre de ce diagnostic : « je suis TED..., je suis TDAH ..., donc j'ai droit à.. »

2. DSM et usage médico-légal

Le DSM est d'usage courant sur les formulaires, comme au tribunal, et ne fait pas tant difficulté. Les patients sont informés par les revues de vulgarisation, par internet, par les associations de patients. Ils connaissent et reconnaissent leur diagnostic. Ils revendiquent avec vigueur leur libre arbitre quant au choix et la mise en œuvre de leur traitement. La

contestation concerne essentiellement l'accès aux soins et les conditions d'accès aux soins.

3. DSM et Justice des mineurs

Le tribunal pour la jeunesse fait exception... ! C'est le seul lieu où le DSM n'a pas force de loi. Les juges pour enfants ont une oreille sensible pour entendre le vécu psychodynamique, pour comprendre ce qui sous-tend les troubles d'attachement. Aussi le bien-fondé d'un placement jusqu'à majorité pourra être reconnu, à l'encontre des services sociaux soucieux de pouvoir compter sur un turn-over plus actif dans les familles d'accueil.

4. « Aucune journée sans mon DSM »... ! (Capsule publicitaire)

Le DSM est-il un cancer ubiquitaire particulièrement invasif... ou une prothèse omniprésente incontournable... ? Les champs du DSM (hors celui du diagnostic) sont en effet multiples :

- enseignement,
- assurances,
- allocations familiales, sociales,
- soutien scolaire,
- crédits d'impôts,
- facturation...

Bilan et prospective

DSM-dépendance... ?

Il m'est difficile d'être mon propre juge... mais j'ai le bénéfice d'être inter-juge du fait de deux écoles de pensée, de deux cultures. Le DSM organise la démarche clinique, provoque la formalisation, permet un travail pragmatique, force à l'efficacité décisionnelle. Le DSM contribue à faire l'économie du flou. Il rend humble parce qu'il s'agit d'un diagnostic ajusté au fil de la science, revisité au fil du temps, partagé avec les pairs.

DSM et syndrome de manque... !

« J'estime qu'on ne doit pas faire de théories, elles doivent tomber à l'improviste dans notre maison, alors qu'on est occupé à des détails », écrivait Freud dans une lettre à Ferenczi.

À quand, à qui, la visite d'une telle théorie, car le DSM ne suffit pas, il laisse sur sa faim, il n'aide pas la pensée à penser, à dériver, à rêver.

« Peut-on, dans un paysage de phénomènes, reconnaître un objet ou une chose si l'on n'en a pas préalablement le concept ? Si l'on n'a pas le concept d'un objet, on ne le reconnaîtra pas. Ou bien, on se limitera à des remarques : là une vague, ici une petite vallée, une fente, un trou. Mais ce sont des accidents topologiques. La possibilité de reconnaître un être, une entité dans un paysage empirique, est toujours subordonné à une conceptualisation », écrivit René Thom.

Exemple de dérive... a minima...

À partir de quelle limite, définir qui est malade ?

1. 50 % des Américains remplissent les critères d'un diagnostic du DSM V à un moment de leur vie.
2. 26 % des Américains ont les critères d'une maladie psychiatrique dans une année : légère pour 10%, modérée pour 10%, sévère pour seulement 6%. 16% en souffrent.

Exemple de dérive... patentée.

Il s'agit d'une bascule de la normalité vers le pathologique : comment tirer profit des connaissances du circuit de la récompense (noyau accumbens + aire tegumentaire ventrale, par le biais dopaminergique) pour assouvir la soif de récompense ? Par les drogues... ou par les produits de la pharmacopée ?

Peter Kramer dans « Listening to Prozac », 1993, introduit le terme de psychopharmacologie « cosmétique ». Il suggère que le Prozac peut rendre les gens plus extravertis, améliorer la performance au travail, accroître la mémoire, changer la personnalité.

La psychopharmacologie cosmétique est l'utilisation d'un traitement chez quelqu'un qui n'est pas malade dans le but de se sentir plus performant, plus fonctionnel. Tout comme la chirurgie « cosmétique », esthétique, l'utilisation de ces traitements n'est pas nécessaire, mais certains patients pourraient en tirer avantage. Par contre, ils sont disponibles sur prescription.

Les patients doivent donc trouver une façon d'entrer dans une catégorie diagnostique. Patients et médecins contribuent ainsi à élargir le spectre des maladies.

Étapes à suivre...

Il leur faut :

- 1- prouver l'existence d'un nouveau trouble, existant au-delà des connaissances et expertises actuelles, laissant croire à la présence d'un problème sous-diagnostiqué, à accréditer ;

- 2- choisir le trouble dans le DSM, impliquant un traitement ;
- 3- établir une stratégie de marketing avec échantillons à grand renfort de publicité ;
- 4- critiquer les « non-croyants » et leur reprocher d'ignorer la sévérité des troubles et de prolonger la souffrance des patients.

Bel avenir en perspective pour les troubles suivants

1. Trouble explosif intermittent (rage au volant).
2. Trouble de la colère.
3. Trouble de l'apathie.
4. Trouble des achats compulsifs.
5. Dépendance à internet...

Sommes-nous prêts à souscrire aux stratégies, et aux diktats du lobbying ?

Conclusion

Entre tenants du DSM et de la CIM, le temps n'est plus à la suspicion, voire à la querelle. Il est temps pour les psychiatres, de réapprendre à dialoguer (congrès, colloques...), à s'enrichir mutuellement, à s'entraider réciproquement. Car c'est aux psychiatres eux-mêmes de dire quel usage ils veulent faire des classifications et des manuels.

Exemple de la terre africaine : l'école de Dakar-Fann a montré combien les thérapies traditionnelles n'étaient pas contradictoires des thérapies occidentales, et qu'elles avaient toute leur part de fondement et d'efficacité.

Prochaine étape : prévoir un congrès après 2011, pour des échanges autour des DSM V et CIM 11 ...





Francis Tognon Tchegnonsi

Tentative de classification des maladies mentales dans la psychiatrie traditionnelle béninoise

Introduction

Le psychiatre béninois, formé à l'école occidentale est détenteur d'un savoir. Mais, face à ses frères tradipraticiens, spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales, il devient un apprenant. C'est à cet exercice d'apprenant que nous nous sommes adonnés pour essayer de classer les maladies mentales dans la psychiatrie traditionnelle béninoise, les recherches dans le domaine étant presque inexistantes.

Cadre et méthode

Nous avons procédé à une enquête par approche qualitative basée sur un entretien avec six tradipraticiens des départements du Borgou et Collines. Nos critères d'inclusion furent de nous adresser à des tradipraticiens spécialisés dans la prise en charge des maladies mentales. Nos critères d'exclusion ont concerné les tradipraticiens polyvalents.

Résultats

Cette enquête a permis de repérer deux grands groupes de maladies mentales :

- la grande folie,
- la petite folie, subdivisées en sous-groupes.

1. La grande folie

Ce premier groupe est constitué de toutes les maladies qui se manifestent par :

- des agitations,
- des cris,
- des propos incohérents,
- de l'insomnie,
- des hallucinations,
- un repli sur soi,
- le mutisme.

Psychiatre, Doyen de la faculté de médecine de Parakou Parakou.

Dans cette rubrique on classera :

1.1. Les maladies hallucinatoires

On les appelle en bariba le « Wo » et « nou mi mon zon » en fon. Les victimes de ces maladies présentent les symptômes suivants :

- sujet calme,
- fixité du regard,
- le malade se met nu,
- délire de persécution,
- refus de s'alimenter : le repas est considéré comme empoisonné.

Atteinte: hommes et femmes.

1.2. La folie calme

On l'appelle « Wirarou » en bariba et « Lin zon » en fon. Elle est caractérisée par :

- Le malade mange tout ce qu'il trouve,
- reste retiré dans un coin de la maison,
- Parfois reste sous le soleil ou la pluie.

Le traitement est très difficile.

1.3. La folie furieuse

On l'appelle « Wiraguérou » en bariba et « Man zon » en fon. Les signes présentés par les malades sont:

- insomnie,
- agitation,
- agressivité physique: entraves, corde,
- le malade chante parfois,
- il mange beaucoup; mais il y a quelques uns, parmi eux, qui refusent de s'alimenter,
- le malade gesticule beaucoup,
- il fait des va-et-vient dans la maison,
- certains malades sont furieux: ils s'attaquent à tout sur leur passage.
- Le traitement est facile si le malade est vu tôt.
- Le malade qui souffre de cette maladie fait souvent des crises périodiques

2. Les petites folies

Elles regroupent les maladies mentales des enfants et ont deux modes de survenue :

- l'hérédité,
- l'atteinte par les génies.

2.1. Hérité

- Naissance au cours de la maladie de la mère.
- Traitement préventif : bain.
- À partir de 10 ans : produits par voie orale.

2.2. Atteinte par les génies

- Attaque de l'enfant dans le ventre de sa mère.
- À la naissance, l'enfant présente :
 - des fentes palpébrales exagérées,
 - une malformation,
 - une hypersalivation.
- Le traitement est décevant.
- Les causes de toutes ces maladies sont :
 - les génies des forêts et les esprits,
 - l'envoûtement,
 - la possession,
 - l'hérédité.

2.3. La possession

L'aire géographique étudiée est Borgou et Collines. Les malades sont possédés par la divinité « serpent ». On ne parle pas de maladie mentale. Ils présentent les signes suivants :

- des contorsions,
- les sujets crachent comme le serpent,
- parlent plusieurs langues,
- font des révélations troublantes,
- dictent parfois le traitement à faire.

2.4. Les hommes de la nuit ou « le mari » du fleuve

Ces personnages sont issus d'une transformation des génies en hommes. Ils sont stériles et d'une toilette très soignée. Ils sont à l'origine chez certaines femmes, par leur action, de la petite folie.

Discussion

1. La grande folie

Elle regroupe différents *états psychotiques* décrits dans la nosographie moderne. Les symptômes sont presque les mêmes.

Alors que le psychiatre moderne se satisfait d'identifier les signes et la variété de la maladie, le tradipraticien doit identifier le pourquoi, ainsi que l'agresseur : il dépistera

- la sorcellerie-anthropophagie ou un envoûtement,
- le fait des esprits.

Il aura ensuite deux problèmes à résoudre :

- mettre fin à l'agression et faire lâcher sa proie,
- restaurer la place de l'individu malade dans son groupe.

Il interrogera les oracles.

2. La petite folie

Elle est ainsi appelée parce que ses manifestations ne sont pas bruyantes :

- Son étiologie est que l'atteinte a lieu avant la naissance.
- Nous sommes dans le champ de *l'hystérie avec la possession* : la « divinité Serpent ».
- Femmes victimes de *l'acte des hommes de la nuit*.

Les sujets atteints de petite folie ne sont pas repérés comme étant des malades mentaux. Comme l'a justement observé Béguin, on est fou pour une société donnée.

Conclusion

- Nous avons amorcé un travail qui mérite de s'étendre à tout le pays.
- Cette classification qui cadre bien avec la culture béninoise, nous permet de comprendre l'itinéraire thérapeutique des maladies mentales et la pratique de la médecine de nuit.



Forêt sacré d'Ouidah (Bénin) : divinité Serpent.



Patricia Princet

Historique des classifications : de la folie circulaire aux troubles bipolaires

Résumé : on retrouve les premières traces de la manie et de la dépression bien avant l'ère chrétienne, au fondement même de la médecine, à l'époque d'Hippocrate. Il fut le premier à en établir une description : la transformation de la mélancolie (melas kholé ou bile noire) en folie. Quelques auteurs au cours des siècles font des descriptions similaires mais ce n'est qu'en 1854 que Falret et Baillarget, indépendamment l'un de l'autre, regroupent ces deux états en une même maladie : la folie circulaire ou folie à double forme.

Il faudra attendre 1899 pour que Kraepelin jette les bases de la conception moderne et actuelle de la maladie (ou folie) maniaco-dépressive.

Dans les années 1960, la conception unitaire de la maladie bipolaire va être remise en cause au profit d'une nouvelle dichotomie entre la forme bipolaire (vraie) et la forme monopolaire (ou unipolaire). Le concept d'unipolarité va s'étendre à l'ensemble hétérogène de patients déprimés n'ayant connu aucun épisode maniaque ou hypomaniaque. Cette évolution, largement motivée par la distinction entre dépression psychotique et névrotique, psychogène et endogène ou autonome ou réactionnelle, a été abandonnée par l'ensemble des classifications produites depuis le début des années 80.

En 1980, apparaît la 3^e version du DSM, classification américaine des maladies mentales et avec elle la disparition du concept d'unipolarité au profit des notions de troubles dépressif majeur, d'épisodes dépressif ou trouble dépressif récurrent.

Depuis 1993, avec la CIM-10 et 1994 avec le DSM IV, les travaux de recherche se sont multipliés aboutissant à ces nouvelles classifications et des nouvelles dénominations : les troubles bipolaires.

Introduction

Au début était la bile noire et l'acédie puis la médecine et la psychiatrie on décrit la psychose maniaco dépressive et les troubles bipolaires. À travers la philosophie, la naissance de la médecine et les classifications moderne du DSM IV et de la CIM 10 , nous vous proposons de décrire cette évolution du concept de la mélancolie et de poser les repères cliniques des troubles bipolaires.

La mélancolie : naissance d'un concept De la philosophie à la médecine

V^e siècle av. J.C.

Hippocrate définit la mélancolie, associée à la bile noire, l'une des quatre humeurs qui composent le corps humain.

Fin du IV^e siècle ap. J.C.

Evrage le Pontique met en garde les moines contre l'acédie, causée par la tristesse, qui les frappe de dégoût pour leur vie

XIII^e siècle

Le péché d'acédie gagne le monde laïque ; il s'identifie souvent à la paresse.

Acédia comporte une phase passive évoquant la pesanteur de la tristesse ou de l'attente.

Acédia comporte une phase active de fureur sous l'effet d'une vision trompeuse suscitée par le démon.

XVI^e-XV^e siècle

Les médecins, reprenant la théorie des humeurs héritée d'Hippocrate et enrichie par la science arabe, font de la mélancolie une maladie. Ils préconisent pour la soigner, des régimes de santé

La rate siège de la bile noire renvoie au spleen.



Au XVII^e siècle

- *Anatomie de la Mélancolie* du Pasteur Robert Burton (1621), retour à une conception médicale de la mélancolie.
- Pour les artistes le thème de la mélancolie suggère des idées de solitude et de méditation.

Au XVIII^e siècle

- La mélancolie rentre dans le domaine de la déraison et de la folie.
 - La mélancolie est une maladie de l'esprit qui doit être traitée dans des institutions comme l'asile ou l'hospice.
- La mélancolie bourgeoise du XVII^e s devient un mal de vivre général, une sentimentalité. Son décor est la nature dont la solitude permet au sujet de se détourner du monde et de prendre conscience de lui-même.

De la folie circulaire à la psychose maniaco-dépressive

PINEL 1800

- Monomanie maladie de la sensibilité reposant sur nos affections.

ESQUIROL 1820

- Lypémanie, manie avec délire, héréditaire avec un tempérament mélancolique.

FALRET 1854

- La folie circulaire caractérisée par l'alternance de la manie, de la mélancolie et d'un intervalle lucide plus ou moins prolongé.

BAILLARGER

- Folie à double forme.

KRAEPLIN 1899 : La psychose maniaco dépressive :

- « des états maniaques, dont les signes essentiels sont la fuite des idées, l'humeur gaie et le besoin impérieux d'activité »,
- « des états mélancoliques ou dépressifs caractérisés par la tristesse ou l'angoisse et par la difficulté à penser et à agir »,
- « des états mixtes dans lesquels les manifestations maniaques et mélancoliques s'associent entre elles, de sorte qu'on obtient un type où se retrouvent les mêmes symptômes que dans les précédents états, mais qu'on ne peut pas ranger sans violer la logique ni dans l'une ni dans l'autre catégorie ».

Ces deux formes d'une même maladie se succèdent sans règle. Il ne faut pas pourtant oublier qu'il y a aussi une phase de lucidité où le fonctionnement du patient est relativement dans la norme

Vers les troubles bipolaires

K. LEONARD 1957

distingue les unipolaires dépressifs des bipolaires sur la base de la présence ou de l'absence d'états maniaques dans le cours évolutif de la maladie.

DSM III 1980

- La psychose maniaco-dépressive est aujourd'hui classée dans les troubles de l'humeur. Dans le DSM-III (1980) on trouve un chapitre dont une partie est réservée aux troubles «affectifs» majeurs avec des index chiffrés pour les différentes formes : bipolaire mixte, bipolaire maniaque, bipolaire dépressive, dépressive majeure isolée ou récurrente (unipolaire).

DSM IV ET CIM 10

Le DSM IV

Dans le DSM IV, les Troubles bipolaires sont décrits avec précision au niveau sémiologique. La présence ou l'absence des signes cliniques guide le diagnostic. Au-delà du descriptif de chaque type de troubles bipolaires, il convient de se référer à la description et au diagnostic des états dépressifs majeurs mais aussi des états maniaques ou hypomaniaques caractéristiques de ces pathologies

Classification en générale

- Axe 1 : troubles cliniques.
- Axe 2 : troubles de la personnalité et retard mental.
- Axe 3 : affections médicales générales.
- Axe 4 : troubles psycho-sociaux et environnementaux.
- Axe 5 : évaluation globale du fonctionnement.

Trouble bipolaire I

Trouble bipolaire I avec épisode maniaque isolé

- Présence d'un seul épisode maniaque et aucun antécédent d'épisode dépressif majeur.
- L'épisode maniaque n'est pas mieux expliqué par un trouble schizoaffectif et n'est pas surajouté à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

Trouble bipolaire I avec épisode le plus récent hypomaniaque

- Épisode hypomaniaque actuel (où l'épisode le plus récent est un épisode hypomaniaque).
- Au moins un antécédent d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.
- Les symptômes thymiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

Trouble bipolaire I avec épisode le plus récent maniaque

- Épisode maniaque actuel (où l'épisode le plus récent est un épisode maniaque).
- Au moins un antécédent d'épisode dépressif majeur, d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

Trouble bipolaire I avec épisode le plus récent mixte

- Épisode mixte actuel (où l'épisode le plus récent est un épisode mixte).
- Au moins un antécédent d'épisode dépressif majeur, d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.

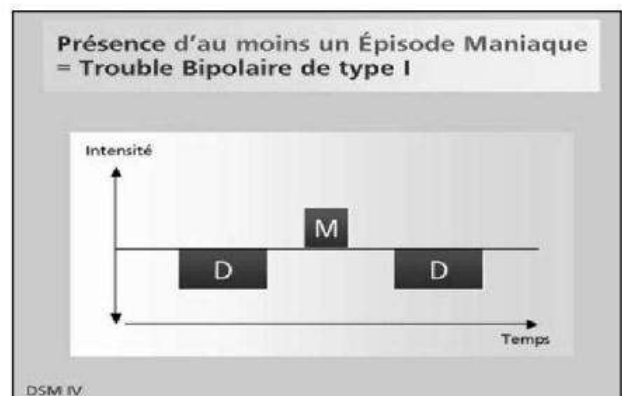
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

Trouble bipolaire I avec épisode le plus récent dépressif

- Épisode dépressif majeur actuel (où l'épisode le plus récent est un épisode dépressif majeur).
- Au moins un antécédent d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

Trouble bipolaire I avec épisode le plus récent non spécifié

- les critères sauf pour la durée sont actuellement réunis (ou l'ont été lors de l'épisode le plus récent) pour un diagnostic d'épisode maniaque, hypomaniaque, mixte ou dépressif majeur.
- Au moins un antécédent d'épisode maniaque ou d'épisode mixte.
- Les symptômes thymiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.
- Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

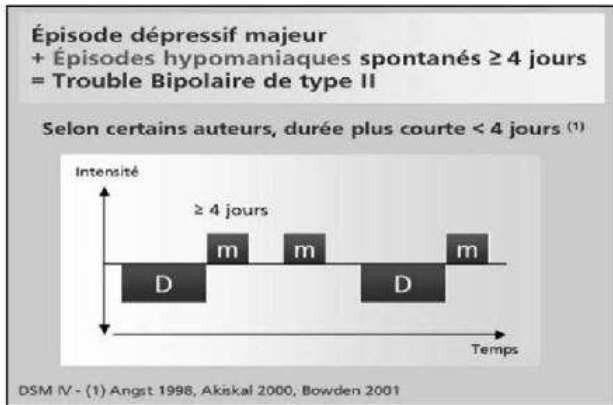


Trouble bipolaire II

- Présence ou antécédent d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.
- Présence ou antécédent d'au moins un épisode hypomaniaque.
- Il n'a jamais existé d'épisode maniaque ni d'épisode mixte.
- Les épisodes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif

et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

E- Les symptômes thymiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.



Trouble bipolaire non spécifié

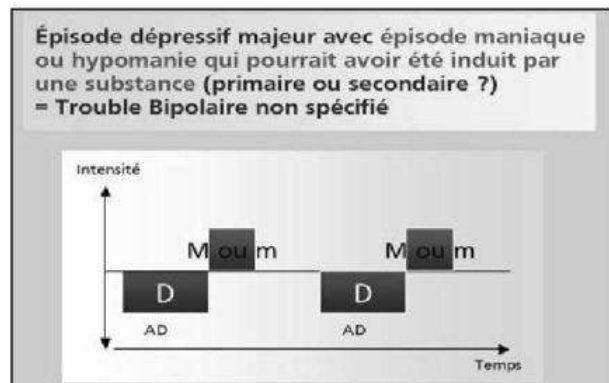
Troubles ayant des caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifié.

1- Alternance très rapide, sur quelques jours, de symptômes maniaques et dépressifs qui ne remplissent pas les critères de durée minimale d'épisode maniaque ou d'épisode dépressif majeur.

2- Épisodes hypomaniaques récurrents sans symptôme dépressif entre les épisodes.

3- Un épisode maniaque ou mixte surajouté à un trouble délirant, à une schizophrénie résiduelle ou un trouble psychotique non spécifié.

4- Une situation au cours de laquelle le clinicien a conclu à l'existence d'un trouble bipolaire mais qui n'est pas en mesure de déterminer s'il s'agit d'un trouble primaire ou d'un trouble dû à une affection médicale générale ou induit par une substance.



Trouble cyclothymique

A. Existence pendant au moins 2 ans, de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que

soient réunis les critères d'un épisode dépressif majeur. B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus (1 an chez les enfants et les adolescents), le sujet n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans symptômes décrits au critère A.

C. Aucun épisode dépressif majeur, épisode maniaque ou mixte n'est survenu au cours des 2 premières années du trouble.

D. Les symptômes thymiques évoqués au critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié.

E. Les symptômes thymiques évoqués aux critères A et B ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

F. Les symptômes thymiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

Episode Dépressif majeur

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités pratiquement toute la journée, et presque tous les jours.
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ou diminution ou augmentation de l'appétit presque quotidiennement.
4. Insomnie ou hypersomnie presque quotidiennement.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours.
9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Episode maniaque

- A. Une période nettement délimitée durant la quelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. Réduction du besoin de sommeil sans fatigabilité.
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 5. Distractibilité.
 6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire, sexuel) ou agitation psychomotrice.
 7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.
- C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération du fonctionnement social, professionnel ou interpersonnel ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

Episode hypomaniaque

- A. Une période nettement délimitée durant la quelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur dépressive habituelle et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 2. Réduction du besoin de sommeil sans fatigabilité.
 3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
 4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.

5. Distractibilité.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire, sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables.

Episode mixte

- A. Les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et un épisode dépressif majeur et cela presque tous les jours.
- B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération du fonctionnement social, professionnel ou interpersonnel ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

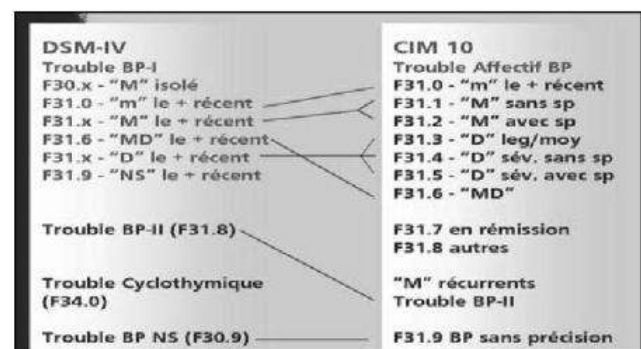
La CIM 10

La CIM 10 reprend de façon beaucoup moins descriptive la classification des différents types de troubles bipolaires. On est plus dans une démarche de répertoire de ces troubles que dans une démarche de diagnostic à des fins cliniques.

La CIM-10 ne distingue pas le Trouble bipolaire I du Trouble bipolaire II. Les principaux critères de classification utilisés reposent sur des considérations pratiques (Pull, 1995). Tout d'abord, les épisodes isolés sont distingués des troubles bipolaires car de nombreux patients ne présentent qu'un seul épisode au cours de leur existence

Trouble affectif bipolaire

- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque.
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques.
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques.
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne :
 - sans syndrome somatique,
 - avec syndrome somatique,





- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, sans symptômes psychotiques.
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques.
- Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte.
- Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission.
- Autres troubles affectifs bipolaires.
- Trouble affectif bipolaire, sans précision.

Pour conclure :
quelques questions en suspens... Intérêts et limites des classifications

Intérêts

- Posent un cadre diagnostique ;
- Pourraient permettre d'éviter les errances diagnostiques des troubles bipolaires
 Entre demande de soins et diagnostic correct :
 - 50 % patients > 5 ans (dont 35 % > 10 ans)
 - 4 médecins consultés avant le bon diagnostic chez 2/3 des patients
 (Hirschfield et al 2003)
- Rôle dans le dépistage du fait de la morbidité psychosociale importante et mortalité par suicide.

Limites

- Ne font pas assez état des aspects cliniques trompeurs de la pathologie bipolaire en particulier pour le type II
- Ne prennent pas en compte les comorbidités ; nécessité de se reporter à l'Axe III du DSM IV
- Peuvent enfermer le sujet dans une vignette clinique....

Bibliographie

- CIM 10 classification internationale des troubles mentaux et troubles du comportement. Organisation mondiale de la santé. Traduction de l'anglais par C.B. PULL .Masson ,Paris 1994
- Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Quatrième édition. Traduction de l'anglais par J.D. GUELFY et coll. Masson, Paris 1996
- GALIANO A.R. Analyse pragmatique de la psychose maniacale dépressive, Université Nancy 2, 2004
- GARRABE J. Dictionnaire taxinomique de psychiatrie. Masson, Paris
- GUILE J.M. Les troubles de personnalité limite : équivalents bipolaires ou conduites impulsives Perspectives psy. Vol 43. N°5. Dec 2004
- PAPETA D. Les troubles bipolaires du jeune adulte



Grégoire Magloire Gansou¹ René Gualbert Ahyi²



Josiane Hougbe Ezin³ C. Mathieu Tognide⁴

Étude comparée du DSM et des tests psychométriques dans l'approche diagnostique des troubles anxieux en psychiatrie

Introduction

En pratique, les TCC font usage fréquemment des tests psychométriques qui sont des outils d'évaluation dont l'utilisation doit précéder toutes techniques thérapeutiques. Ces tests permettent de quantifier le degré de souffrance et d'apprécier l'efficacité thérapeutique à court et moyen terme. Ils sont également un bon instrument de renforcement thérapeutique à long terme. Ces tests servent également à porter un diagnostic. Notre travail voudrait souligner ce rôle diagnostique à partir des résultats obtenus à l'un de ces tests : le test de l'inventaire d'anxiété de BECK auquel ont été soumis en pré entretien clinique 31 patients.

Objectif

Notre objectif est de rechercher la concordance du diagnostic de troubles anxieux à partir de l'utilisation de ces deux outils d'élaboration diagnostique que sont le DSM et l'inventaire d'anxiété de BECK. Ensuite, nous nous sommes appuyés sur certains facteurs socioculturels pour expliquer le résultat auquel nous sommes parvenus.

Cadre et méthode

Il s'agit d'une étude prospective réalisée dans le service de psychiatrie du CNHU de Cotonou.

- L'étude couvre la période allant de mai 2005 à décembre 2007 et porte sur 31 patients pour qui le diagnostic de trouble anxieux a été porté selon les critères du DSM IV.
- Ces patients ont été soumis avant de passer en entretien clinique au test d'évaluation à l'aide de l'inventaire d'anxiété de BECK.
- Rappelons que l'inventaire d'anxiété de BECK est une auto questionnaire qui comporte 21 items et qui sert à explorer la dimension anxieuse du sujet. Un score supérieure à 20 traduit une anxiété pathologique.
- Ce test n'a pas été validé dans notre contexte culturel.

Résultats

Tableau n° 1 : Répartition des patients en fonction du diagnostic

Diagnostic	Nombre
anxiété généralisée + symptômes somatiques	11
phobie sociale	3
bégaiement	5
angoisse de performance sexuelle	3
agoraphobie	2
trichotillomanie	1
ESPT	4
phobie de la nuit	1
phobie de la conduite	1
Total	31

1. Psychiatre.

2. Professeur de psychiatrie.

3. Psychiatre.

4. Professeur de psychiatrie.

Bénin

Tableau n° 2 :
Répartition des patients en fonction des résultats du test

Score	≤20	21-30	31-40	≥41	Total
Effectif	4	15	10	2	31

Commentaire

1) Si à partir des critères diagnostiques du DSM IV, nous avons pu poser le diagnostic de trouble anxieux chez les 31 patients, ce n'est pas le cas avec le test d'inventaire d'anxiété de BECK qui, appliqué chez les mêmes patients, en a éliminé 4 (patients ayant obtenu un score <20). Ceci peut s'expliquer à travers plusieurs axes :

- le test n'est pas validé, ce qui pose le problème de leur utilisation chez nous ;
- nous avons observé chez certains patients notamment ceux qui ont un bas niveau d'instruction et qui sont soumis à ce test, des difficultés à comprendre le sens de certains items du test ;
- parfois thérapeutes et soignant éprouvent des difficultés pour traduire dans nos langues l'anxiété et certains désordres émotionnels ;
- par ailleurs certains patients n'hésitent pas à manifester leur appréhension à se trouver seuls face à un question-

naire qu'il faut remplir et à travers lequel ils n'arrivent pas à s'exprimer.

Tous ces facteurs peuvent être à l'origine de biais diagnostiques et sont des préalables à lever.

2) Nous constatons aussi que la majorité des patients de notre échantillon soit 11/31 souffre d'anxiété généralisée avec des symptômes somatiques fonctionnels. L'expression des symptômes chez les patients est en effet influencée par la culture, dans la mesure où la difficulté de parler objectivement de soi et de ses émotions peut se traduire par un conditionnement de l'expression émotive au travers du soma. Les symptômes somatiques de la dépression et de l'anxiété généralisée peuvent s'inscrire dans ce registre et deviennent si difficiles à différencier.

Conclusion

Notre travail vient mettre en exergue les limites des classifications et des tests d'évaluation en pratiques psychiatriques. Nous ne reconnaissons chez les patients que ce que nous connaissons déjà. Du coup la perception et l'expression d'un symptôme vont dépendre de l'existence d'une connaissance antérieure, laquelle connaissance reste toujours sous influence socioculturelle.





Francis Tognon Tchegnonsi¹ Prosper Gandaho² A. Simon Akpona³

Akoaba ou l'ethnicité dans le quotidien de l'homme africain

Histoire de Lamdie

Akoaba, belle fille du village de Hla aux mille fétiches avec ses nombreux interdits, est mariée depuis quelques années avec le jeune et beau garçon Biaou Ayéchèmi, instituteur à l'Ecole Primaire Publique de Hla. Biaou est originaire de Tèwogba en pays Nagot. Le couple vit avec la jeune sœur et la mère du mari.

Les problèmes ont commencé à la naissance de la première fille Adjokè de Akoaba. En effet, cette naissance a vu les charges du jeune instituteur s'accroître et a réduit ses capacités financières.

Pour la sœur et la mère de Biaou Ayéchèmi, c'est Akoaba qui a envoûté l'instituteur pour qu'il ne puisse plus s'occuper du reste de sa famille qui n'a plus que lui. Alors, d'animosité en agression, la situation est devenue intenable dans la petite maisonnée, d'où la joie de vivre a disparu. La mère de Ayéchèmi décida alors de "sortir" pour sa belle fille.

Quelques temps après, et sans que l'on ne sache pourquoi, Akoaba décida de remettre ce qu'elle a de plus précieux, sa fille chérie, à sa belle sœur en lui disant : « *Je te laisse ma fille, prends-en bien soin. Veille sur elle comme tu veillerais sur les prunelles de tes yeux* ».

Puis elle ramassa toutes ses affaires comme pour quitter la maison. Mais, à la stupéfaction de tous, elle arrosa le tout d'essence et y mit feu. Après s'être assurée que tout s'est bien consumé, elle partit pour une destination inconnue avant le retour de son mari de l'école. Elle erra ainsi de village en village, marchant sous la pluie et le soleil brûlant, de jour comme de nuit, en quête d'on ne sait quoi.

1. Quel est votre diagnostic ?
2. Quelle thérapeutique et quelle conduite à tenir devant cette crise ?

1. Psychiatre, Doyen de la faculté de médecine de Parakou

2. Professeur de psychiatrie, Parakou

3. Biochimiste, Recteur de l'université de Parakou

Réponse

- Hla est un village en pays Fon et Biaou est d'origine Nagot.
- Hla est réputée pour ses forces occultes, et la belle mère a réussi, dans ce milieu qui appartient pourtant à Akoaba, à "sortir" pour elle et a pu avoir une écoute contre elle qui est fille du terroir.
- Akoaba a perdu la confiance de son ménage devant un mari qui a le choix très difficile entre sa famille et son épouse. Elle n'a pas, non plus, comme elle devait s'y attendre, le soutien du système social de son village qui est jaloux d'elle et de son "succès", de son mariage réussi avec un instituteur allochtone.
- Alors trop, c'est trop ! Elle décida de mourir pour tout ce beau monde qui ne veut plus d'elle.
- Le rituel qu'elle a fait s'appelle "Agomimin" que l'on pratique pour renvoyer définitivement, dans l'au-delà, l'âme des morts. Ce cérémonial se fait lorsque les enfants du défunt ont fini de partager l'héritage de leur parent mort. Il est de coutume, dans ces régions-là, de prendre la natte et les autres objets inutilisables du défunt et de les brûler pour signifier que la communauté l'a libéré du village pour que son âme repose en paix là-bas, là où elle est partie.
- Somme toute, il s'agit, ici, d'un cas malheureux de mariage des cultures et où l'ethnicité, le système socioculturel de perception du monde doivent être bien compris et maîtrisés pour que le rituel de retour à la vie soit organisé afin de permettre de récupérer :
 - Akoaba malade qu'ils vont réconcilier avec son milieu social,
 - le couple déchiré, et
 - rétablir l'équilibre de la famille.
- Au cours de son errance, Akoaba a rencontré un vieil homme dans le village Ayégbami. Le vieux guérisseur a écouté son histoire et l'a soumis à un traitement : il s'agit d'une décoction à boire puis pour se laver avec un savon.

La décoction est composée de :

- éwé dàgunro (feuille qui arrête la guerre)



Cérémonie sacrée au Royaume d'Illikimou
en l'honneur des congressistes.

- éwé iyèyè (feuille qui donne la vie et fait revivre dans le bonheur)

Le savon est composé de :

- ori agbé
- ori aluko
- éwé ajun'gulù
- ataré (9)

Utilisation : se laver avec le décocté des deux feuilles en utilisant le savon avec une éponge en fibre de raphia neuf, et en prononçant les òfò suivants :

- éwé dàgunro l'oni ki araiye ma le e ko ogunti mi
- ijẹ ti ẹ nẹ tètẹ ẹ olé jẹ daguró ó
- éwé iyèyè l'oni ki nyé si nu aiyé tuntun.

- ori agbé nja fun agbé
- ori aluko nja aluko
- ori mi wa gbé jà mi
- ori mi gbami l'owọaiyé

- Après sept jours de traitement, le vieux rase les cheveux de la tête de Akoaba et l'enterra sur un tas d'ordures du village (cimetière). Akoaba guérit alors de sa maladie et revient dans son village, après six années d'errance et de marche vers une destination qui n'était autre que son village natal et où elle retrouva son mari, son enfant chéri et sa belle sœur; la belle mère étant décédée d'une courte maladie un an plus tôt.

Conclusion

Ce dossier pose :

1. Le problème du couple mixte (ethnies différentes) dans un contexte de

- personnalité pré morbide et son rôle dans la relation du couple,
- la compatibilité de la vie du couple avec la cohabitation des différents membres de la famille nucléaire et des autres membres de la famille élargie dans un même lieu géographique.

2. Le problème des croyances

- question des forces occultes: « la belle mère est sortie pour elle »,
- psychogenèse de la pathologie mentale et rôle des conflits conjugaux et intrafamiliaux dans la survenue de la maladie.

3. Le problème des traitements traditionnels

- la thérapeutique instituée par la médecine traditionnelle est à interpréter comme le rituel du *koudio*, une cérémonie qui permet à ce patient psychologiquement mort de revenir à la vie, surtout alors que sa belle mère est décédée.

5. Le problème de la réinsertion sociale des malades

- symbolisme du *koudio* dans le traitement de la folie et la réinsertion sociale du malade améliorée,
- possibilité pour ce patient d'être réintégré dans une famille et de retrouver sa place au sein du groupe.



Kapouné Karfo

Itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique : le cas de la schizophrénie au Burkina Faso

Résumé : l'itinéraire thérapeutique d'un malade est une étape importante à prendre en compte dans la prise en charge. Dans le cas des maladies mentales en Afrique, l'itinéraire semble particulier à cause des préjugés sociaux faux et tenaces érigés en véritable ligne de conduite.

La schizophrénie, maladie psychiatrique chronique par excellence, nous a permis de mettre en évidence l'itinéraire thérapeutique du malade mental arrivant au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo. Une étude rétrospective a été menée sur les dossiers de 137 schizophrènes (diagnostic ICD10).

Les résultats montrent que 46,3 % des malades schizophrènes arrivant dans le service de psychiatrie ont consulté au moins une fois le tradipraticien.

L'amélioration des symptômes n'a pas été constatée dans 86,2 % des cas.

Vingt malades avaient subi le traitement par la prière avec une amélioration seulement chez 20 %.

Malgré l'insuccès enregistré largement chez le tradipraticien et à la prière, ces itinéraires demeurent incontournables. Ils sont dictés par la persistance de la culture traditionnelle mais aussi par les approches interprétatives séculaires plus rationnelles aux yeux des malades et de leurs familles. Pour toute adhésion du patient et de sa famille ou thérapeutiques modernes, il conviendrait d'intégrer le recours traditionnel et néo-traditionnel dans la prise en charge en Afrique.

Mots clés : itinéraire thérapeutique, schizophrénie, Afrique, Burkina Faso.

Introduction

Lorsque le psychiatre africain formé à Bruxelles, Paris ou Londres reçoit des familles en consultation, il ne saurait ignorer les méthodes et les procédés de ceux qu'il faut bien appeler ses collègues noirs dont l'activité précède le plus souvent, accompagne et parachève la sienne (Laplantine 1976).

Une bonne connaissance de l'itinéraire thérapeutique du malade en Afrique permettrait l'optimisation de la pratique et des résultats de la prise en charge moderne dans les hôpitaux et services de psychiatrie. Mais des symboles cachent cet itinéraire qui va de la psychopalabre en famille, au service de psychiatrie en passant par la tradi-psychothérapie et la spirito-psychothérapie.

La complexité de l'itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique est liée à la représentation de cette pa-

thologie. Les croyances diverses qui entourent généralement la maladie en Afrique et la maladie mentale en particulier rendent la prise en charge difficile pour le médecin formé à l'occidentale. En effet, il y a infiniment moins de différences entre les malades mentaux sous toutes les latitudes qu'entre les gens bien portants (Laplantine 1976) ; et l'itinéraire thérapeutique de la maladie mentale est fortement dépendant du groupe auquel appartient le malade, de la culture du groupe, et des nouveaux paradigmes de la prise en charge.

La schizophrénie est l'un des processus psychopathologiques qui, de par son évolution chronique, permet de mettre en évidence l'itinéraire de la maladie mentale dans les sociétés africaines. Dénommée « cancer » en psychiatrie par certains praticiens, la schizophrénie est une maladie très répandue décrite dans toutes les civilisations, toutes les races, toutes les cultures avec une prévalence d'environ 1% (Lemprière 1993) dans la population générale. Au Burkina Faso, sa fréquence hospitalière est estimée à 4,5% (Karfo 2003) dans les services de psychiatrie.

L'objectif de notre étude était de répertorier et analyser les différentes prises en charges dont ont fait l'objet, les schizophrènes qui ont terminé leurs parcours au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Patients et méthodes

Le cadre de l'étude était le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO) au Burkina Faso. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive sur un échantillon de 137 patients avec un diagnostic de schizophrénie selon les critères de l'ICD10 (OMS1994).

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de collecte à partir des dossiers des patients. La fiche comportait des items sur l'itinéraire du malade et la prise en charge par la médecine traditionnelle, les prières, mais aussi la prise en charge aux urgences et en hospitalisation au service de psychiatrie. Elle comportait également des items sur les caractéristiques socio-démographiques des patients.

Les dossiers colligés entre janvier 1996 et décembre 2000 ont été retenus. Le travail s'est déroulé de juillet à décembre 2006.

Les données ainsi recueillies ont été traitées sur ordinateur grâce au logiciel Epi info version 3.2

Résultats

Résultats globaux

Cent trente sept schizophrènes sur 3023 patients étaient inclus dans notre protocole soit une fréquence hospitalière de 4,5 %.

Caractéristiques sociodémographiques

Les femmes étaient moins nombreuses que les hommes avec un sexe ratio de 6,5 en faveur des hommes.

La classe d'âge de 25 à 35 ans était la plus représentée dans une proportion de 51,8 % de l'échantillon.

Les cultivateurs représentaient 35 %. Les patients non scolarisés représentaient 53,3%. La portion scolarisée se répartissait en 18,2 % pour le niveau du primaire, 16,1 % pour le niveau secondaire et 9,5 % pour le niveau supérieur. Ceux qui n'avaient pas précisé leur niveau représentaient 2,5%. Les patients à 54 %, venaient des provinces autres que Ouagadougou.

Sur le plan de la religion, les musulmans étaient beaucoup plus représentés : 46 % ; suivis des catholiques 36 %, des protestants 8,8 %. Ceux qui se déclaraient animistes représentaient 8 % de l'échantillon et ceux qui n'avaient pas mentionné leur religion représentaient 0,4 %.

Prise en charge traditionnelle et par la prière

Le mode de début insidieux avait été retrouvé dans 75 % des cas, contre 25 % qui avaient un début brutal.

Au total 83 patients soit 60,5 % avaient subi le traitement traditionnel ou par la prière.

Des patients interrogés avaient déjà eu au moins une consultation chez le tradi- praticien dans 46,3% des cas. Sur les 25 patients qui avaient donné la recette de la consultation chez le tradi-praticien, 15 avaient été traités à base de décoction de plantes ou de fumigation de racines ou d'écorces. L'amélioration des symptômes n'a pas été constatée chez 86,2 % des patients qui avaient consulté le tradi-praticien contre 13,8 % qui déclaraient avoir connu une amélioration.

Vingt malades avaient subi le traitement par la prière. Parmi eux, 80 % déclaraient n'avoir pas connu une amélioration et 20 % se disaient améliorés.

La classe d'âge de 25 à 34 ans avait plus consulté le tradi-praticien (47,5 % de ceux qui ont vu le tradi-praticien). Cette proportion était de 75,4 % si l'on prend la tranche d'âge de 25 à 45 ans.

Les commerçants étaient les plus enclins à consulter un tradi-praticien (80,3 %) suivis des femmes au foyer 66,7 %, des cultivateurs 48,9 %, des professions libérales 45,5 %, des autres professions 40 % ; les étudiants fermaient la marche avec 22,2 %.

Cinquante trois pour cent (53 %) des patients de religion catholique avaient consulté un tradipraticien avant ou pendant l'hospitalisation contre 49,2 % de musulmans, 9,1 % de protestants, 40 % d'animistes.

Du point de vue du niveau scolaire, cinquante pour cent (50 %) de ceux qui avaient fréquenté l'école arabe avaient consulté le tradipraticien ; ils étaient 47,9% pour les non scolarisés, 56,5% du niveau primaire, 42,9 % du niveau secondaire et 23,1 % du niveau supérieur.

Au niveau de la résidence, 51 % des patients qui avaient vu le tradipraticien venaient des autres provinces contre 40 % qui étaient de Ouagadougou. Les 9 % restants n'avaient pas précisé leur lieu de résidence.

Ceux qui avaient eu un début brutal ont consulté le tradipraticien dans 37,5% des cas contre 49,5 % des patients qui avaient un début insidieux.

Discussion

Limites de notre étude

Le travail s'est fait en clinique où tous les schizophrènes ne consultent pas. Notre étude s'est basée sur du déclaratif qui nous astreint à ne compter que sur la bonne foi des patients interrogés. La maladie mentale et la réaction de la société africaine face à cette pathologie créent des réticences chez nos interlocuteurs. Néanmoins, cette étude donne les premiers éléments de l'itinéraire du malade mental en général et du schizophrène en particulier.

Nous discutons essentiellement dans la suite de notre texte de la prise en charge par la tradipsychothérapie et par la spiritopsychothérapie

Itinéraire thérapeutique

1. La consultation du tradipraticien

En Afrique, la culture et les croyances populaires font que rien n'est fait au hasard, rien n'est sans explication. Aussi, la joie et la peine ont une autre explication que celle rationnelle.

La maladie fait partie du lot quotidien des phénomènes en Afrique où une explication et une interprétation doivent être trouvées pour une bonne psychologisation du vécu de celui qui en souffre mais aussi de l'entourage. Cette interprétation est le véritable fondement du recours thérapeutique très varié. Le chef de famille, le chef du clan, le charlatan, les guérisseurs, les prêtres exorcistes et les pasteurs sont très souvent les premiers à accueillir le schizophrène. Ce dernier échoit au service de psychiatrie après le constat de l'échec total ou partiel de cette démarche.

Nos patients qui ont avoué avoir suivi cet itinéraire avant d'arriver en psychiatrie représentaient 60,5%. En effet, le langage que les accompagnants tiennent au personnel de nos services est qu'ils viennent là pour guérir le corps c'est-à-dire le symptôme dérangent, l'esprit étant déjà guéri par la tradithérapie ou la prière. De leur point de vue, la psychiatrie serait une science qui s'occupe du corps (matière). Elle ne peut guérir un esprit possédé par le diable ou un sort jeté sur un individu dans le but de nuire à son succès social ou encore un envoûtement. Les agissements physiques que nous observons sont commandés par l'esprit attaqué ou envoûté. Une guérison de l'esprit devrait libérer le corps agité.

C'est dans ce contexte que OUANGO (1997) disait que les causes de la folie étant les esprits, les ancêtres et Dieu, l'itinéraire thérapeutique évite d'abord les services de psychiatrie et les malades sont conduits, aux guérisseurs et aux pasteurs. En effet, au début de la maladie, la famille procède à la psycho palabre pour tenter de conjurer le problème en famille ou dans le clan.

Elle consiste véritablement en la recherche d'une cause repérable dans le cercle familial ou clanique et susceptible d'être résolue toujours dans le même cadre. Si les manifestations débordent les connaissances de la famille et de l'entourage, il y a un recours traditionnel de première intention pour nommer la maladie et pour savoir pourquoi elle est survenue, comment la traiter ou la conjurer. Il est alors fait appel ici au charlatan, marabout ou pasteur.

Le médecin en général et le psychiatre en particulier ne sont consultés qu'après l'échec de ce deuxième recours.

Le psychiatre se retrouve donc au bout de la chaîne thérapeutique en Afrique, et il lui est demandé de calmer l'agitation de corriger les insomnies et de supprimer tout symptôme perturbateur par une thérapeutique « calmante ».

Le concept d'itinéraire thérapeutique, plus qu'un simple passage d'un recours à un autre, signifie un cheminement complet dans le temps et dans l'espace, de personnes qui mènent une quête de soins et de sens à la maladie d'un des leurs. Dans cette quête, deux thérapies sont attendues :

- la réparation somato psychique qui représente ici la sédation des symptômes ;
- la réparation sociale qui consiste à l'identification (agent causale et son origine) et la résolution à travers la maladie de tous les autres événements néfastes survenus dans le groupe.

C'est précisément dans la recherche de la réparation somato-psychique que le psychiatre est consulté. En Afrique, il l'est rarement en première intention et ne l'est jamais exclusivement, car le recours biomédical et psychologique n'exclut pas le recours traditionnel ; ce que l'on demande au psychiatre n'est pas ce que l'on demande au tradithérapeute ou au pasteur. Ils ne parlent pas le même langage ni n'utilisent pas les mêmes procédés, mais dans l'esprit des familles consultantes et des malades, leurs pratiques sont vécues comme complémentaires dans la recherche de la guérison.



Ainsi, la réparation sociale par le recours traditionnel peut donc être entamée ; le recours moderne, la succède ou la précède et la complète. L'adhésion à ce dernier se fait dans la mesure où elle ne viole pas de front l'adhésion aux croyances traditionnelles, aux génies de la terre, aux ancêtres et aux fétiches (Laplantire 1976). L'adhésion s'explique surtout par le fait que pour les populations, l'explication de la maladie est cohérente et accessible ; bon nombre des techniques du recours sont intégrées dans leur vécu quotidien. Le recours moderne ne guérit pas l'esprit, ne chasse pas les mauvais esprits, ne protège pas contre une attaque d'un ennemi extérieur et en plus, ce recours n'est rattaché à aucun symbole de la vie quotidienne.

L'importance psychologique du recours thérapeutique traditionnel a été très tôt reconnue par l'école de Dakar. DIOP (1979) signalait que l'intervention du marabout et du guérisseur était un fait quotidiennement constaté au service de psychiatrie de Fann ; les malades entrant qui n'ont pas consulté au préalable un, deux, ou plusieurs de ces personnages étaient exceptionnels.

Ce concept intégratif de la prise en charge induit aujourd'hui une nouvelle attitude du psychiatre africain. Cette attitude se voudra responsable et ne signifiera pas une renonciation à la science ; elle pourrait s'inspirer de la voie qui a été prise par l'école de Dakar où le guérisseur et le marabout ont été valorisés avec une place dans le circuit général du processus thérapeutique.

Par ailleurs, l'expérience des Caraïbes rapportée par Hickling (2002) montre qu'à un moment donné du développement de la santé mentale, il a fallu intégrer les prières charismatiques et exorcistes dans la prise en charge du patient.

En effet, la plupart des sociétés africaines doublent systématiquement l'univers social d'un univers « surnaturel », attribuent tout ce qui ne va pas à « l'extérieur » de l'individu et paraissent tout à fait incapables d'affronter leur contradiction sans interposer à tout instant entre l'homme et la réalité, un écran déformateur (Laplantire 1976). Chez les moosé du Burkina Faso, l'idée même que l'imprévisible et l'inconnu puissent advenir est systématiquement éliminée au profit d'un système explicatif rationalisé qui a tout prévu dans ses moindres détails (OUANGO 1997).

Les sociétés africaines sont aujourd'hui en profondes transformations. La violente acculturation à laquelle elles sont soumises n'est sans doute pas sans conséquence sur l'image traditionnelle que l'on se fait du malade mental et de la manière de le prendre en charge et de le soigner.

Au Burkina Faso, la psychiatrie et les psychiatres doivent tenir compte de plusieurs concepts étiologiques : la colère des ancêtres et des fétiches, la sorcellerie, le sort etc.

Leurs approches psychopathologiques doivent aussi se référer aux approches interprétatives séculaires. Tout rejet de la tradi étiologie et de la tradi thérapie risque d'affaiblir l'adhésion thérapeutique.

Pour illustrer cette nécessaire écoute de l'autre discours, le

cas de l'hallucination est édifiant. En effet, l'hallucination n'est pas considérée comme un signe pathologique par les thérapeutes traditionnels de la santé mentale. Elle est un pouvoir divin que l'individu a acquis pour communiquer avec le monde des esprits. Le délire quant à lui est un langage que les génies utilisent pour parler aux humains à travers la bouche de celui qu'ils habitent.

Il y a donc lieu d'écouter, même sans souvent comprendre, et de soigner en retour, en expliquant ce qui est compréhensible.

2. Le traitement par la prière

C'est le recours néotraditionnel car né de l'utilisation synchrétique des religions importées en Afrique. Il s'agit essentiellement des religions musulmane et chrétienne avec sa variante protestante. Bon nombre (14,5 %) de nos patients ont eu recours aux pasteurs, aux marabouts et aux prêtres exorcistes avant d'arriver en psychiatrie ; Mukanku (2003) trouve 15 % au Congo. Dans le cas de la schizophrénie, Morakinyo (2002) au Nigéria notait que la majorité des patients souffrant de schizophrénie cherchent toujours de l'aide dans les églises synchrétiques ou chez les tradipraticiens. Ce comportement reflète leur croyance que la maladie mentale a ses racines dans les machinations d'un ennemi, dans des forces cosmiques ou dans une tension excessive des relations interpersonnelles.

Dans l'analyse, les pratiques de ce recours se rapprochent de celles du recours traditionnel ; mais en plus, ces thérapeutiques aux caractères souvent spectaculaires utilisent une charge émotionnelle collective et sociale importante impossible à obtenir dans un bureau de consultation.

C'est peut être ce cadre qui attire et maintient la relation thérapeutique. Malgré les fréquences d'amélioration assez basses (20 %), ce recours est souvent sollicité.

Il est à signaler ici, que le passage d'un recours thérapeutique à un autre n'est pas toujours justifié par l'échec, mais par un ensemble de pressions sociales auxquelles se plient souvent les parents des malades pour permettre l'intervention d'autres membres de la famille qui ont eux aussi leur contribution à donner dans la prise en charge d'un des leurs.

Conclusion

L'itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique, passe pour la presque totalité des malades par le chemin du tradithérapeute, du prêtre et du pasteur avant d'arriver en psychiatrie.

Les Burkinabè adhèrent à ces recours de soins psychiatriques même s'ils reconnaissent en grande partie ses faiblesses. Cette croyance ferme à la tradipsychothérapie et à la spirito psychothérapie pourrait s'expliquer par le fait que ces techniques de prise en charge ont une explication des pathologies psychiatriques qui semble très proche des interprétations que les populations africaines ont jusque là de la maladie mentale.

L'intégration officielle du recours traditionnel ou néotraditionnel dans le circuit de prise en charge du patient en Afrique représente le nouveau paradigme qu'il conviendrait d'adopter sur la base d'autres études plus approfondies pour une meilleure prise en charge du patient dans les services de psychiatrie.

Références bibliographiques

1. K. Karfo, H. Thiam, J-G Ouango, M. Gueye. La schizophrénie au Burkina Faso : Essai de caractérisation socio-démographique, anamnétique et symptomatique. *Synapse*, 2003, 193,
2. J-G Ouango (1997), F.M.C Ouédraogo/Zongo, Ch. Ouédraogo, K. Karfo. Traitement des affections mentales par la prière : expériences de deux centres d'accueil et de prière au Burkina Faso. *Burkina Médical* 1, 1, 5-9.
3. Makang Ma MBOG Mathias (1972). Confiances et résistances dans le traitement des maladies en psychopathologie africaine. *Psychopathol. Afr.* 8, 3 : 419-49.
4. Muteba M. I., Kinsala Y. B., M'Paniam M. M., Mampunza M. M. (1990). Phénoménologie des contenus thématiques délirants à Kinshasa. *Afrique Med.* 29, 283 : 141-46.
5. Mukanku A. N, Muteba M. I. (2003). Itinéraire thérapeutique en santé mentale dans la ville de Kinshasa. In psychiatrie, psychanalyse, culture (premier congrès panafricain de santé mentale, Dakar, 18-20 mars 2002) René Collignon et Momar GUEYE (eds) 2003, Dakar, SPHMD : 401-408 (coll – Nit Nitary garabam, 2).
6. Ngoran A, Durand G, Delafosse R.C.J (1994). Incidences des données culturelles dans la prise en charge des épileptiques en Afrique noire. *Psychopathol. Afr.* XXXI, 3 : 331-339.
7. Bellier P. et al (1984). Dix textes de psychopathologie africaine. In bulletin d'ethno-médecine, Paris, société d'ethnomédecine, 32, 75-93.
8. Diop M., Martino P., Zempleni A. (1979). Les techniques thérapeutiques traditionnelles des maladies mentales au Sénégal. In « african therapeutic systems » ADE, Muwagun, Z.A. et al, waltham, Massachusetts, USA, African studies association, 85-86.
9. Thebaud. E, F. (1982) psychiatres, guérisseurs et prophètes au Libéria. In confrontations psychiatriques. Paris Spécia ; édition et administration, 21, 281-301.
10. Millogo A., Diagana M., Siranyan SA, Preux P. M., Dumas M. itinéraire thérapeutique des patients épileptiques, consultant dans le centre hospitalier de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Epilepsies : Montrouge* (2003) 15, 3, 153-156.
11. Laplantire F. (1976) Maladies mentales et thérapies traditionnelles en Afrique noire. Jean-Pierre Dalarge (éditions universitaires) Paris.
12. Morakinyo J., Oladeji B, Odejide A.O(2002) Clinical correlates of schizophrenia : a study at the university college Hospital of Ibadan, (premier congrès panafricain de santé mentale, Dakar, 18-20 mars 2002) René Collignon et Momar GUEYE (eds) 2003, Dakar, SPHMD : 401-408 (coll – Nit Nitary garabam, 2).





Sophie Sauzade¹

Daniel Bley²

Nicole Vernazza-Licht³

Classification en anthropologie : exemple de l'étude du dessin de la chambre à coucher dans le cadre d'une recherche sur le paludisme (France / Cameroun)

Résumé :

L'anthropologie est « la science ou description de l'homme » (Petit Robert).

Elle rejoint par là d'autres sciences de l'homme comme la psychologie et l'ethnologie. Pour mieux cerner ces définitions, nous avons pris l'exemple d'une étude sur la chambre à coucher de l'enfant dans le cadre d'une recherche interdisciplinaire (programme pal+ sur les représentations et comportements des populations face au paludisme au Sud Cameroun)¹

Nous avons d'abord relevé les éléments cliniques concernant la chambre à coucher et les rituels de sommeil de l'enfant en France avant d'étendre la recherche en milieu Africain à partir d'entretiens et de dessins d'enfants scolarisés en école primaire dans une plantation du Sud Cameroun.

L'apport des connaissances en psychologie clinique jointe à celle de l'anthropologie a permis de mieux cerner la problématique du paludisme qui touche de façon marquée la population infantile et d'évaluer les possibilités d'une politique de prévention, notamment par la moustiquaire imprégnée.

Notre travail a aussi permis d'apporter d'autres éléments qui ont aidé à comprendre comment les populations pouvaient apprécier le risque palustre et s'en prévenir.

Ce cheminement interdisciplinaire peut être utile pour aider les médecins en charge de la santé publique à élaborer une politique de prévention du paludisme qui puisse tenir compte des aspects environnementaux.

Introduction

Selon le dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie, l'anthropologie est une science de l'homme.

« Le mot ethnologie a longtemps été utilisé en France, plus ou moins concurremment avec celui « d'ethnographie » pour désigner l'étude des sociétés autrefois dites « primitives ». Dans le même temps, le mot « anthropologie » (on ne précisa que tardivement « anthropologie physique ») était réservé à l'étude des caractères somatiques de l'homme. A l'ethnologie, les sociétés et les cultures ; à l'anthropologie les soi-disant races. Cette situation s'est maintenue

jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Dans les années cinquante, Lévi-Strauss a introduit en France un usage du mot « anthropologie » qui, depuis la fin du siècle précédent, prévalait largement dans les pays anglo-saxons. Les termes d'ethnographie, d'ethnologie et d'anthropologie caractériseront désormais trois étapes, à la fois autonomes et séparables, d'une même démarche d'ensemble. L'ethnographie correspond à la phase d'élaboration des données qui nourrissent l'entreprise monographique. Avec l'ethnologie se développent les premiers pas vers la synthèse, susceptible d'être développée dans plusieurs directions : géographie, historique ou systématique. L'anthropologie, quant à elle, par le moyen de la comparaison, de la généralisation et du passage à la mise en forme théorique, met les résultats de l'investigation ethnologique au service d'une « connaissance générale de l'homme ».

L'exemple qui suit nous permet d'élaborer tous les champs de l'ethnographie à l'anthropologie.

1. Pédiopsychiatre C.H. de Martigues, chercheur associé au Laboratoire SSD/UMR ADES, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2.

2. Anthropologue, CNRS, directeur du DESMID, UMR 6012 ESPACE, 1 rue Parmentier, 13200 Arles (danielbley@aol.com).

3. Anthropologue, chercheur associé au Laboratoire SSD/UMR ADES, Université Victor Ségalen, Bordeaux 2 (nvernazza@aol.com).

1. Projet de recherche : « Représentations, comportements et gestion du paludisme dans une plantation en forêt tropicale au Sud Cameroun », financé par le Ministère de la Recherche, programme Pal+, 2002 (responsables scientifiques Bley D., Abega S.C., Vernazza-Licht N.)

D'une étude détaillée des dessins de chambre à coucher qui nous a permis une sorte d'ethnographie du dessin, nous sommes passé à une ethnologie des rituels de sommeil (couchers, levers).

Une approche psychologique nous a permis de prendre en compte les dimensions fantasmatiques du dessin avec la notion de partager ou non cet espace commun qu'est la chambre à coucher en Afrique.

Une dimension médicale nous a permis de relier ces travaux à une maladie : le paludisme et à un objet : la moustiquaire, et développer par cela la notion plus générale d'anthropologie médicale.

Par la suite, il est possible dans une optique de comportement de prévention d'aller dans le sens d'une anthropologie médicale appliquée.

Etude du dessin de la chambre à coucher dans le cadre d'une recherche sur le paludisme (France-Cameroun)

Une formation pluridisciplinaire en tant que pédopsychiatre et anthropologue nous a permis d'aborder le champ médical du paludisme dans un contexte d'une équipe de recherche interdisciplinaire, notamment dans le domaine de l'anthropologie sociale et biologique, avec la participation au programme Pal +.

Il s'agit plus globalement d'une recherche destinée à apprécier les comportements de prévention et de soins et les représentations des populations et des professionnels de santé vis à vis du paludisme au Cameroun, maladie qui occasionne dans le monde plus de 2 millions de morts par an.

Les populations les plus vulnérables sont les femmes enceintes et les enfants (WHO/UNICEF, 2003). 90 % des décès liés au paludisme surviennent en Afrique, surtout chez les enfants de moins de 5 ans (Bley 2004).

Dans le cadre de l'étude menée dans une plantation du Sud Cameroun où résident à l'année les travailleurs et leurs familles, nous avons travaillé en nous inspirant de l'ouvrage de Pascal Dibié, en faisant une sorte « d'ethnologie de la chambre à coucher ».

Il nous est apparu primordial de nous pencher d'un premier abord sur le sommeil des enfants.

Quoi de mieux que de faire dessiner les enfants, qui est un de leur moyen d'expression privilégié.

En nous inspirant de notre formation en psychologie de l'enfant, nous avons demandé, dans un premier temps, à notre population infantile qui fréquente un centre de consultation en France, « dessine moi ta chambre à coucher » en faisant écho aux travaux de Florence Goodenough sur le test du bonhomme et la phrase « dessine un bonhomme aussi beau que possible ».

Conjointement, nous avons élaboré un questionnaire autour des pratiques de la chambre à coucher, des rituels de coucher ainsi que sur les rêves et les cauchemars, en privilégiant les questions autour des réveils et des levers des enfants.

Au niveau du dessin de la chambre à coucher, nous avons

constaté certains faits : il s'agit en général de dessins vus de dessus et au fur et à mesure que l'âge avance, le dessin se fait de plus en plus avec une seule couleur, de préférence le noir et s'apparente à un dessin plan.

Ce qui est caractéristique de ces dessins de chambre à coucher d'enfants occidentaux, c'est qu'en général l'enfant dort seul et que les parents effectuent de moins en moins de rituels de coucher dans les chambres des enfants, mais il s'agit aussi d'une population de consultation en pédopsychiatrie.

L'enfant dort seul mais s'en plaint, se lève souvent pour aller aux toilettes, boire ou rejoindre ses parents quand le couloir est allumé. Ceux-ci à leur tour se plaignent de ces incursions.

Dans le descriptif de la chambre à coucher, les objets sont très présents avec un monde d'objets transitionnels comme les peluches, et plus tard on retrouvera les posters de l'équipe de foot et des vedettes.

La télévision prend une place privilégiée et est souvent représentée dans la chambre ainsi que la play-station, surtout en fonction du niveau social.

Sur le plan bibliographique, en travaillant sur les travaux d'Hélène Stork notamment, nous nous sommes aperçus de la grande différence d'occupation sociale de la chambre à coucher chez l'enfant occidental et africain. Dans son introduction à la psychologie anthropologique, elle note sur les rituels de coucher : « en France, on est persuadé que la proximité entre l'enfant et l'adulte entraîne une dépendance réciproque. De là vient l'habitude de faire coucher le bébé hors de la chambre parentale et d'éviter même de le prendre dans les bras ou de le bercer quand il pleure ! »

On peut différencier les pratiques entre les sociétés « à berceaux » qui ont mis au point des systèmes permettant de maintenir un certain niveau de protection du bébé hors du corps d'un adulte, et les sociétés « sans berceaux » où l'enfant, comme au Japon, en Océanie, en Afrique, par exemple, dort contre sa mère (ou un autre adulte ou enfant âgé) très souvent par terre, posé sur une simple natte.

Ces différents éléments nous ont permis de compléter notre questionnaire, afin de mieux préciser les liens existant entre les pratiques autour du sommeil des enfants en Afrique et les mesures adoptées en matière de prévention du paludisme, notamment en ce qui concerne l'usage de la moustiquaire.

En effet, le fait que l'enfant dorme seul ou à plusieurs, se lève la nuit ou non, est bordé ou non par ses parents, laisse inaugurer du bon ou du mauvais usage de la moustiquaire, s'il y en a une, ainsi que des différentes pratiques autour de la fermeture ou non des fenêtres, de l'usage ou non d'insecticide et d'un objet qui fait son apparition : le ventilateur. Nous prenons aussi en compte la climatisation.

L'enquête a été menée à partir d'entretiens et de dessins d'enfants scolarisés en école primaire dans une plantation du Sud Cameroun.

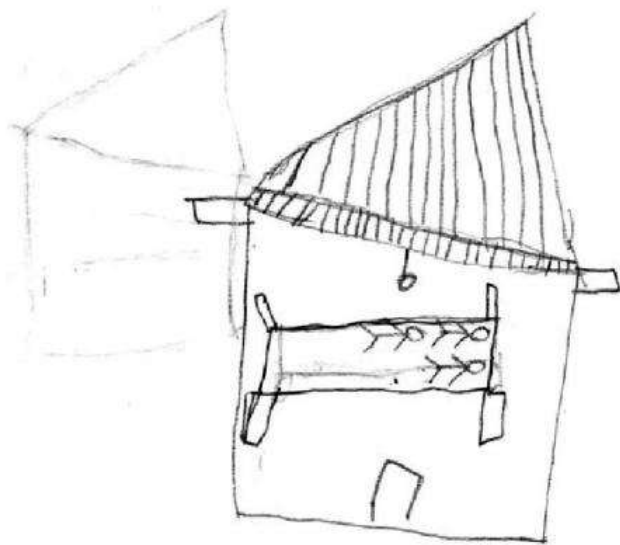
Les entretiens nous ont permis de mieux cerner l'aspect véridique des dessins d'enfants et de constater qu'en généré-

ral la moustiquaire est un objet qui peut être fantasmé et rajouté au dessin même si elle n'est pas réellement présente dans la chambre, mais elle peut être présente dans les autres chambres.

L'enquête s'est effectuée de prime abord auprès d'enfants scolarisés en école primaire dans la plantation, dans un village qui concerne à la fois des cadres et des ouvriers. Nous avons fait dessiner toutes les classes du CP au CM2 afin d'étalonner notre enquête, soit 200 enfants. Les dessins sont accompagnés de 8 questions à partir du CE2, niveau où l'écriture est mieux acquise.

Les CP

L'âge au CP est en moyenne de 7 ans 3 mois pour 53 enfants. Le dessin représente une maison et non une pièce comme chez les enfants de l'enquête française. La maison est en général vue de face avec portes, fenêtres et toit. La pièce est non délimitée. Le lit est vu par transparence. Dans la très grande majorité, les personnages, quand ils existent, sont situés sur le lit (dessin n° 1). Seulement 3 enfants n'ont pas dessiné le lit. Il n'apparaît pas de moustiquaire sauf 2 cas limites, mais on voit une fois des moustiquaires aux fenêtres dans une maison représentée comme aisée avec un ventilateur.



17 enfants se représentent avec des frères et sœurs dans le lit, ce qui est le reflet de la réalité suite aux renseignements demandés par le maître.

23 enfants ne représentent pas de personnages dans le lit, alors qu'ils dorment à plusieurs.

6 enfants se représentent seuls alors qu'ils dorment avec leur mère, leur frère ou leur sœur.

4 enfants seulement dorment seul et ne représentent pas de personnages ou un seul. De fait 87 % ne dorment pas seul.

Nous citerons un étudiant africain qui dira : « le concept de chambre à coucher à occupant unique n'est que très rarement expérimenté, quand on ne le connaît pas du tout, on ne l'a jamais connu ».

Le rôle de la fratrie apparaît primordial pour la place laissée dans le lit. Seules quelques mères dorment avec leurs enfants, aucun père.

L'absence de moustiquaire dessinée peut prouver une non maîtrise du dessin ou que les enfants, autour de 7 ans, n'en possèdent pas.

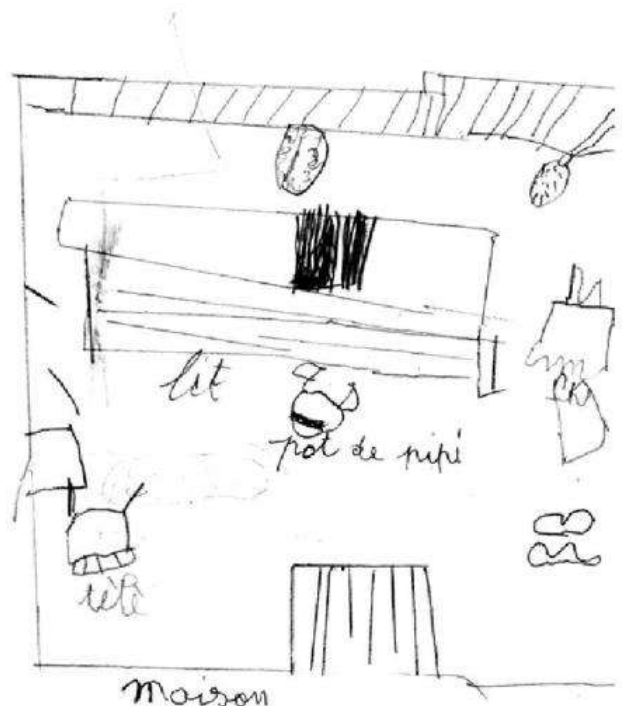
Les quelques objets représentés sont des tables, chaises, télévision (2 fois), mais aussi ventilateur (3 fois) et l'ampoule électrique (7 fois).

Les CE1 ont en moyenne 7 ans 9 mois pour 59 enfants.

De plus en plus d'éléments rentrent en compte, on peut retrouver parfois des pièces séparées. Par contre, il y a moins de personnages mais apparaissent des moustiquaires sur le lit et quelques ventilateurs.

Un dessin (dessin 2) intéressant mettra en avant le « pot de pipi », objet relativement indispensable. L'enfant, en effet, a peur de sortir la nuit et s'il le fait, laisse la lumière et la porte entrouverte pour satisfaire ses besoins et laisse entrer les moustiques. Les toilettes sont en général à l'extérieur. Souvent il y a des lits superposés ce qui ne facilite pas les déplacements nocturnes ni le maintien et la mise en place de la moustiquaire.

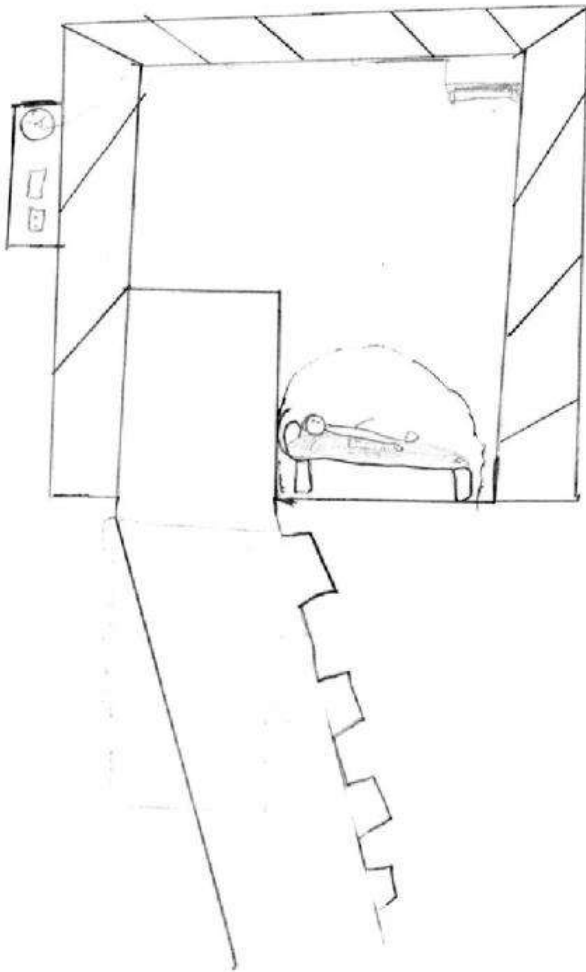
Dans les objets représentés, nous retrouvons le ventilateur (14 fois), la télévision (10 fois), le plus souvent représentés sur le même dessin. Un bon niveau socio-culturel apparaît comme un facteur obligé pour avoir ces objets.



Les CE2 permettront une analyse plus fine car complétée par un questionnaire. La classe de CE2 composée de 47 enfants avec un âge moyen de 8 ans. Deux dessins seront non utilisables.

Tous ont dessiné un lit, l'architecture traditionnelle, porte-fenêtre-toit, laisse par moment place à des vues de dessus et parfois une vision des sanitaires.

26 ne dessinent pas de personnages, 16 se dessinent seuls (dessin 3), alors que 7 seulement écrivent qu'ils sont seuls dans leur lit, 3 sur 47 sont seuls dans leur lit et dans leur chambre. 86 % partagent leur lit.



Nous assistons là à une tentative d'appropriation de l'espace commun qui, si dans le réel est forcément partagé, dans l'imaginaire l'enfant cherche à le vivre seul.

La moustiquaire peut être représentée dans certains cas, alors que l'enfant écrit ne pas en avoir. Il semblerait que l'appropriation de cet objet soit aussi fantasmée.

Les objets sont de plus en plus présents mais restent stéréotypés, lampes, chaises, mais apparaissent des vêtements sur des cintres. Une institutrice dans une partie plus éloignée de la plantation nous dira que la présence des vêtements dans les chambres favorise la permanence des moustiques.

Tous, sauf un, répondent « oui » à la question « est-ce que tu te lèves la nuit » et 36 sur 47 à la question « pourquoi » répondent « pour faire pipi », autant les garçons que les filles.

On voit donc là, sans que nous ayons pu évaluer la fréquence des levers, la difficulté de mettre en place une moustiquaire tout au long de la nuit sans compter la fratrie qui se lève aussi.

27 (soit 57 %) disent posséder une moustiquaire et 18 (soit 38 %) la dessinent.

Nous sommes ici dans des milieux relativement aisés de la plantation, mais tous ont eu le paludisme sauf deux, « pas encore » répondra un enfant. Ces deux enfants disent ne pas avoir de moustiquaire mais la dessine. Un enfant dessinera des fleurs.

Les CM1

Les CM1 ont un âge moyen de 10 ans 3 mois et se rapprochent de la classe de CM2 qui a un âge moyen de 10 ans 7 mois. Certains éléments sont écrits et nommés dans le dessin.

Seulement 7 enfants sur 31 dessinent des personnages dans le lit.

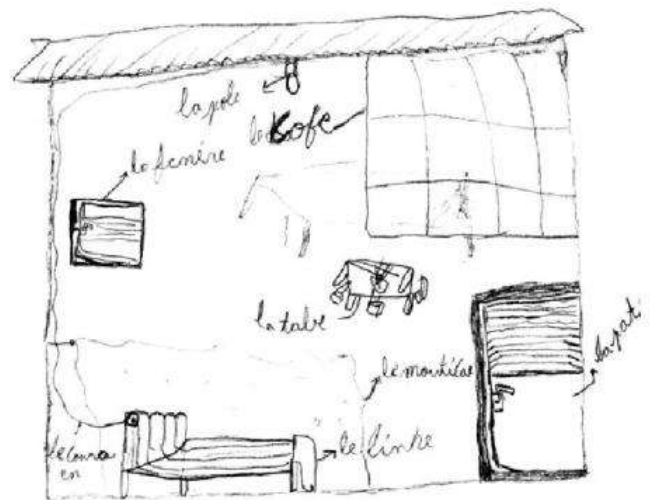
5 dorment seul dans leur lit mais aucun seul dans la chambre.

Tous ont eu le paludisme sauf un qui dort seul dans son lit, avec une moustiquaire et ne se lève pas la nuit (dessin 4). On notera la présence de l'interrupteur à l'intérieur de la moustiquaire, détail de grande importance pour border correctement la moustiquaire et ne pas l'abîmer.

7 ne se lèvent pas la nuit, dont un qui dit « parce que j'ai peur ».

Tous les autres se lèvent la nuit pour uriner, mais apparaissent des réponses sporadiques « parce que j'ai fait un mauvais rêve » (4 cas) et parce que « je ressens trop de chaleur » dit un enfant qui dort sous moustiquaire mais ne la dessine pas.

On peut émettre aussi l'idée que l'objet moustiquaire peut être possédé mais non utilisé ou utilisé pour un autre lit.



Les CM2

Les CM2 ont plus souvent une vision vue de plan de la chambre, aucun sur une classe de 22 ne dessinera de personnages. Par contre dans un autre CM2 de moins bon niveau socio-culturel, 7 sur 27 dessineront un personnage.

Un seul dort seul dans sa chambre mais rajoutera « je dors avec mon chien Loulou ». Tous dorment avec une partie de leur fratrie sauf un.

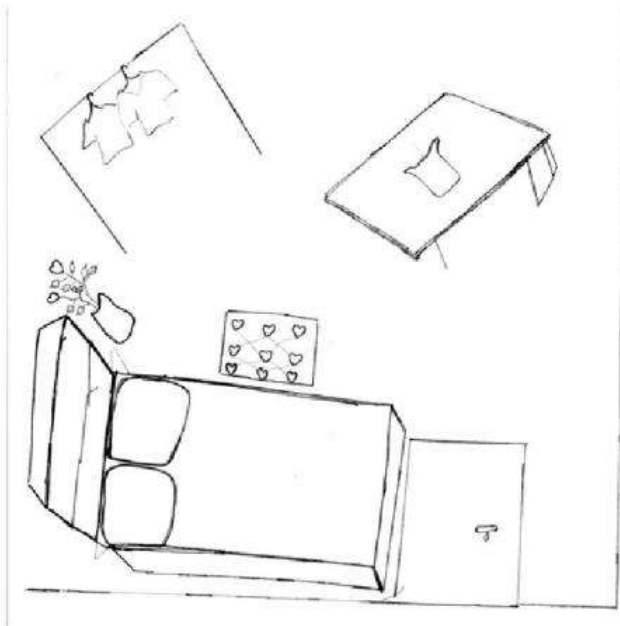
9 dessinent une moustiquaire et disent l'avoir. Un enfant dira « nous avons la moustiquaire », indiquant par là que

le fait d'avoir possédé la moustiquaire lui permet de dire qu'elle dort sous moustiquaire.

68 % ont une moustiquaire et 45 % la dessine.

4 enfants seulement diront ne pas avoir eu le paludisme et dessinent des chambres à coucher de bon niveau socio-culturel, dont un avec peut-être la climatisation.

Sur les 4, seul un dira ne pas dormir avec la moustiquaire. Cet enfant dessinera un dessin vu de plan de la chambre avec un intérieur soigné et semble-t-il aéré, avec la présence de plantes aromatiques répulsives (dessin 5).



5 ne se lève pas la nuit mais pour les autres apparaissent deux réponses nouvelles « je me lève pour faire mes devoirs » ou « pour éteindre la lumière ». 15 se lèvent pour aller faire pipi soit 68 %.

Ce CM2 correspond en fait au CM2 de bon niveau avec essentiellement les enfants de cadres.

Cependant, on s'aperçoit que la plupart ont eu le paludisme et n'ont pas été protégé par la moustiquaire, mais nous ne connaissons pas la fréquence des crises.

Dans des endroits plus éloignés de la plantation, certains enfants répondront à la question « est-ce que tu te lèves la

nuit » non seulement « pour faire les devoirs » mais aussi « pour faire la vaisselle dehors ».

Les questionnaires individuels nous permettront, à partir de cet étalonnage d'affiner les différentes problématiques autour de la mise en place et surtout l'utilisation des moustiquaires imprégnées dans les autres lieux de la plantation.

A partir de cette étude, une enquête a été menée parallèlement dans une ville côtière (Kribi) par un étudiant africain en psychologie sur le « rôle des comportements nocturnes dans la prévention du paludisme chez l'enfant ». Dans le cadre de ce projet, cette première enquête nous a permis de rattacher ces travaux aux travaux effectués dans la même plantation sur l'usage de la moustiquaire imprégnée.

En conclusion

Nous ferions l'hypothèse que si l'enfant français se plaint d'être seul dans sa chambre à coucher, l'enfant africain désirerait lui être seul et occuper seul l'espace commun dans l'univers fantasmagorique du dessin.

La majorité des enfants français et africains, dans le cadre de cette étude disent se lever la nuit, ce qui rend caduque la précaution « de border » la moustiquaire. Plus l'enfant est jeune, plus il se lève.

D'autre part, nous constatons que peu d'enfants africains, dans un niveau social très favorisé dans le cadre d'une plantation, réchappent aux crises de paludisme même si dans un cadre un peu exceptionnel les moustiquaires ont été distribuées. Il faut donc noter à partir des dessins où l'enfant n'a pas eu le paludisme que certains détails pratiques comme l'aération, la présence de la climatisation, une moustiquaire dans lequel est intégré le dispositif électrique apparaissent primordiaux pour les comportements de prévention.

La pratique de la moustiquaire imprégnée peut être un élément préventif de haut niveau si les conditions d'application sont effectuées et là rentrent en ligne de compte tous les facteurs sociologiques, psychologiques et anthropologiques.

Le niveau socio-économique déterminera l'acquisition pour tous de la moustiquaire et si cela permettra une baisse du réservoir humain du paludisme et une franche reculée de celui-ci.

Tableau récapitulatif

Classe	Age moyen	Nombre	Dessinent le lit	Dessinent la moustiquaire	Possèdent la moustiquaire	Dessinent plusieurs personnages	Dessinent un seul personnage	Sont seuls dans le lit	Se lèvent la nuit	Pour faire pipi	N'ont pas eu le paludisme
CP	7ans 3mois	53	50 (94 %)	0	X	19 (35 %)	11 (20 %)	7 (13 %)	X	X	X
CE1	7ans 9mois	59	57 (96 %)	11 (18 %)	X	2 (3 %)	10 (17 %)	X	X	X	X
CE2	8 ans	47	47 (100 %)	18 (38 %)	27 (57 %)	4 (8 %)	16 (34 %)	7 (14 %)	46 (98 %)	36 (76 %)	2 (4 %)
CM1	10ans 3mois	31	31 (100 %)	13 (31 %)	16 (39 %)	2 (6 %)	5 (16 %)	5 (16 %)	24 (77 %)	19 (61 %)	1 (3 %)
CM2	10ans 7mois	22	20 (90 %)	10 (45 %)	15 (68 %)	0	0	1 (4,5 %)	17 (77 %)	15 (68 %)	4 (18 %)

X : correspond à des données non recueillies

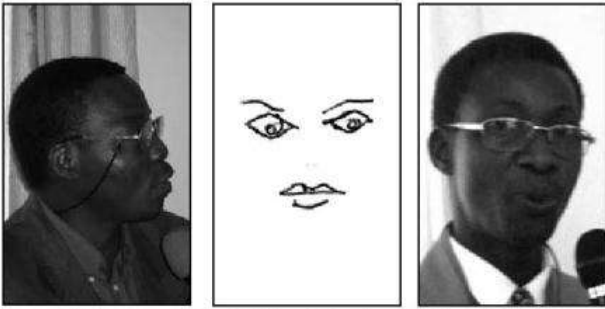
NB : Ce tableau n'a pas de valeur statistique mais donne des indications sur un petit échantillon.

Bibliographie

1. ASSAKO ASSAKO R.J., VERNAZZA-LICHT N., SIMARD F., « *Intérêt d'une approche interdisciplinaire pour étudier le paludisme et les maladies à transmission vectorielle au Cameroun dans un contexte de mousson* », colloque interdisciplinaire sur la mousson africaine – programme Mousson (AMMA – SHS), Paris, 21-22 juin 2007.
2. BLEANDONU G., « *A quoi rêvent nos enfants* », Paris, Ed. Odile Jacob, 2002.
3. BONTE Pierre, IZARD Michel : « *Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie* », PUF, Paris 1991.
4. BLEY D., GRUENAI S M.E., VERNAZZA-LICHT N. (dir.), (à paraître) « *Santé et milieu de vie. Pratiques interdisciplinaires et regards croisés Nord/Sud* », IRD.
5. BLEY D. Atelier intégratif du programme PAL+, « *Recherche sur le paludisme et son association à d'autres maladies transmissibles, pour les pays en développement* », NSS, 2, 2004.
6. DIBIE P., « *Ethnologie de la chambre à coucher* », Paris, Editions Métailié, 2000.
7. GOODENOUGH Florence, « *L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme* », Paris PUF 1956.
8. MBETOUMOU M., « *Le projet de distribution de la moustiquaire imprégnée P.P.T.E.. Du national au local le cas de la concession hévéicole à Niété (Cameroun)* », mémoire de Master 2 d'anthropologie, université Bordeaux 2, 2004, 113 p..
9. ROBERT P., Le Petit Robert (dictionnaire), Paris, Edition Le Robert, 1984.
10. ROLL BACK MALARIA/WORLD HEALTH ORGANIZATION, « *The Abuja Déclaration and the Plan of Action* ». An extract from the African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, 25 avril 2000, 11 p. pp2. www.rbm.who.int/.
11. SIFA NDUIRE C., ABEGA S., VERNAZZA-LICHT N., « *Banalisation du paludisme et perception du risque à Kribi* », in : GRUENAI S M.E., VERNAZZA-LICHT N. (dir.), 2008, « *Fièvres, prévention et perception de l'environnement au Cameroun* », Rapport, ATC Environnement/Santé, 101-119, multig.
12. ROYER Jacqueline : « *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme* », Editest, Bruxelles 1977.
13. SAUZADE S., BLEY D., « *Le sommeil chez l'enfant, approche ethno-psychologique* » in Psy-Cause n° 38, Lyon, édition Mario Mella 2004.
14. SAUZADE S., BLEY D., « *Une affiche ... pour remédier au paludisme* », Psy-Cause n° 43, Lyon, édition Mario Mella, 2006.
15. STORK Hélène, « *Introduction à la psychologie anthropologique* », édition Armand Colin/HER, Paris, 1999.
16. VERNAZZA-LICHT N., MBETOUMOU M., SIFA C., ABEGA S., MUDUBU L., BLEY D., « *L'usage de la moustiquaire imprégnée : une question de santé ou d'environnement*, colloque Milieux de vie et Santé, quelles pratiques interdisciplinaires ?, 18èmes Journées scientifiques de la SEH, Marseille, 5 juillet 2006.
17. WHO/UNICEF, « *The Africa Malaria Report* », 2003, www.who.int/.



Lit et moustiquaire de la chambre de l'un des enfants étudiés.



Joseph Agossou¹ J. Didier Adedemy² Francis Tognon³



F. Challa Prosper Gandaho⁴ Simon Akpona⁵

Problématique de l'accompagnement psychosocial des parents d'enfants malades ou décédés dans le service de Pédiatrie du Centre Hospitalier Départemental du Borgou

L'accompagnement psychosocial est la démarche par laquelle le personnel soignant apporte une réponse à la demande du patient ou de la famille dans le but d'un soutien et d'une acceptation de sa situation, de lui permettre de développer des attitudes positives en vue de vaincre la maladie ou l'état. Cet accompagnement est l'ensemble des informations et actions développées à l'endroit du client et de son entourage en vue de l'aider à mieux connaître sa maladie, à mieux vivre avec sa maladie tout en restant bien intégré dans son environnement. Son but est le maintien de l'équilibre psychologique du client et une bonne relation avec son entourage. Il s'adresse au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche (ainsi en est-il, par exemple, des médiateurs).

Constats

Nous constatons l'existence d'un vide institutionnel et organisationnel de la prise en charge des parents d'enfants et des accompagnants lors de la maladie ou lors du décès. Bien sûr il existe des structures pouvant pratiquer cet accompagnement, mais le personnel qualifié dont elles disposent est insuffisant.

1. Psychiatre, Bénin

2. Pédiatre, Parakou

3. Psychiatre, Doyen de la faculté de médecine de Parakou

4. Professeur de psychiatrie, Parakou

5. Biochimiste, Recteur de l'université de Parakou

Analysons la situation que nous avons diagnostiquée dans le service de Pédiatrie du CHD-B (1), dans les 60 lits à la disposition de la pédiatrie Générale, qui comptabilise 3571 hospitalisés en 2007 :

- L'absence de structure d'accompagnement des parents (entretien dans le cadre de la maladie, entretien dans le cadre de l'aide psychologique nécessaire) au cours de la maladie
 - La mortalité intra-hospitalière :
 - globale 393 / 3571 hospitalisés (11%)
 - néonatale 176 / 793 nouveaux nés hospitalisés (22,2%)
- Soit environ 393 familles éplorées dans l'année à soutenir.

Indications de l'accompagnement

- **Pathologies diverses dont les pathologies chroniques :**
 - drépanocytose,
 - malnutritions avec déficit psycho-affectif, qui concernent la relation mère/enfant,
 - VIH avec ses deux volets : le sida maladie et le suivi d'enfants de mère séropositive,
 - asthme,
 - tuberculose (pulmonaire et extra-pulmonaire).
- **Pathologies aiguës :** paludisme grave neurologique et anémique, méningites et méningo-encéphalites, les IRA basses.
- **Urgences néonatales** dont les malformations.
- **Parents et accompagnants éplorés.**
- **En cas de décès l'annonce** se fait par l'intermédiaire d'un personnel non formé dans un contexte brutal, sans préparation.
- **En cas d'abandon** (enfants abandonnés) ou autres carences affectives.

Qu'est-ce qui est fait actuellement?

- Dans le service :
 - entretien individuel ou de groupe,
 - recours au service de psychiatrie (encore faiblement utilisé),
 - recours au service social.
- En dehors du service :
 - recours des parents aux psychothérapeutes traditionnels à cause du vécu de la maladie chez nous.

Les intérêts de ce que nous avons mis en place

Nous avons obtenu un meilleur suivi thérapeutique au long cours lors des pathologies chroniques. Il y a une meilleure observance thérapeutique chez ces patients dans le cadre de la spécificité de la pédiatrie où l'administration des médicaments (oraux) dépend de l'adhésion des parents au traitement. De plus, nous avons favorisé un épanouissement personnel.

Nous avons ainsi pu effectuer tout un travail de prévention de l'apparition de troubles psychologiques et psychiatriques chez les sujets affectés/ exposés ou présentant un risque particulier. Nous avons établi une bonne relation thérapeutique. Notre pratique s'est enrichie d'un travail en interdisciplinarité. Et nous avons créé un nouveau climat permettant une éviction des évasions et des sorties contre avis médical.

Conclusion

L'accompagnement psychosocial des parents d'enfants malades/décédés en milieu hospitalier devrait favoriser la compréhension de la maladie, l'observance et un meilleur vécu de la situation.

Nécessité de la mise en place d'une structure multidisciplinaire de prise en charge des familles en situation d'appel à l'aide.



Le roi d'Illikimou en compagnie de sa ministre des enfants, Monique Wagner, lors de la réception des congressistes.



Émile Mensah¹ Alexandre Allode² Bouraïma Mama³



Francis Tognon⁴ Prosper Gandaho⁵

Adénome prostatique au CHDU – Parakou : vécu psychosocial pré et post-opératoire des patients

Introduction

L'adénome de la prostate est une hypertrophie bénigne. Il représente trois patients opérés par mois au CHDU-P entre 1^{er} Janvier 2006 et 31 Décembre 2007. Il est la hantise des patients qui en sont porteurs. Des inquiétudes multiples exprimées par les patients en phases pré et post-opératoires, nécessitent approches de solutions à court, moyen et long terme.

Nos objectifs sont de répertorier les inquiétudes pré et post-opératoires des patients, de soulager sur le plan chirurgical les patients avant et après l'acte opératoire, de proposer une prise en charge psycho-sociale de tout patient adénomectomisé prostatique.

Patients et méthodes

- Lieu d'étude : CHDU-Parakou.
- Période : du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2007.
- Nombre de patients : 35.
- Âge des patients : 45 à 80 ans (moyenne d'âge: 68 ans).
- Recueil des inquiétudes pré et postopératoires librement exprimées chez tous les patients.

1. Chirurgien, Parakou

2. Chirurgien, Parakou

3. Chirurgien, Parakou

4. Psychiatre, Doyen de la faculté de médecine de Parakou

5. Professeur de psychiatrie, Parakou

Critères d'inclusion :

- Patients hospitalisés, prêts à être opérés.
- Traitement médical antérieur contre les symptômes d'adénome prostatique ou non.

Critère d'exclusion :

- Patients porteurs d'adénome prostatique suivis à titre externe.

Résultats

1. Inquiétudes préopératoires des patients :

- 8 patients (22,85% des cas) se posent la question : l'adénome prostatique est-il la conséquence d'une activité sexuelle excessive ?
- Selon les 11 patients âgés de 45 à 65 ans, s'agit-il d'une affection sexuellement transmissible ?
- Pour 5 patients, l'adénome prostatique peut-il être une source d'infections génito-urinaires ?
- S'agit-il d'une affection héréditaire ? nous demandaient 10 patients.
- Une question fait l'unanimité des 35 patients : quelles seront les conséquences en l'absence de traitement chirurgical ?
- Selon 4 patients, s'agit-il d'un envoûtement ?
- Pour 7 malades antérieurement soumis à un traitement médical, celui-ci est-il définitif ?
- Y aura t-il des interdits alimentaires après traitement ? nous demandaient tous les patients hospitalisés.
- Pour tous les patients, quelles seront les techniques opératoires possibles ?

- Six patients parmi les 11 âgés de 45 à 65 ans étaient polygames et nous demandaient quelles seraient les conséquences du traitement chirurgical sur la procréation.

2. Intervention chirurgicale

Elle est réalisée sous AG (16 cas) et ALR (19 cas). Une technique unique est utilisée : l'adénomectomie prostatique par voie transvésicale. L'énucléation de l'adénome est aisée. Est posée une sonde vésicale de Foley à demeure et mis en place un lavage continu de la vessie. L'étude anatomopathologique des pièces opératoires est effectuée.

3. Suites opératoires (immédiates)

- Simples chez 31 patients (88,57 % des cas)
- Complicées chez 4 patients (11,43 % des cas):
 - 1 cas d'anémie non décompensée,
 - 1 cas d'insuffisance rénale aigüe,
 - 1 cas d'incontinence d'urine,
 - 1 décès (patient insuffisant cardiaque, suivi).
 (3 complications sur 4 avaient été maîtrisées).

4. Inquiétudes postopératoires des patients

- Le traitement chirurgical empêchera-t-il une sexualité normale ? nous demandaient les 24 patients âgés de plus de 65 ans.
- Les six patients polygames parmi les 11 âgés de moins de 65 ans nous demandaient si l'intervention chirurgicale leur entraînerait une impuissance sexuelle.

Commentaires

La prostate est une petite glande de 10g située au carrefour des voies urinaires et génitales, dont la taille augmente avec l'âge, qui se contracte lorsque l'homme urine et secrète le liquide prostatique qui représente 80% de la composition du sperme.

Les causes exactes de l'adénome sont inconnues :

- envoûtement ???

- la prostate est un organe soumis à l'influence des hormones sexuelles (surtout la testostérone).

Le traitement de l'adénome prostatique :

- **Dans tous les cas** : des mesures hygiéno-diététiques (évitement de café, alcool, épices).
- **Symptômes modérés** : une surveillance clinique et biologique
- **À un stade plus avancé** : un traitement médical au choix avec durée fonction de l'évolution :
 - extraits de plantes,
 - alpha bloquants,
 - inhibiteurs de la 5 alpha réductase.
- **Si traitement médical inefficace ou complication** : c'est alors le traitement chirurgical avec technique opératoire fonction de la taille prostatique :
 - résection transurétrale,
 - adénomectomie prostatique (transvésicale).
 - (Autres moyens : utilisation de laser, chaleur, froid, radio fréquence ou ultrasons).

Les suites opératoires :

- Nous n'avons relevé ni infection urinaire, ni éjaculation rétrograde, ni trouble de l'érection dans notre série.
- L'impuissance sexuelle est exceptionnelle, souvent psychologique ou rattachée aux suites opératoires compliquées.
- La sensation éjaculatoire est maintenue, mais l'éjaculation rétrograde est constatée.
- L'infertilité en cas d'absence de prostate est certaine.

Conclusion - Perspective

L'hypertrophie prostatique est une conséquence du vieillissement. Elle doit cesser en réalité d'être considérée comme une maladie lorsqu'elle n'est pas gênante. Elle nécessite une prise en charge psychosociale même en l'absence d'acte opératoire car, selon le Professeur Desgrandchamps F., "avoir une grosse prostate lorsque l'on vieillit, c'est comme avoir des cheveux blancs, c'est normal"



Vue d'une unité de soins du CDHU - Parakou, depuis la salle du congrès.



S. Alexandre Allode¹ Émile Mensah² Spéro Hounkpatin³
Sonia Boni⁴
Blaise Tchaou⁵



Francis Tognon⁶ Prosper Gandaho⁷

Manifestations psychiatriques et neurologiques du traumatisé crânien (à propos de 17 cas)

Introduction

La gravité du traumatisme crânien est beaucoup plus en rapport avec la lésion encéphalique (le contenu) qu'avec la lésion de la boîte crânienne (le contenant). L'atteinte de cet organe noble (l'encéphale), centre de commande et de régulation du corps et des fonctions de vie peut entraîner la mort ou de véritables perturbations parmi lesquelles nous pouvons citer, outre les troubles neurologiques, les troubles psychiatriques tous de gravités variables.

But de l'étude

- Répertoire les malades traumatisés crâniens qui ont présenté des troubles psychiatriques ou neurologiques.
- Recenser les diagnostics évoqués et apprécier la prise en charge thérapeutique.
- Répertoire les malades traumatisés crâniens qui ont présenté des troubles psychiatriques ou neurologiques.
- Recenser les diagnostics évoqués et apprécier la prise en charge thérapeutique.

1. Chirurgien, Parakou

2. Chirurgien, Parakou

3. Médecin ORL, Parakou

4. Ophthalmologue, Parakou

5. Médecin anesthésiste réanimateur, Parakou

6. Psychiatre, doyen de la faculté de médecine de Parakou

7. professeur de psychiatrie, Parakou

Faculté de Médecine – Univ. de Parakou)

Cadre de l'étude

Les patients étudiés sont du Centre Hospitalier Universitaire de Parakou (*CHDU-P*) et concernent deux institutions : la Clinique Universitaire de Chirurgie Générale et la Clinique Universitaire de Psychiatrie.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2007. Nous avons revu en service de Psychiatrie 17 dossiers de patients traumatisés crâniens transférés de la chirurgie.

Critères d'inclusion des patients

1. Patients traumatisés crâniens reçus en urgence, hospitalisés et traités qui ont présenté au cours du traitement des troubles psychiatriques ou neurologiques.
2. Patients reçus en consultation externe pour des manifestations psychiatriques ou neurologiques après traumatisme crânien.
3. Patients sans antécédent psychiatrique familial ni personnel.

Critères d'exclusion

Tout patient traumatisé non crânien avec manifestations neurologiques ou psychiatriques.

Résultats

Ils représentent 6,43% des malades reçus en Psychiatrie et 2,83% des traumatisés crâniens reçus en chirurgie. *La*

répartition des malades selon l'âge et le sexe montre un cas masculin âgé de 10 ans (5,88%), un cas masculin et un cas féminin dans la tranche d'âge 11-20 ans (11,77%), 6 cas masculins (pic de fréquence) dans la tranche d'âge 21-30 ans (35,29%), 3 cas masculins dans la tranche d'âge 31-40 ans (17,65%), 2 cas masculins et 2 cas féminins dans la tranche d'âge 41-50 ans (23,53%), un cas masculin âgé de 53 ans (5,88%), avec donc une très forte prévalence masculine (14 cas sur 17). Si l'on répartit les malades selon la cause du traumatisme, on note qu'il s'agit essentiellement des accidents de la voie publique (pas de port du casque en particulier) : 14 cas sur 17, alors que l'on n'a que deux cas par traumatisme de jeu et un seul cas par rixe. La répartition en fonction du délai écoulé avant l'apparition des signes est la suivante :

- moins d'un mois : 5 cas (29,41%),
- de 1 à 18 mois : 8 cas (47,05%),
- de 19 à 42 mois (3 ans 5 mois) : 2 cas (11,17%),
- plus de 42 mois : 2 cas.

Les différents signes observés sont :

- céphalées,
- insomnies,
- Propos incohérents,
- troubles à type d'agitation,
- troubles de l'équilibre,
- troubles de comportement,
- troubles de la coordination,
- logorrhée,
- lourdeur de la tête,
- troubles amnésiques,
- théâtralisme,
- cénesthopathies,
- palpitations,
- aphasies,
- dysarthrie,
- paresthésie,
- hémiplégie,
- troubles de la concentration,
- comitativité,
- mutisme.

Le regroupement de ces signes a abouti aux diagnostics suivants :

- Manifestations psychotiques : 7 cas (41,17 %),
- Syndrome subjectif du traumatisé crânien : 4 cas (23,52 %),
- Troubles neurologiques : 4 cas (23,52 %),
- Syndrome subjectif à type de manifestations névrotiques : 2 cas (11,76 %).

La thérapeutique

La psychothérapie est au 1^{er} plan.

Elle est associée au *traitement médicamenteux utilisant les grands groupes suivants :*

- Neuroleptiques
- Hypnotiques
- Antidépresseurs
- Anxiolytiques
- Oxygénation cérébrale
- Complexes vitaminiques neurotropes
- Correcteurs (Artane...)
- Antalgiques.

Le suivi au long cours (18 mois)n'a été possible que chez 3 patients. Les autres, perdus de vue, sont peut-être entièrement guéris ou sont chez le tradipraticien. Il se pose pour le chirurgien en ce qui concerne ces patients un problème médico-légal par rapport au certificat médical de guérison qui doit faire part de leur Incapacité Permanente Partielle

Conclusion

La pathologie mentale peut se rencontrer dans tous les secteurs de la médecine ; et dans ces cas, ce n'est pas seulement le malade qui demande secours mais aussi son médecin traitant.





Émile Mensah

À propos d'un corps étranger intravésical de survenue inexplicquée

Introduction

AU BENIN, de nombreux phénomènes se réalisent, de cause inexplicquée. Nous rapportons le cas d'un sujet considéré en milieu médical occidental comme étant porteur d'une affection psychosomatique mais qui a présenté à l'exploration chirurgicale, un corps étranger intravésical de mécanisme inconnu, dans le but de susciter des explications probables.

Observation

Tout aurait débuté en juin 1997 à Anadana / Copargo, un arrondissement du nord-ouest du BENIN.

M... I... serait un sujet de sexe masculin, 14 ans (au moment où il s'était présenté à nous), scolarisé, sans antécédent traumatique révélé. Dans le souci de se présenter à l'examen d'entrée au collège, il aurait volé en 1997 une somme de cent cinquante francs (150 F) CFA dans la caisse de revenus du moulin de son grand-père, en vue de faire ses photos d'identité ; ce dernier qui serait craint dans le village pour ses effets maléfiques, aurait constaté la disparition de ses sous et aurait directement accusé son petit fils qui aurait toujours nié ce vol. Il lui aurait alors jeté un mauvais sort et l'enfant serait devenu régulièrement malade, souffrant alors de troubles de la miction urinaire à type de dysurie avec pollakiurie. Il aurait fini par abandonner ses études qui ne lui souriraient plus comme à l'accoutumée.

Il aurait alors quitté en 1998 ce village avec son père pour loger dans la ville d'à côté, Djougou. A ce niveau, les multiples consultations cliniques couplées avec des investigations paracliniques (biologiques et échographiques) réalisées à l'Hôpital de l'Ordre de Malte où exerçaient des praticiens hospitaliers français, n'auraient permis qu'à poser le diagnostic d'une affection psychosomatique greffée sur une infection urinaire chronique. Un traitement médical spécifique lui aurait toujours été institué, sans satisfaction.

Face à l'altération de son état général sur un mode "dépressif", il aurait quitté ce milieu sanitaire pour consulter dans d'autres villes du Nord-Bénin où exerçaient aussi des praticiens hospitaliers expatriés (belges à Boko / Parakou, italiens à Tanguéta et chinois à Natitingou). Toutes les investigations complémentaires auraient été infructueuses.

En Avril 1999, M... I... aurait été conseillé de consulter au Centre Hospitalier Départemental de l'Atacora à Natitingou où nous exerçons en qualité de chirurgien généraliste, tout découragé d'avoir été livré, selon lui, à un praticien hospitalier béninois. Entre-temps, la miction serait devenue uniquement possible, en position accroupie et avec une pression sur le pelvis. Nous avons alors pensé à un calcul vésical mobile, bien que l'échographie vésicale réalisée un mois plus tôt à l'Hôpital Saint Jean-de-Dieu de Tanguéta n'eût rien révélé. Une décision exploratrice chirurgicale avait alors été prise.

Sous rachianesthésie, on découvre après la cystotomie, un bracelet au niveau du col vésical en matière synthétique flexible (caoutchouc), circulaire et non sectionné, de 12 centimètres de diamètre et de 5 millimètres d'épaisseur ; ce bracelet d'abord tordu en forme de chiffre 8 en replié sous forme de deux chiffres 0, obstruait ce col. Il n'y avait dans la vessie que de micro calculs intimement accolés au corps étranger. Les méats urétéraux giclaient bien l'urine. A l'ablation du corps étranger, une sonde vésicale de FOLLEY avait été mise en place pour drainer l'urine durant la cicatrisation de la plaie vésicale.

Rappelons au passage que sur table d'opération, M... I... avait reconnu ce corps étranger que son grand-père le forcerait en rêve deux ans plus tôt, à introduire dans le méat urétral.

Les suites opératoires avaient été simples. C'était en postopératoire immédiat, que M... I... nous avait révélé cette histoire de 150 F (CFA). Il avait été mis en exeat au 9^e jour postopératoire, avec une vie normale.

Commentaires

C'était le caractère flexible du corps étranger qui permettait les jets urinaires entrecoupés de douleurs, lors de la miction sous pression pelvienne. Les micro calculs seraient dus au séjour prolongé du corps étranger dans la vessie.

Mais le diamètre de l'urètre de cet enfant même après dilatation, ne pouvait pas accepter ce corps étranger ainsi plié, jusqu'à le positionner à la jonction uréthro-vésicale, alors

qu'il n'existait sur son corps, aucune cicatrice cutanée même minime, pouvant faire imaginer la voie de sa pénétration dans la vessie.

Le mystère demeure.

Conclusion

Il nous a été difficile de rattacher une explication à cette exploration. Les avis des uns et des autres pourront nous aider à comprendre le mécanisme.



Ouidah : Ministère de la semence originelle.



Pierre Evrard

Où se cache l'hystérie disparue ?

Que de discours tenus sur l'hystérie depuis 4 millénaires !

Constant défi lancé à la médecine, un temps monopole des tribunaux ecclésiastiques (tantôt saintes tantôt sorcières), les hystériques inventèrent la psychanalyse ; la « talking cure » (cf. Anna O.) consistant à leur donner la parole. Ce fut là le coup de génie de Freud. Celui de Lacan fut de démontrer que tout sujet qui parle est ipso facto en « position hystérique ».

Que l'Hystérie disparaisse des nouvelles classifications (DSM, CIM10) se justifie-t-il par le champ trop vaste qu'elle couvre ?

La collection de « troubles » qui s'y substitue nous ramène à une situation antéfreudienne. Le « trouble » n'est plus qu'une déviance par rapport à une norme, du négatif à éradiquer, du déficit à rectifier.

Le symptôme, en tant que compromis d'un conflit intrapsychique auquel le sujet est attaché, (ce qu'il découvre entre autres dans un travail d'inspiration psychanalytique) ne peut être réduit à un dysfonctionnement à corriger.

L'hystérie se retrouve désarticulée : personnalité histrionique, troubles somatoformes, troubles dissociatifs de conversion (amnésie, fugue, états de transe, convulsions, personnalités multiples), sans compter bien sûr les troubles de l'humeur, les dysfonctionnements sexuels, les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, etc.

Chaque « symptôme » représente une cible pour des spécialités pharmaceutiques et pour des méthodes thérapeutiques « spécialisées ».

Or ce qui fait l'unité et la singularité de l'hystérie n'est pas la nature plus ou moins spectaculaire du symptôme réduit au rang de **signe** d'une maladie mais sa qualité de **message**. Il s'adresse à l'**Autre**. « Ca parle » pour qui peut entendre, à la condition qu'il ne se prenne pas pour cet Autre, cet Autre qui garantit d'être entendu quand le sujet parle. Cette place de tiers, place du symbolique est préservée chez l'hystérique – ce qui distingue l'hystérie de la psychose même en cas de « signes psychotiques » – (cf. J.C. MALEVAL).

La confusion du vocabulaire n'arrange rien : les troubles dits dissociatifs de l'hystérique étant à opposer aux psychoses dissociatives (la dissociation, la Spaltung, étant caractéristique de la schizophrénie).

De nos jours, la place du Tiers est attaquée dans son fondement par des logiques binaires. Il en va ainsi des institutions dégradées en organisations, du statut de la parole réduite à « l'information » contenue dans ses énoncés, du transfert rabattu sur un simple rapport inter humain. Un certain usage des sciences cognitives qui assimile le psychisme à un ordinateur génère les TCC qui visent à traquer les pensées négatives et dysfonctionnelles. À la parole libre se substituent des questionnaires standardisés.

Réfléchissons au fait bien connu que l'hystérie a toujours évolué avec son temps, au gré des identifications avec les figures du moment : saintes ou sorcières pour les Eglises, malades des nerfs pour les neurologues du XIX^{ème} siècle, folles pour les psychiatres, libertines ou frigides pour les sexologues ; l'hystérie de nos jours alimente le champ des addictions, des troubles de l'humeur, notamment la dépression. Notre époque est aussi celle des **victimes**, de leur exigence de réparation. L'**identification** massive à un **statut** de victime est sans doute un des avatars contemporains de l'hystérie.

Considérons cette notion de **personnalités multiples**, sévisant exclusivement aux USA.

Elle est systématiquement rattachée à des abus sexuels de l'enfance lesquels sont authentifiés sous **hypnose**. S'ensuivent quantité de procès pour le plus grand bien de nombre d'avocats spécialisés. Les psychiatres américains qui osent

critiquer ces dérives sont ipso facto accusés de complicité avec les pédophiles.

Le rejet de la psychanalyse, donc de l'hystérie et du fantasme inconscient, prend la forme d'une radicalité politique pour un certain courant féministe américain : un « souvenir » émergeant sous hypnose est forcément la remémoration d'une action qui s'est réellement produite (cf. travaux de Sherril MULHERN – anthropologue).

* * *

La parole libérée sous hypnose est considérée comme seulement **référentielle, informative**, dans sa valeur d'énoncé, sans aucune considération pour les **conditions de son énonciation** ni pour le destinataire de son adresse.

La psychanalyse n'a pas instauré une technique d'aveu (à l'instar du secret révélé en confession), mais a créé un « espace du dire » où il s'agit de se laisser surprendre par ce qu'on dit malgré soi. Longtemps la psychiatrie a été fécondée par la parole dans le transfert.

De nos jours, le STATUT de la PAROLE a changé dans notre espace culturel et dans la psychiatrie elle-même. En libérant

l'énonciation, la psychanalyse avait fait de la parole tout autre chose que la production d'énoncés informatifs.

Or, notre époque privilégie de plus en plus l'information, la **communication**, fondées sur une approche **binaire** des phénomènes psychiques et sociaux. C'est ainsi que tous les troubles mentaux sont considérés comme des dysfonctionnements (sous-entendant un fonctionnement idéal) selon une approche **binaire**. Le mauvais, le mal, l'échec, le défaut, la contre performance deviennent des dysfonctionnements à résoudre « techniquement ». Le comment faire évacue la question des finalités, du sens, de la complexité.

La réduction de l'être humain à une surface lisse sur laquelle serait inscrites des quantités de compétences cotées comme positives et des inaptitudes cotées comme négatives, donne l'impression d'un psychisme plat, sans épaisseur, comme au temps du stalinisme qui faisait de l'homme un système nerveux (pavlovien) coulé dans un monde social rigide.

Soyons à l'écoute de l'hystérie, de son défi, de ce que signifie ses ratages comme ses réussites.

N'oublions pas que « l'hystérie dépassée » prend volontiers le masque de la revendication paranoïaque.



Porto Novo : le cabinet du Messie.

HORIZONS

Le Professeur Béchir Ben Hadj Ali est psychiatre chef de service au CHU de Sousse et Président de l'association tunisienne des psychiatres universitaires. C'est en avant-première du congrès qu'il organise à Sousse les 16-17-18 avril 2009 sur le thème « Facteurs de risque et facteurs de protection en psychiatrie », qu'il nous a adressé un article sur les « **aspects pluriels de dépendance chez les patients limites** », rédigé dans le cadre de son équipe. L'originalité de ce texte est la place donnée à l'addiction comme mode de relation du sujet à une partie significative de son monde.

Avec l'article suivant, notre correspondante à Tunis, Faten Ellouze, poursuit un parcours régulier de publications dans notre revue par des auteurs de l'hôpital Razi depuis deux ans. Ce texte recherche les facteurs de risque liés aux **tentatives de suicide chez les patients bipolaires** : une préoccupation qui fait écho au congrès de Sousse.

Notons que les deux articles tunisiens de cette rubrique seront accessibles à Sousse avec la présence sur place de ce N° 53 de Psy Cause.

Jean-Paul Bossuat



Littoral tunisien (Zarzis).



Salem Mlika¹, Yousri El kissi²,
Selma Ben Nasr³, Ghanem Amara⁴,
Béchir Ben Hadj Ali⁵

Les aspects pluriels de dépendance chez les patients limites : considérations théoriques et illustration clinique

Résumé : les personnalités limites présentent souvent des conduites addictives polymorphes, qui pourraient être unifiées dans un même cadre conceptuel nommé « processus addictif ». Ce travail, basé sur l'analyse des observations de deux patientes limites, a visé à vérifier deux hypothèses en rapport avec ce processus. Selon la première, l'objet d'addiction inanimé vient se mettre à la place d'un objet d'addiction humain dont le patient limite s'est séparé. Selon la deuxième, ce patient est incapable de se constituer une représentation de soi non idéalisée, et par conséquent ne peut pas reconnaître sa dépendance. Les résultats de cette étude de cas nous ont permis d'émettre l'hypothèse d'« un style addictif limite » marqué par l'instabilité de l'objet d'addiction.

Mots-clefs : État-limite, conduite addictive, objet d'addiction, représentation, sensation.

Abstract : Multiple aspects of dependency in borderline patients: theoretical considerations and clinical illustration

Subjects with borderline personality disorder often show polymorphic addictive behaviors, which could be unified in the same conceptual framework named “addictive process”. This study, based on two case-analyses, aimed at testing two hypothesizes related to that process in borderline patients. First, it has been suggested that inanimate addictive object replaced human one, which is suddenly abandoned. Second, we postulated that the borderline patient is unable to construct a non-idealized self-representation, and therefore he cannot recognize his dependency. The results of this case study suggest the hypothesis of a “borderline addictive style”, characterized by addictive object instability.

Key-words : Borderline personality disorder, addictive behavior, addictive object, representation, sensation.

Introduction

Il est régulièrement question, dans les états limites, de problèmes qui ont trait à une forme quelconque de dépendance.

Dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux DSM-IV [1], les relations interpersonnelles excessives et instables constituent l'un des critères diagnostiques de la personnalité borderline. Il existe souvent une « demande affective intense envers les autres » [6], qui prend l'aspect d'une dépendance affective ou interpersonnelle. Cette forme de dépendance correspond à une tendance à l'attachement excessif. Par ailleurs, le DSM inclut l'abus de substances et les addictions comportementales comme autre critère diagnostique de la personnalité borderline. Plusieurs auteurs ont également souligné la prévalence des fonctionnements limites sous-tendant ces addictions [2; 4]

A côté de ces addictions ritualisées et plus ou moins stables dans le temps, des conduites impulsives infra-cliniques peuvent s'observer. Ces conduites constituent un mode de réaction à des situations particulières. Elles sont donc limitées dans le temps et peuvent passer inaperçues à cause de leur fugacité.

1. Psychologue clinicien

2. Docteur en médecine, professeur agrégé en psychiatrie

3. Docteur en médecine, professeur agrégé en psychiatrie

4. Docteur en médecine, assistant hospitalo-universitaire en psychiatrie

5. Docteur en médecine, professeur de psychiatrie, Chef de service de psychiatrie

Service de Psychiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse Tunisie

Correspondant : Béchir Ben Hadj Ali, Docteur en médecine, professeur de psychiatrie.

Chef de Service de psychiatrie, CHU farhat Hached de Sousse, Faculté de Médecine Ibn Jazzar de Sousse. Université de Sousse. Tunisie.

Adresse : Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached. Avenue Ibn Jazzar, 4000. Sousse, Tunisie.

Otto Kernberg a considéré ces «acting-out» situationnels en isolant, dans sa présentation des variantes cliniques de l'organisation limite de la personnalité, le sous-groupe de «personnalités impulsives».

«Ces personnalités...semblent s'organiser autour d'une décharge privilégiée, temporairement syntone au Moi, qui fournit des gratifications pulsionnelles directes». [8]

Il serait bénéfique d'avoir une conception qui unifie le champ de ces aspects pluriels de dépendance. Ainsi, les modèles explicatifs que nous pouvons déduire des domaines déjà connus permettraient de générer des hypothèses pour l'investigation des domaines de dépendance moins connus.

Il nous semble, à ce propos, que la définition donnée par Pedinielli et coll. à la notion d'addiction permet de mettre en évidence l'homogénéité des différents aspects de dépendance. En effet, ces auteurs ont introduit la notion de « processus addictif » qu'ils ont défini comme suit :

« Un mode particulier de stimulation et ou d'apaisement par le biais d'éléments et de situations matérielles contrôlées ou dont le contrôle reste affaire «d'action spécifique» ». [10]

Par cette notion, Pedinielli et coll. participent à un courant d'idées qui élargit le cadre des addictions à un nombre grandissant de conduites pathologiques apparentées aux addictions classiquement admises. Ces addictions traduisent selon Corcos et coll. « une problématique narcissique commune » [5]. Elles englobent les relations interpersonnelles excessives et compulsives et les « acting-out » impulsifs, à condition qu'ils soient stéréotypés et répétitifs et qu'ils dépendent d'une situation spécifique créée pour apaiser une tension psychique.

L'un des arguments en faveur de l'hypothèse d'un « processus addictif » commun entre plusieurs conduites addictives chez les patients limites serait que ces conduites se relayent les unes les autres. En effet, Sztulman a décrit chez ces patients :

« Des phénomènes de succession, après sevrage d'une addiction spécifique, d'autres conduites addictives » [11].

Par ailleurs, dans la définition de Jeammet, reprise par Corcos et coll., l'un des critères des conduites addictives en général est :

« La substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable » [5].

La succession des conduites addictives chez les patients limites suppose une instabilité de l'objet d'addiction qui, d'après O. Kernberg, reflète une incapacité à être réellement dépendant. Selon cet auteur, l'aspect extérieur d'une hyperdépendance ne manque pas de trahir, chez ces patients, leur incapacité à « dépendre réellement de quiconque » [8]. Kernberg a utilisé le terme de « dépendance pathologique contradictoire » [7] pour caractériser cette contradiction qu'il a remarquée chez plusieurs types de patients souffrant d'un narcissisme pathologique.

Objectifs et hypothèses

L'objectif de ce travail était d'analyser les conduites addictives observées chez les sujets limites, qu'elles soient affectives, comportementales, compulsives ou impulsives, en partant d'une définition qui leur attribue un cadre conceptuel commun. Afin d'atteindre cet objectif, nous avons analysé les observations de deux patientes limites que nous avons suivies dans le cadre d'une psychothérapie d'inspiration psychanalytique. Cette analyse s'est basée sur deux hypothèses.

La première hypothèse stipule que dans les dépendances observées chez nos deux patientes, l'objet inanimé vient se substituer à l'objet humain, en raison de leur incapacité de se passer de la présence d'un certain objet extérieur de dépendance.

La deuxième hypothèse stipule que les sensations et les représentations recherchées par les deux patientes dans leurs conduites addictives empêchent toute représentation de soi non idéalisée, dont témoigne l'incapacité à admettre leur dépendance.

Observations

Zahira : «garçon manqué» à la recherche d'un homme qui n'en soit pas un !

Zahira, 41 ans, a toujours eu le sentiment d'être un « garçon manqué », jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, où elle éprouva un désir puissant de se sentir « Femme ». Elle s'est mise alors à chercher des hommes pour l'adorer et pour avoir le sentiment qu'elle triomphe d'eux.

Les périodes de « stabilité » de Zahira correspondent à des moments où elle cherche activement ces hommes. Pendant ces périodes, l'idée d'un contrôle pulsionnel prédomine dans son discours: « Ce sont les animaux qui ont des rapports sexuels et qui mangent. A ce moment, je ne mange presque rien ». Elle exprime aussi un idéal d'expulsion de l'objet, qui est l'idéal du « donateur qui ne reçoit rien » : « Je n'ai jamais rien reçu de la part d'un homme...C'est moi qui fais les cadeaux à mes amants, et je me donne moi-même ce dont j'ai besoin ».

A ces moments de prodigalité, elle se préfère « sans le sou ». Elle semble évacuer les objets pour s'abreuver d'amour : « l'amour pour moi signifie folie, extrémisme, férocité et dévoration de celui que j'aime ». Cependant, le sens d'une compulsion à l'amour transparait lorsqu'elle dit : « Tous ces amants s'imposaient dans ma vie et j'allais à leur rendez-vous à contrecœur. Au fond de moi, je souffrais de ces relations... ». Cet amour compulsif se présente à la fois sous l'aspect d'un amour sublime et profondément déssexualisé, mais aussi, contradictoirement, d'une hypersexualité addictive. Ainsi, elle cherche à méconnaître la différence sexuelle de ses amants: « J'avais envie de rencontrer un homme, qui ne soit pas un homme, mais une feuille blanche où rien n'est inscrit ».

Mais en même temps, elle semble chercher les voluptés

du sexe: « Je cherche un homme qui me fasse sentir que je suis femme, qui soit plus fort que moi, qui me malmène pendant l'acte sexuel... J'aime qu'on me tienne par les cheveux, qu'on me fasse mal ». Elle ne cesse, cependant, de le dénier : « Non, je faisais tout sur ses ordres, de crainte qu'il ne m'abandonne ! »

La prise de conscience de sa quête active de rapports sexuels précipite, souvent, ses rechutes dépressives. Elle reconnaît alors qu'elle trouve un côté honteux en elle, puisque elle relie la sexualité à la bestialité.

Durant les périodes où prédomine l'idée de contrôle pulsionnel, l'abstinence concerne des domaines où elle est la moins supportée : « Je ne peux pas supporter la faim, sauf à cette dernière période où je le fais exprès ! ». Cependant, c'est pendant ces périodes d'abstinence qu'elle est emportée dans son hypersexualité par un courant pulsionnel qu'elle dénie en elle. C'est ainsi qu'il était toujours question chez elle de mouvements contradictoires du désir : chercher à la fois l'amour désintéressé et les expériences les plus sensuelles ; chercher en même temps l'homme non violent et celui qui la malmène ; gagner de l'argent pour s'en débarrasser par la suite, et être sans le sou dans les périodes où elle vit l'amour.

Le choc qui a induit chez elle plusieurs fois une réaction dépressive est la rencontre d'une différence traumatisante qui la sépare de son amant, lorsque sa différence sexuelle, en tant qu'homme, devient indéniable. Ce choc prend origine dans l'impossibilité pour elle d'un compromis entre les images de la sublime et de la putain.

L'idéal voué au ratage, à cause de sa nature clivée, et la honte qui s'ensuit, donnent à son existence l'aspect d'un fonctionnement « bipolaire », avec à chaque phase, ses addictions. Sur le moment même de la déception, elle se précipite vers un magasin de chaussures, pour en acheter une paire : « Les chaussures me faisaient problème, car j'en manquais énormément... Au lycée, j'étais pieds nus... J'ai décidé depuis d'avoir des magasins entiers de chaussures ! »

Les chaussures, c'est encore pour elle une marque masculine par excellence : « Je reconnais la valeur d'un homme aux chaussures qu'il porte ! »

La honte des périodes de dépression porte, en plus de la misère des années de jeunesse, sur son teint foncé, sur son « infidélité » et sur le fait d'être femme : « Si j'étais homme, on n'aurait pas osé me maltraiter. C'est pourquoi j'en veux à ma mère, à moi-même, à ma fille et à mes sœurs ! ». Il lui arrive, dans ses moments dépressifs, de se demander: « Pourquoi cherche-je un homme qui m'emmène de force à son lit pour me sentir à l'acmé de la jouissance ? Pourquoi cherche-je un homme qui m'humilie, me bat, me torture et m'aime à la fois ? »

Anissa : L'amour, l'automutilation et le tabac comme « acting-out »

Le clivage du Moi que porte Anissa, 21 ans, atteint une dimension quasi-délirante : elle va jusqu'à appeler les deux parties clivées de deux noms différents : « Moi » et « L'Autre ».

« L'Autre », dit-elle, « est responsable de l'amour et me porte à admirer un garçon de ma classe. Plus il me paraît admirable, plus j'éprouve le désir de lui griffer la figure ».

Aux moments de malaise, très fréquents chez elle, où elle pense que personne ne l'aime dans ce monde, elle éprouve un besoin énorme de s'adresser à un garçon qui n'éprouve aucune inclination pour elle : « Il m'arrivait de rester trois jours sans l'appeler quand je me sens bien.

Quand je l'appelle, je lui dis mon amour, mais lui ne me dit rien en retour, ce qui fait que je me déteste par la suite ».

Cette haine adressée contre soi était à son apogée au moment où ce garçon lui a parlé de son désir de « toucher son corps ». En effet, ce qu'elle cherche via l'amour est autre chose qu'une relation de corps-à-corps.

Elle trouve le lien entre le début des actes d'automutilation qu'elle s'infligeait et une parole que lui a adressée ce garçon: « l'amour est une conduite et une pratique ». Quelque temps



après, le « Moi » s'est emparé du corps de « l'Autre », pour le blesser et le mordre : « *Je torture ce corps qu'on croit pouvant contenir un désir* ».

Le sens d'un clivage consacré par cet acte est très clair lorsqu'elle dit : « *Si je me blesse, c'est le corps de « ma psyché » que je blesse* ». Alternant avec l'automutilation, un tabagisme très impulsif lui donne « *la sensation de (se) nuire plus profondément, et non seulement au niveau de la surface de (son) corps* ».

Anissa a fait le catalogue de ce qu'elle appelle ses fautes, que nous pouvons entendre comme synonymes d'addictions : « *La plus grave, c'est d'être amoureuse de quelqu'un, puis de fumer, puis de m'automutiler* ». Elle se dit incertaine de l'issue d'une nouvelle relation amoureuse qu'elle vient de nouer alors qu'elle est en thérapie : « *si j'échoue, après avoir laissé libre cours à ma personne, le châtiment que celle-ci recevra sera terrible !* ».

Si l'addiction de l'amour est une entreprise périlleuse nécessitant un travail de purgation, s'automutiler paraît une solution avantageuse car elle joint à la fois la purgation et le plaisir. C'est pour cette raison que l'automutilation constitue un compromis solide, dont la patiente ne peut s'abstenir : « *On ne peut pas me disputer le droit de me blesser...* ». La purgation représente ainsi à la fois le versant du contrôle et de la satisfaction. Elle dit par exemple : « *J'ai arrêté de fumer après en avoir pris la décision, comme c'était le cas de mon abstinence concernant la viande qui a duré cinq ans ; c'était alors pour mettre à l'épreuve ma capacité à endurer la frustration* ». Elle dit aussi : « *Il y a de la douleur qui n'en est pas une!... je pense que là où je sens le plus mon humanité, c'est en me blessant !* ». Anissa se crée ainsi ses propres valeurs, bien différentes de celles du commun des Hommes : « *Je n'apprécie pas l'or, mais plutôt une morsure autour du poignet simulant un bracelet. J'aime contempler cette morsure comme si c'était de l'or* ».

Elle reconnaît que par sa maladie elle cause un trouble à la famille : « *Je me demande si je me complais à ma maladie pour agiter toute la famille de cette manière...* ». Par ses actes, elle cherche une vengeance qui vise son corps et sa famille : « *Je fume pour me venger de moi-même, de ma famille et de mon père* », ainsi que des instances abstraites : « *Je considère tous ces actes comme des interdits, au point de vue de la famille comme de la religion... Je me torture le corps, car comme me le dit toujours ma mère, je dois le préserver pour un futur mari et cette idée me révolte !* »

Discussion

La première hypothèse

Corcus et coll. parlent, dans toute conduite addictive, d'une :

« *Substitution d'une dépendance à l'objet humain par une dépendance à un objet externe inanimé, disponible et manipulable* ». [5]

Cette hypothèse semble se confirmer dans l'histoire des deux patientes. En effet, la substitution est particulièrement

fulgurante et immédiate dans les « acting-out » impulsifs répétitifs : recours à la « chaussure » pour Zahira et à l'automutilation ou au tabagisme impulsif pour Anissa.

Ces conduites prennent lieu au moment d'une séparation d'avec l'objet humain : le recours à l'un fait faire l'économie de l'autre. Un fonctionnement en tout ou rien alterne ainsi les deux séries d'objets et évite tout compromis entre eux. Nous avons pu observer que pour Zahira, les périodes de dépendance interpersonnelles correspondent à celles de la prodigalité et de l'expulsion active de l'objet inanimé. Les mêmes périodes sont pour Anissa celles de l'abandon de toute conduite addictive, ayant fait de son corps son objet extérieur. Dans les deux cas de l'objet humain ou inanimé, c'est d'un objet hypertrophié et survalorisé qu'il s'agit.

Dans la littérature sur les conduites addictives, des similitudes entre les deux séries d'objets de dépendance inanimés et humains ont été rapportées. Selon Bourgeois, par exemple, l'objet inanimé « magique » est un « partenaire de substitution » [2]. Il semble que chez les personnalités limites en particulier, il existe cette spécificité de passer de l'animé à l'inanimé facilitée par un « mélange », voire une « confusion des genres », repérés par Brelet dans le discours de ces patients au TAT [3].

La dimension d'un « plaisir narcissique vicariant » [5], ou d'une jouissance offerte par l'objet inanimé nous amène à poser la question de la position perverse concernant ce mode de satisfaction pulsionnelle.

Dans ce sens, Pedinielli et coll. font remarquer qu'il existe dans la relation à l'objet d'addiction :

« *Un désinvestissement de l'objet dans sa radicale différence, jouissance plus que plaisir lié à l'autre* ». [10]

C'est dans le cas de Anissa que cette substitution de l'objet inanimé, qui est son corps, à l'objet humain est la plus réussie. La fétichisation est facilement repérable dans la façon avec laquelle elle parle des traces que laissent sur sa main les morsures, et qu'elle apprécie mieux qu'« *un bracelet en or* ».

Dans le cas de Zahira, l'objet inanimé de substitution est d'abord un objet subsidiaire, honteux car il lui rappelle sa réalité de manque. Elle n'y recourt que ponctuellement, aux moments de décompensation. En dehors de ces moments, elle cherche à vaincre sa honte en maîtrisant ce même objet, les chaussures, dont elle fait un usage pervers. Les chaussures sont alors pour elle la marque de l'homme, ce qui le rend séduisant à ses yeux et ce qui donne au regard une prime de jouissance.

Cependant, il ne s'agit pas, chez ces patientes, d'une substitution faite une fois pour toutes, mais bien d'une alternance continue entre deux séries d'objets inanimés et humains. Cette alternance paraît éviter les phénomènes de sevrage au moment de l'abandon d'un objet de l'une des deux séries, et maintenir ainsi un état d'équilibre. Ainsi, l'alternance des addictions aux objets humains et inanimés fait que, presque à aucun moment, ces sujets n'ont pu se passer d'une dépendance à un objet externe. La quête de cet objet est incessante. En effet, la dimension du vidage

et d'expulsion de l'objet inanimé (argent et cadeaux) est bien manifeste dans le cas de Zahira. Elle paraît corollaire d'un « remplissage » d'un autre ordre, une quête de l'objet à travers les relations amoureuses et l'hypersexualité. C'est alors que prévaut toute la dimension d'identification à ses amants idéalisés et de « dévoration » de celui qu'elle aime. Cependant, l'expérience subjective n'était pas la même concernant les deux séries d'objets, en dépit de la similitude qu'on vient de relever. Dans le cas de Zahira, un abandon de l'objet inanimé accompagne la trouvaille d'un objet humain. Il s'ensuit une dépendance affective et des conduites addictives à type de prodigalité et d'hypersexualité, qui permettent une certaine stabilité et un bien-être relatif. Par contre, le recours à l'objet inanimé ne se remarque qu'aux moments dépressifs, lorsque l'objet humain se trouve brutalement abandonné.

Dans le cas de Anissa, l'objet humain permet l'abandon de toute addiction comportementale. Ses actes automutilateurs lui permettent une stabilité plus solide. Ils semblent la protéger contre les relations humaines, d'autant plus qu'ils sont vécus sans la moindre honte et lui offrent une sensation de plaisir. Son fonctionnement est plus nettement clivé : au moment même où elle entretient sa relation à son copain et décrit sa joie et son entrain, elle trouve dans l'amour « *la plus grave des fautes* ». Elle n'arrive pas, en utilisant cette relation, à faire taire la partie clivée en elle qui s'y oppose.

Plusieurs questions peuvent se poser à ce niveau. Qu'est-ce qui fait que les relations humaines deviennent, à un certain moment, redoutables pour ces patientes, au point de devoir se protéger contre elles, par le recours à l'objet inanimé ? Qu'est-ce qui fait, par contre, que ces patientes ne cessent de retourner à la relation humaine, avec tout le risque dépressif que ceci renferme pour elles ? Serait-ce le bien-être qu'elles éprouvent spécialement dans les périodes d'amour ? Une réponse à ces questions nécessite l'examen du type de relation particulier que ces sujets nouent avec leurs amants, ce qui nous permettra de tester notre deuxième hypothèse.

La deuxième hypothèse

Elle stipule que les sensations et les représentations recherchées par les deux patientes dans leurs conduites addictives empêchent toute représentation de soi non idéalisée, ce qui explique leur incapacité à admettre leur dépendance. Cette hypothèse a été, également, confirmée dans le discours des deux patientes sur le sens de leur quête de l'objet d'addiction, inanimé ou humain, et de leur instabilité affective.

La quête des sensations a été capitale dans les conduites addictives de Anissa, prenant le corps propre pour objet extérieur. Elle utilise la douleur pour se sentir « *plus humaine* », ainsi que des représentations sur une atteinte profonde de son corps en fumant, coup sur coup, plusieurs cigarettes. La pensée devient triomphante une fois que l'objet-corps est asservi et même ruiné.

Cependant, cet effet recherché ne dépend pas des sensations corporelles éprouvées, car une jouissance peut s'obtenir par une activité symbolique et une certaine représentation de soi

et de l'objet. Il en a été ainsi pour Zahira qui achetait des chaussures ou prodiguait des cadeaux à ses amants.

Il paraît, d'après ces exemples, que c'est la représentation qui est recherchée à travers la sensation corporelle et que cette sensation n'est pas un but en soi.

Le produit d'addiction, ou son manque, paraissent procurer des sensations corporelles qui, à leur tour, génèrent des représentations de plénitude et de toute-puissance [2], recherchées d'une manière insistante par l'addicté. Par contre, une déstabilisation de l'estime de soi et parfois un effondrement dépressif peuvent se remarquer, chez nos patientes, aux moments de « sevrage », suite à l'abandon de l'objet humain.

D'après Winnicott,

« *Les fantasmes omnipotents ne sont pas tant la réalité intérieure à proprement parler qu'une défense contre son acceptation* » [13].

Chez nos patientes, de même, la lutte anti-dépressive nécessite la présence de l'objet externe pour produire des représentations qui peuvent en chasser d'autres. La fragilité de cet aménagement se manifeste par l'instabilité affective et addictive et par les effondrements dépressifs, en particulier dans le cas de Zahira. Le sujet sera pris de court devant l'échec de sa tentative de maîtriser la tension de son monde interne. Nous pouvons penser que l'addicté en recherche de sensations corporelles est en relation ambiguë avec le corps : le maîtriser ne veut pas dire l'annuler. Au contraire, l'addicté se met à attendre les sensations émises par ce corps et en devient dépendant.

Le sens de cette manière de se leurrer au sujet de sa maîtrise est explicité dans ce qu'a écrit Lacan à propos de l'enfant anorexique. En effet, ce que cet enfant cherche, c'est un renversement de position dans sa relation de dépendance à sa mère :

« *De cette absence (de la nourriture) savourée comme telle, il use vis-à-vis de ce qu'il a en face de lui, à savoir la mère dont il dépend...et ainsi, il la fait dépendre de lui* » [9].

Dans le même sens, Zahira fait dépendre d'elle ceux de qui elle ne prend rien et qu'elle comble de cadeaux. Aussi, Anissa fait dépendre d'elle sa famille en la troublant et en l'inquiétant par son automutilation.

Cependant, et en voulant rompre l'étau de sa dépendance à la mère, l'enfant anorexique investit celle-ci d'une toute-puissance et d'un pouvoir de « don » ou de « non-don » [9]. Ainsi, en visant sa propre idéalisation, l'addicté idéalise son objet.

Il semble que c'est l'objet humain qui était l'objet privilégié pour nos patientes. Dans le cas de Zahira, c'est cet objet qui permet de réaliser l'idéalisation de soi. Nous rappelons à ce propos qu'il n'y a pas eu d'équivalence, pour les deux patientes, entre objets humains et inanimés. L'abandon de l'objet inanimé vers l'objet humain paraît souhaité par elles, faisant penser que leur seule véritable dépendance est affective. Si Anissa n'arrive à aucun moment de sa maladie à dompter l'agressivité qu'elle ressent en elle contre son

objet d'amour, elle décrit une joie inégalable à vivre une telle relation. Le « pousse-à-l'objet » humain leur feraient rompre leur isolement, pour s'essayer toujours à un renversement de leur position dépendante et montrer ce qu'on « n'est pas » [9].

Pour Winnicott, la dépendance serait la condition humaine la plus commune:

« Il serait malsain pour un individu d'être en retrait au point de se sentir indépendant et invulnérable. Si une telle personne est en vie, c'est bien la preuve qu'il y a dépendance ». [12]

L'incapacité de nos patientes à reconnaître cette dépendance leur fait chercher les conditions de négation de celle-ci. Or, l'objet primordial de dépendance est toujours un autre humain remplissant la fonction maternelle. Elles cherchent donc exactement la condition où elles pourraient nier leur dépendance affective à l'objet humain.

Les dépendances comportementales sont, selon cette logique, et comme nous l'avons déjà montré, secondaires aux dépendances affectives.

Kernberg, parlant des patients limites, a écrit:

« Nombre de ces patients, lorsque échouent leurs efforts pour contrôler, manipuler et dévaloriser les autres...ont tendance à s'isoler et à recréer en fantasmes des relations où ils expriment tous leurs besoins ». [8]

L'instabilité addictive des sujets limites trouve son explication dans le caractère impulsif et honteux de leurs dépendances, qui leur montrent un défaut de maîtrise de leurs pulsions. Une addiction n'est en fait tolérable par les sujets limites que si elle est déniée, grâce au clivage. C'est ce clivage qui cache le sens d'une dépendance honteuse à leurs yeux. Dans cette condition, la dépendance permet l'apaisement de la tension interne en rapport avec le fonctionnement pulsionnel. Elle mérite alors le qualificatif d'« addiction ».

Conclusion

La définition de Pedinielli et coll. des conduites addictives nous a servi, dans cette étude, de cadre conceptuel commun à l'ensemble des « acting-out » addictifs de nos deux patientes. En effet, nous avons trouvé que ces conduites se produisent d'une manière stéréotypée et répétitive et dépendent toujours d'une situation spécifique créée pour permettre l'apaisement d'une tension psychique.

Les deux observations que nous avons rapportées ont permis la confirmation de nos hypothèses. D'une part, il s'est avéré que l'objet inanimé se substitue à l'objet humain dans les conduites addictives des deux patientes. D'autre part, l'addiction, chez elles, empêche une représentation de soi non idéalisée.

Cette analyse nous permet d'émettre d'autres hypothèses concernant:

Un style addictif limite, marqué par l'instabilité des objets.

Une « relation addictive » constante du sujet à une partie significative de son monde, ce qui serait responsable d'une incapacité du retrait par rapport à l'objet extérieur, même au cours des phases dépressives.

Un usage pervers de l'objet, usage momentané de maîtrise et d'expulsion active, qui correspond aux phases des défenses maniaques.

Une primordialité de l'objet humain dans la série des objets d'addiction des sujets limites.

Une stabilité de l'objet d'addiction serait-elle possible grâce à un autre style de relation d'objet dans les addictions non limites ? Cette question pourrait suggérer d'autres hypothèses qui seraient à tester par des études comparatives entre les styles addictifs limites et non limites, notamment névrotiques.

Références

1. Association Américaine de Psychiatrie, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux- 4ème édition*, Paris : Masson. 1996.
2. Bourgeois, D., *Comprendre et soigner les états-limites*, Paris : Dunod. 2004.
3. Brelet, F., *Le T.A.T. : Fantasme et situation projective*, Paris: Bordas. 1986.
4. Catteeuw, M., « L'approche psychodynamique des addictions : Réflexions épistémologiques et implications méthodologiques », *L'Evolution Psychiatrique*, 67. 2002. pp. 312-25.
5. Corcos M., Atger, F., Jeammet, Ph., « Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires », *Annales Médico Psychologiques*, 161. 2003. pp. 621-9
6. Debray Q., Nolle D., *Les personnalités pathologiques: approche cognitive et thérapeutique*, Paris : Masson. 2001.
7. Kernberg O., *La personnalité narcissique*, Paris : Privat. 1980.
8. Kernberg O., *Les troubles limites de la personnalité*, Paris : Privat. 1979.
9. Lacan J., *La relation d'objet. Le Séminaire, livre IV*. Paris : Seuil. 1994.
10. Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Gimenez G., Bertagne, P., « Psychopathologie des conduites à risques », *Annales Médico Psychologiques*, 163. 2005. pp.30-36.
11. Sztulman, H., « Vers le concept de personnalités limites addictives », *Annales Médico Psychologiques*, 159, 2001. pp. 201-7.
12. Winnicott, D.W., 1988, Le concept d'individu sain in Winnicott, D.W., *Conversations ordinaires*, Paris : Gallimard. 1988. pp. 27-53.
13. Winnicott, D.W., La défense maniaque in Winnicott, D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris : Payot, 1969. pp.19-36.



Bipolarité et tentatives de suicide

Faten Ellouze¹, Wissal Cherif,
Cherouk Allouch, Chahira Hachicha²,
Mohamed Fadel M'rad³

Résumé : les tentatives de suicides sont fréquentes parmi les patients bipolaires. Les troubles bipolaires sont associés à un haut risque de mortalité par suicide. Le but de cette étude est de relever l'incidence sur la vie entière, de tentatives de suicide chez des patients bipolaires, de rechercher les circonstances de survenues de ces gestes suicidaires et de relever les facteurs de risques associés. 123 patients bipolaires ont été recrutés. L'étude est de type rétrospective sur dossiers. Un questionnaire semi structuré a été rempli, il est composé de 4 parties (données socio-démographiques ; Données portant sur la maladie bipolaire; Antécédents familiaux ou personnels de tentative de suicide ;personnalité sous jacente ; abus de substances...).

Le taux de tentatives de suicide sur la vie entière est de 25,2 %.

L'intoxication est le moyen le plus commun dans 77,4 % des cas.

C'est surtout en phase dépressive que les tentatives de suicide prédominent 87 %.

Les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les patients bipolaires semblent être les suivants : le jeune âge, l'abus de substance, les troubles de la personnalité, les antécédents de tentatives de suicide et le chômage...

Une connaissance des circonstances et des facteurs de risque des conduites suicidaires chez les patients bipolaires permettrait une meilleure prévention.

Mots clefs : tentatives de suicide –troubles bipolaires- sérotonine

Summary : suicide attempts are frequent among bipolar patients. Death by suicide is the major risk of bipolar disorders. The purpose of this study is to seek for incidence, circumstances and risk factors of suicide attempts among bipolar patients. The study is retrospective one, including 123 bipolar patients. A questionnaire composed dy 4 parts was completed for every pateint:sociodemographic datas (age, sex, marital state...); datas concerning the bipolar illness (onset , hospitalisatizations...); datas concerning suicide attempts (moment, method, numbers...);datas concerning family history, personnality traits, substance abus...

Incidence of suicide attempts is about 25,2 %.

Intoxication is the most frequent method used in 77,4 % of cases. In majority of the cases, the drugs was prescribed to the patient himself.

Suicide attempt accures more comunly during depressive phases 87 %.

Risk factors are young age, substance abuse, pathological traits, personnal history of suicide attempt, and loss of job.

Others factors wasn't positively correlated to more suicide attempt s like sex, marital state, hospitalizations...

The individualisation of risk factors, circumstances and moment of suicide attempts in bipolar patients may allow an effective preventive action.

Key words : suicide attempt –bipolar disorder- serotonin

1. Assistante en psychiatrie.

2. Résidentes en psychiatrie.

3. Professeur en psychiatrie, chef de service.

Service de psychiatrie « g », hôpital Razi Mannouba Tunisie

Auteur correspondant : Ellouze Faten

10 Rue Ahmed Tlili Rades 2040 Tunisie

e mail: dr_ellouze_faten@yahoo.fr

Introduction

Les troubles bipolaires seraient associés à un risque de mortalité par tentatives de suicide plus important que tous les autres troubles psychiatriques (15). Le taux de tentatives de suicide sur la vie entière dans les troubles bipolaires varie en effet selon les études de 15 % à 42,6 % (15, 16), contre 15 % à 27,5 % (15) pour les troubles unipolaires.

C'est ainsi qu'une jeune femme de 25 ans souffrant d'un trouble bipolaire non traité peut perdre 9 ans d'espérance de vie en grande partie par tentatives de suicide.

Ce taux important de tentatives de suicide pourrait être imputé aux remaniements et aux retentissements de la maladie bipolaire sur la vie sociale, familiale et professionnelle. La maladie bipolaire caractérisée par une alternance de phases dépressives et de phases maniaques au cours desquelles la vie sociale est désinvestie à différents degrés, une incapacité à assurer une fonction professionnelle est aussi notée.

Les tentatives de suicide des patients bipolaires surviennent fréquemment en phase dépressive, et à un moindre degré en phase maniaque ou mixte.

Le but de cette étude est de relever l'incidence sur la vie entière de tentatives de suicide chez les patients bipolaires, de rechercher les circonstances de survenue de ces gestes suicidaires et de relever les facteurs de risques associés

Matériel et méthode

Etude rétrospective de type cas témoin sur dossiers incluant des patients suivis pour un trouble bipolaire de type I et ayant été hospitalisé au moins une fois dans notre service. Le diagnostic est porté selon les critères diagnostiques du DSMIV.

Parmi les 145 patients sélectionnés au départ 22 ont été exclus de l'étude pour manque d'information. 123 patients ont été recrutés. Les deux groupes ne diffèrent pas significativement pour ce qui est des variables socio-démographiques.

Le diagnostic d'une comorbidité sur l'axe II du DSMIV a aussi été relevé.

Un questionnaire semi structuré a été rempli, il est composé de 4 parties :

- Données socio-démographiques : âge, sexe, profession , statut marital...
- Données portant sur la maladie bipolaire : âge de début, durée d'évolution, nombre d'hospitalisations, durées.
- Tentative de suicide : phase thymique, moment par rapport au début de la maladie, nombre, moyens utilisés...
- Antécédents et comorbidité : antécédents familiaux ou personnels de tentatives de suicide, personnalité sous jacente, abus de substances, troubles de la personnalité selon les critères du DSMIV.

La population comprend 123 patients bipolaires, la moyenne d'âge est de 38 +/-6 ans.

Le sexe ratio est de 2/3 en faveur des hommes.

Une prédominance de célibataires est notée 59,3 % des cas (73) ainsi qu'une prédominance du chômage 68,2 % soit 84 patients.

L'abus de substance est présent dans 15,4 % soit 19 cas.

Un trouble de la personnalité est retrouvé dans 30,8 % soit 38 patients.

Cette étude a permis de discerner deux groupes dans notre population selon l'existence ou non de tentatives de suicide dans les antécédents. Ces deux groupes ont été comparés entre eux. Le seuil de signification a été fixé à 0,05.

Résultats

Taux de tentatives de suicide sur la vie entière

Ce taux est de 25,2 % soit 31 patients. Deux d'entre eux n'étaient pas sous thymorégulateurs au moment de la tentative de suicide 6,4 %. Dans 1/3 des cas soit 9 cas, des antécédents personnels de tentatives de suicide sont enregistrés.



Moyens utilisés

L'intoxication est le moyen le plus commun dans 77,4 % des cas soit 24 cas. Les médicaments prescrits au patient lui-même sont fréquemment utilisés. La Précipitation dans 4 cas soit 12,9 %. D'autres moyens sont employés dans 3 cas soit 9,6 %.

Circonstances

Les tentatives de suicides surviennent en majorité en début de maladie soit dans les 5 premières années

C'est surtout en phase dépressive que les tentatives de suicides prédominent, soit 27 cas et 87 %, mais la phase maniaque peut aussi être propice au geste suicidaire dans 3 cas soit 9,6 % ou en phase mixte 1 cas soit 3,2 %.

En phase dépressive compliquée de tentative de suicides, le tableau est souvent grave avec caractéristiques mélancoliques ou psychotiques.

Il existe une corrélation significativement positive entre tentative de suicide et le jeune âge (32 +/- 5 ans versus 40 +/- 3 ans) $p=0,000001$, l'abus de substance (38,7 % versus 7,6 %) $p=0,0001$, les troubles de la personnalité (77,4 % versus 15,2 %) $p=0,000001$, les antécédents de tentative de suicide et le chômage (87 % versus 61,9 %) $p=0,04$.

Il n'existe pas de corrélation statistiquement significative entre le risque suicidaire et le sexe, le statut marital, le nombre ou la durée des hospitalisations.

Discussion

1. Limites de l'étude

Dans cette étude, l'évaluation des troubles de la personnalité s'est faite uniquement par des critères cliniques. D'un autre côté, la taille réduite de notre échantillon pourrait aussi être responsables de certains biais.

2. Incidence des tentatives de suicide sur la vie entière

Dans cette étude, elle est de 25,2 % elle reste proche de celles rapportées dans la littérature variant de 15 % à 42,6 % (15,16).

Si ces chiffres de la littérature varient d'une étude à une autre, la majorité s'accordent pour classer le trouble bipolaire comme étant l'un des troubles psychiatriques les plus pourvoyeurs de tentative de suicide. (3,15, 22).

3. Moyens utilisés

C'est l'intoxication qui vient en tête avec 77,4 % des cas : ce moyen serait facilité par la disponibilité des médicaments. Dans cette étude le sujet utilise ses propres médicaments. Un autre facteur d'ordre culturel, explique aussi la prédominance de ce type de moyens.

4. Circonstances

On note que les tentatives de suicide surviennent en majorité en phase dépressive : certains auteurs (9) expliquent que ces comportements seraient en relation avec la douleur morale

intense ressentie par le sujet ; dans les formes psychotiques et mélancoliques cette douleur morale est accompagnée par un sentiment d'incurie, de damnation de culpabilité. La tentative de suicide est réalisée dans le but de mettre fin à cette douleur morale. Ainsi la dépression psychotique multiplie le risque de tentative de suicide par trois (9).

Des auteurs (5) notent aussi la survenue de tentative de suicide en phase maniaque (9,6 % dans notre étude versus 8,9 % dans la littérature) ou en phase mixte (3,2 % dans notre étude versus 2,3 % dans la littérature) (19).

Les tentatives de suicide survenant en phase maniaque seraient en relation avec un sentiment de toute-puissance, d'invincibilité ; par ailleurs, une impulsivité est souvent notée dans ces cas. (15) La majorité de ces patients en phase maniaque inclue leurs tentatives de suicide dans le cadre d'une impulsivité.

5. Facteurs de risque

Ceux retrouvés dans notre étude sont : le jeune âge, l'abus de substance, les troubles de la personnalité, les antécédents de tentatives de suicide, le chômage. Tous ces facteurs de risque ont aussi été rapportés dans la littérature. Ainsi, le jeune âge serait un facteur prédisposant aux tentatives de suicide (1,8, 14, 23). Selon certains (4), l'abus de substance multiplie le risque de tentative de suicide par 2 chez les patients bipolaires. Des études (2) notent 28 % de comorbidité alcoolique chez ces patients et des auteurs (11) insistent sur l'importance du chômage dans la conduite suicidaire chez les patients bipolaires.

D'autres études (9,8,23) soulignent la fréquence des antécédents personnels et familiaux de tentatives de suicide. Ce taux est estimé à 50 %.

D'autres facteurs de risque ne sont pas retrouvés dans notre étude tels que : le sexe masculin (8,20), un nombre élevé d'hospitalisations (8,21), plus de récurrences dépressives (7,23).

Le risque de tentatives de suicide serait plus important en début de la maladie (8, 12, 23), il est d'autant plus important lors de la première année de la maladie.

Un rôle protecteur a été noté avec les thymorégulateurs qui protègent du suicide dans les troubles bipolaires (17,23). Il semblerait que le taux de suicide parmi les patients bipolaires soit 8 fois supérieur chez les patients qui ne sont pas traités par le lithium (10). Celui-ci abaisserait le risque suicidaire à des taux comparables à ceux de la population générale. (18)

Malgré la fréquence des tentatives de suicide dans les troubles de l'humeur et dans le trouble bipolaire en particulier, il semblerait que ces conduites suicidaires soient un trouble à part entière et pas seulement une complication d'une autre maladie psychiatrique (Hypothèses sérotoninergiques du suicide) (13). Les symptômes de ce trouble seraient : une baisse de l'espoir, des ruminations anxieuses, une baisse de l'activité physique (2).

En faveur de cette hypothèse :

- la baisse du 5 HIAA principale métabolite de la sérotonine dans le liquide céphalorachidien de patients suicidés

ou ayant commis une tentative de suicide ; ce taux est d'autant plus abaissé que le moyen est violent,

- la réduction de l'activité sérotoninergique au niveau du cortex préfrontal ventral a pour effet d'accroître le passage à l'acte auto et hétéro-agressif en réaction à des émotions fortes,
- les corrélations trouvées entre activités sérotoninergiques et suicides sont indépendantes du diagnostic psychiatrique sous jacent.

Ces anomalies constituent donc une prédisposition aux conduites suicidaires quelque soit la comorbidité psychiatriques (schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles de la personnalité.. troubles anxieux)

Conclusion

Le trouble bipolaire est une maladie qui peut retentir négativement sur la vie socioprofessionnelle du sujet qui en souffre. Le coût de cette maladie est élevé, les tentatives de suicide sont fréquentes.

Les facteurs de risque des tentatives de suicide chez les patients bipolaires semblent être le jeune âge, l'abus de substance, un trouble de la personnalité, des antécédents de tentatives de suicide

Cependant depuis quelques temps déjà, des arguments plaident en faveur d'une individualisation du suicide comme une maladie à part entière.

Bibliographie

1. Ahrens B., Berghofer A., Wolf T., 1995, Suicide attempts, age and duration of illness in recurrent affective disorders., *J. Affective Disord.*, 36:43-9
2. Ahrens B., Linden M., 1996, Is there a suicidality syndrome independent of specific major psychiatric disorder? Results of a split half multiple regression analysis., *Acta Psychiatr. Scand.*, 94 :79-86
3. Baldessarini RJ., Tondo L., Hennen J., 2001, Treating the suicidal patients with bipolar disorders. Reducing suicide risk with lithium., *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 932:24-38
4. Comtois KA., Russo JE., Roy Byrne P., 2004, Clinicians' assessments of bipolar disorder and substance abuse as predictors of suicidal behavior in acutely hospitalized psychiatric inpatients., *Biol. Psychiatry.*, 15;56:757-63
5. Goldberg JF., Garino JL., Leon AC., 1998, Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania., *Am. J. Psychiatry.*, 155:1753-5
6. Greil W., Kleindienst N., 2003, Concepts in the treatment of bipolar disorder. *Acta psychiatr scand suppl.*, 418:41-6
7. Henry C., Sorbara F., Lacoste J., 2001, Antidepressant-induced mania in bipolar patients : identification of risk factors., *J. Clin. Psychiatry.*, 62 :249-55.
8. Hoyer EH., Olesen AV., Mortensen PB., 2004, Suicide risk in patients hospitalized because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993., *J. Affective Disord.*, 78:209-17
9. Krupinski M., Fischer A., Grohmann R., 1998, Risk factors for suicide of inpatients with depressive psychoses., *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 248:141-7
10. Muller Oerlinghausen B., 2001, Arguments for the specificity of the antisuicidal effect of lithium., *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 251 suppl 2:1172-5
11. Meningaud JP., Bertrand JC., Batista D., 2003, Maxillofacial trauma by defenestration: 64 cases., *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac.*, 104:260-4
12. Nordstrom P., Asberg M., Aberg Wistedt A., 1995, Attempted suicide predicts suicide risk in mood disorders., *Acta Psychiatr. Scand.*, 92:345-50
13. Nordstrom P., Samuelsson M., Asberg M., 1994, CSF 5-HIAA predicts suicide risk after attempted suicide. *Suicide Life Threat Behav.*, 24:1-9
14. Oquendo MA., Waternaux C., Brodsky B., 2000, Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and nonattempters., *J. Affective Disord.*, 59:107-17
15. Raja M., Azzoni A., 2004, Suicide attempts : differences between unipolar and bipolar patients and among groups with different lethality risk., *J. Affective Disord.*, 1;82:437-42
16. Ran MS., Wu QH., Conwell Y., 2004, Suicidal behavior among inpatients with schizophrenia and mood disorders in Cengdu, China., *Suicide Life Threat. Behav.*, 34:311-9.
17. Rucci P., Frank E., Kostelnik B., 2002, Suicide attempts in patients with bipolar I disorder during acute and maintenance phases of intensive treatment with pharmacotherapy and adjunctive psychotherapy., *Am. J. Psychiatry.*, 59:1160-4
18. Sakamoto K., Fukunaga T., 2003, The impact of attempted suicide on the symptoms and course of mood disorders., *J. Clin. Psychiatry.*, 64 :1210-6.
19. Sato T., Bottlender R., Tanabe A., 2004, Cincinnati Criteria for mixed mania and suicidality in patients with acute mania., *Compr. Psychiatry.*, 45:62-9
20. Shi L., Thiebaud P., McCombs JS., 2004, The impact of unrecognized bipolar disorders for patients treated for depression with antidepressants in the fee-for-services California Medicaid (Medi-cal) program., *J. Affective Disord.*, 1;82:373-83
21. Sharma V., Persad E., Kueneman K., 1998, A closer look at inpatient suicide., *J. affective Disord.*, 47:123-9
22. Spiessl H., Hubner Liebermann B., 2002, Differences between unipolar and bipolar affective disorders., *Review from a clinical population.*, 70:403-9
23. Tondo L., Baldessarini RJ., Hennen J., 1998, Lithium treatment and risk of suicidal behavior in bipolar disorder patients., *J. Clin. Psychiatry.*, 59 :405-14

Colloques et Conférences

Santé mentale et pouvoir politique : quelle dialectique ?

XIII^e colloque interrégional
Et premier congrès national de Psy Cause

Au Mans, le samedi 6 juin 2009



ACCUEIL – 8h30

9h00 : Allocutions de bienvenue

Présentation de la journée par les Docteurs
Jean-Paul BOSSUAT et Youssef MOURTADA

9h30 Séance 1 : Santé mentale et pouvoir politique

Président : Pierre EVRARD, psychiatre dans le pôle Bouches du Rhône Nord (Montfavet)

Discutant : Youssef MOURTADA, pédopsychiatre chef de pôle (Le Mans)

- Rachel BOCHER, psychiatre (Nantes) : « La commission sur les missions et l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale (Commission Couty) »
- Carole MARAIS, inspecteur référent régional psychiatrie et santé mentale (Nantes) : « La commission régionale de concertation en santé mentale » (sous réserve)
- Jean-Jacques LOTTIN, docteur en géographie urbaine, directeur d'études en santé publique (L'Isle sur la Sorgue) : « La santé mentale, un outil de subordination de la psychiatrie au biopouvoir d'état »

11h – 11h15 : Pause

11h15 Séance 2 : Psychiatrie et santé mentale

Président : Claude PETIT-LASSAY, coordinateur des soins au CHS de la Sarthe

Discutant : Zacharie MUANAKULUMBU, psychiatre au secteur 1 de la Sarthe, pôle A

- Didier BOURGEOIS, médecin chef du pôle Avignon Est (Montfavet) et Huguette FERRE, psychiatre (CH

Martigues) : « De la double contrainte comme politique déconstructive »

- Thierry LAVERGNE, psychiatre (CH Pierrefeu du Var) : « Protection de l'enfance, justice et pouvoir »
- Equipe infirmière : « Pratiques infirmières en santé mentale dans l'intersecteur de pédopsychiatrie de l'ouest de la Sarthe »

13h – 14h30 : Déjeuner sur place avec un traiteur

14h30 Séance 3 : Santé, pouvoir et folie

Président : Michel NGUYEN, médecin chef du secteur 7 de la Sarthe, pôle G

Discutant : Jean-Jacques LOTTIN (L'Isle sur la Sorgue)

- Mairie d'Allones : « Point de vue de l'élu sur l'état de santé mentale de la population et mise en place d'un lieu d'écoute santé »
- Pierre EVRARD (Montfavet) : « Pouvoir de la folie, folie du pouvoir »
- Equipe infirmière Précarité du CHS de la Sarthe : « Précarité et santé mentale »
- Jean-Paul BOSSUAT et coll, médecin chef du pôle Bouches du Rhône Nord (Montfavet) : « Demain, la psychiatrie » (document adressé en septembre 2008 au Sénat en vue d'un rapport sur l'avenir de la psychiatrie)

16h30 – 17h : Conclusion par Youssef MOURTADA

Le compte-rendu des communications sera publié ultérieurement dans la revue Psy-Cause

Bulletin d'inscription au congrès du Mans

Bulletin à retourner au Secrétariat du Docteur Jean-Paul BOSSUAT
Secteur 27 – Centre Hospitalier – 84143 MONTFAVET CEDEX

N° d'agrément ANFH : 93840166884

N° d'enregistrement en Préfecture : 208250

N° SIRET : 44519187700015 – N° SIREN : 445191877 – N° APE : 804C

Nom et prénom :

Adresse :

Tél. fixe : Portable :

Courriel : Fax :

Inscription au Colloque :

Formation permanente 90 €

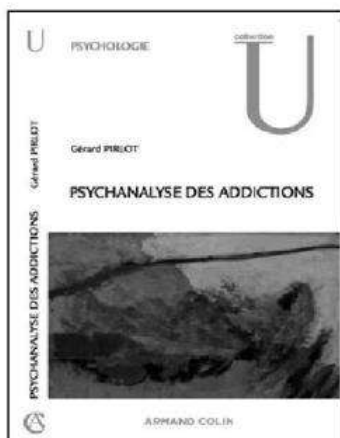
Sans prise en charge 45 €

Etudiants 20 €

Abonnement offert pour les inscriptions à 90 € – Possibilité sur place d'abonnement à un tarif préférentiel.

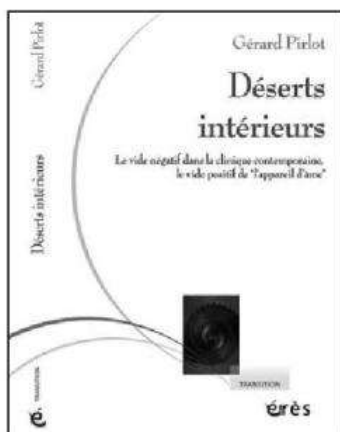
Le règlement par chèque se fait à l'ordre de Psy-Cause

Notes *de lecture*



Gérard Pirlot est « l'universitaire » de notre comité de rédaction. Passionné de psychanalyse, il a débuté sa carrière comme praticien hospitalier à l'hôpital de Lavaur dans le Tarn. Il ouvre parallèlement un cabinet de psychanalyste à Toulouse. Il choisit de se former dans une école particulièrement rigoureuse pour délivrer son label : le fameux (et controversé par le fait des Lacaniens) « Institut ». Le voilà psychanalyste

membre de la Société psychanalytique de Paris. Mais il ne reste pas en chemin et après un détour par l'université de Paris Ouest Nanterre dont il est toujours membre du laboratoire LASI, il est nommé en 2008 Professeur de psychologie clinique à l'université de Toulouse II.



Il vient de publier deux ouvrages. Le premier s'intitule « **Psychanalyse des addictions** » (collection Psychologie chez Armand Colin) : il met en perspective les conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme, boulimie, anorexie, addictions au jeu, à la sexualité, au travail etc...) avec les passions addictives qui s'enracinent dans l'œuvre de Freud.

Son second ouvrage, intitulé « **Déserts intérieurs** » (chez Éres), interroge le vide intérieur que fuit le sujet postmoderne alors que l'acceptation du « vide en soi » apparaît indispensable au développement de la subjectivité et de la créativité. En contrepoint, l'auteur évoque la « positivité des déserts intérieurs » révélée par certaines expériences philosophiques, psychanalytiques ou scientifiques.

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Evrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef.

■ Administrateur trésorier

Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique : Monique Wagner (Boulbon)

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Amicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Nadia Benathzmane (Paris)

Hervé Bokobza (Montpellier)

Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence)

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Marie-Christine De Médrano (Aix)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Pavaud (Thuir)

Jean-Yves Febercy (Pierrefeu)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Réjane Galy (Béziers)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Dominique Godard (Martigues)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Arnaud Masquin (Villeneuve-lez-Avignon)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orlor (Cannes)

Rafael Ortiz (Avignon)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Rémi Picard (Avignon)

Michèle Platroz (Lyon)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Pascal Schindelholz (Papeete, Polynésie)

Jeanie Schott (Uzès)

Béatrice Segalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Julien Starkman (Avignon)

Zhengyong Song (Draguignan)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

Gabrielle Uda (Marseille)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Comité de Rédaction

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovaïa (Avignon)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Laurence Feller (Uzès)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Marielle Fontaine (Avignon)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Alain Gavaudan (Marseille)

Patrick Jouventin (Avignon)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Carole Mitaine (Antibes)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Jacques Peyre (Montpellier)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Sophie Sauzade (Martigues)

Gilbert Schott (Uzès)

Dominique Schneider (Strasbourg)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava,

Tchéquie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

Jan Cimiski (Prague, Tchéquie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Mannouba, Tunisie)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Hafani (Tunis, Tunisie)

Pavel Hlavinka (Opava, Tchéquie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou,

Burkina Faso)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Mary-Kay Nixon (Victoria, Colombie Britannique, Canada)

Valère Nkelzok (Douala, Caméroun)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagyi (Budapest, Hongrie)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon, Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Bénin)

■ Conseil Scientifique

Thierry Albernehe (Antibes)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Marie-Hélène Bertocchio (Aix)

Daniel Bley (Arles)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

José Lamana (Avignon)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Gérard Mosnier (Avignon)

Régis Polverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Marie Rajablat (Toulouse)

Yves Rousselot (Aix)

Jean-Pierre Suc (Avignon)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Directeur honoraire fondateur

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

Abonnement

– Bulletin d'abonnement –

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

Le bulletin d'abonnement rempli ainsi que son règlement à l'ordre de *Psy Cause* sont à envoyer à :

PsyCause
Secrétariat du secteur 27 – A l'attention de Chantal Roose
Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Nom et prénom

Adresse professionnelle

Code postal..... Ville.....

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée à : Dr J.-P. Bossuat, Centre hospitalier de Montfavet 84143 Montfavet cedex.

Le comité de rédaction est seul juge de l'acceptation ou non d'une communication.

Contenu de l'article

- L'article doit être obligatoirement constitué des rubriques suivantes :

- **Titre de l'article**

- **Photographie de l'auteur** (type photo d'identité)

- **Nom de l'auteur**, qualité, adresse

- **Résumé** : 100 à 150 mots en langue française, exposant succinctement l'objet de l'article

- **Corps de l'article**

L'article peut être constitué de une ou plusieurs parties selon les besoins de l'exposé.

Les photographies, graphiques, dessins sont désignées sous le terme générique de « Figures ». Elles seront numérotées dans l'ordre d'apparition dans le texte (dans lequel doit exister un appel de figure).

Les légendes des figures sont séparées du reste de l'article.

- **Bibliographie** :

Pour un livre, les mentions suivantes doivent apparaître : Auteurs (nom, prénom), titre (en italique), tome (si nécessaire), ville, maison d'édition, n° d'édition (si ce n'est pas la première), année, nombre de pages, pages de référence.

Pour un article, dans une revue : Auteurs (nom, prénom), titre de l'article entre « », le nom de la revue (en italique), le n° de volume, l'année, le n° des première et dernière page de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être dactylographié. Il sera fourni une version sur papier et une version informatique (fichier.doc ou .rtf) sur disquette ou par mail.

Figures

Les photographies seront fournies sur papier glacé, d'un format minimum de 6 x 9 cm. Au dos du cliché, apparaîtra le nom de l'auteur, le numéro de la figure.

Les diapositives sont également acceptées, portant les mêmes informations que ci-dessus.

Les graphiques et dessins doivent être d'un format et d'une netteté suffisants pour permettre une parfaite lisibilité une fois reproduits.

Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis dans une version sur papier et une version informatique (fichier).

Santé mentale et pouvoir politique quelle dialectique ?

XIII^e colloque interrégional et 1^{er} congrès national de PsyCause



au Mans, le samedi 6 juin 2009

Renseignements :

Dr Youssef Mourtada

CHS de la Sarthe – Psychiatrie infanto-juvénile

CMP-CATTP D.W. Winnicott, 72 Avenue Olivier Messiaen, 72000 Le Mans

Tél. 0243435120 Courriel : y.mourtada@chs-sarthe.fr

Secrétariat du Dr Jean-Paul Bossuat

Pôle Bouches du Rhône Nord – Centre Hospitalier – 84143 Montfavet cedex

Tél. 0490039276 Courriel : Chantal.Roose@ch-montfavet.fr

Lieu du congrès :

Institut de Formation en Soins Infirmiers du Centre Hospitalier du Mans

194 avenue Rubillard, 72037 Le Mans cedex 9