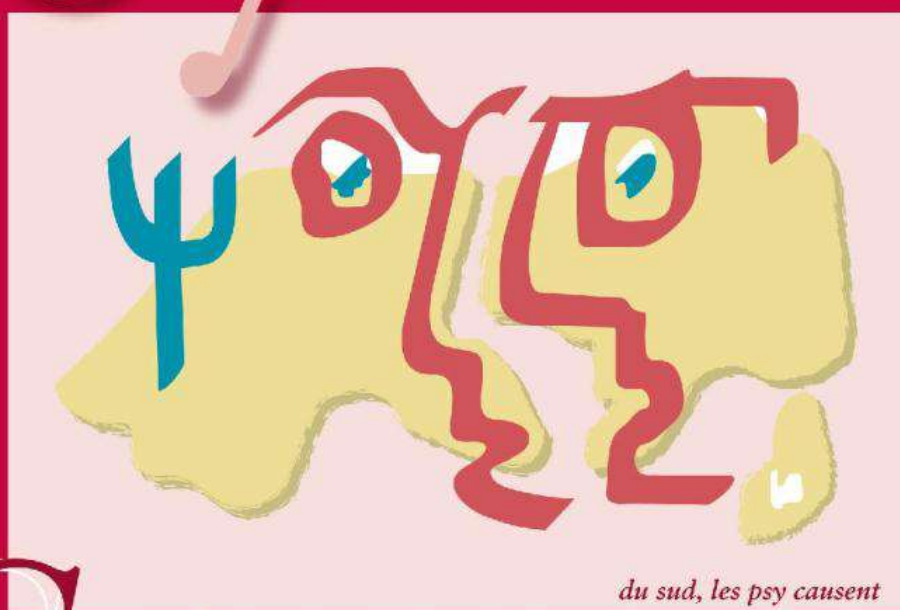


Psy



du sud, les psy causent

Cause

■ Spécial Francophonie

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Francophonie en Afrique Subsaharienne	3
Impacts psychosociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et leur entourage à Cotonou (Bénin) Tognide C.M., Kakanakou J.F., Zannou D.M., Gansou M., Kpadonou-Fioissi E., Tognon F., Ezin Hounbe J., Agossou Th.	4
Étude des déterminants du partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par les personnes vivant avec le VIH/sida suivies au centre hospitalier et départemental du Borgou au Bénin en 2007 Gandaho P., Bello Y.S., Tognon F.	11
Impacts psychosociaux du non-paiement des soins sur les indigentes retenues à l'HOMEL (Bénin) Tognide C.M., Labitan C., Tognon F., Gansou G. M., Ezin Hounbe J., Ahyi R. G.	17
L'usage et l'abus d'alcool dans le département du Borgou Gandaho P., Tognon-Tchégnonsi F., Akpakpo BY.	21
Relativité culturelle du symptôme en pathologie mentale et la classification psychiatrique Mathieu Tognidé	27
PsyCause II – Francophonie en Afrique du Nord.....	32
Corps et possession dans la thérapie traditionnelle au Maroc Leila Cherqaoui	33
La prévalence des addictions chez les patients bipolaires Adali. I., Asri. F., Manoudi. F., Tazi. I.	37
Psychose nuptiale et culture Auteurs : Ellouze F., Cherif W., Ben Abla T., Amri H., M'rad M.F.	42
PsyCause III – Francophonie dans l'Union européenne	46
En écho à l'éditorial Andrew Blewett	47
Regard tchèque sur un stage dans un hôpital psychiatrique français Ivan Galuszka	48
Congrès à Pribor	50



Francophonie

Nous dédions ce numéro aux auteurs et aux rédacteurs étrangers qui font confiance à notre revue pour publier en français leurs travaux, leurs recherches, leurs témoignages alors même qu'en France les psychiatres universitaires ou « assimilés » écrivent de plus en plus directement en anglais dans des publications anglo-saxonnes. Ce sont nos correspondants et rédacteurs francophones qui œuvrent pour que *Psy Cause* occupe une place qui leur paraît nécessaire. Cet été les psychiatres béninois ont obtenu l'accréditation de notre revue comme revue de spécialité par le CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur). C'est à la fois une reconnaissance et une responsabilité.

Psy Cause est donc en pleine réorganisation. Au niveau de l'Ourse apparaissent deux nouveaux secrétariats de rédaction. Nous avons déjà le secrétariat à l'Afrique sub-saharienne animé par Monique Wagner qui orchestre avec nos collègues béninois le congrès de Parakou en 2008. Le développement rapide de l'implantation de *Psy Cause* dans les pays du Maghreb, rend nécessaire un travail de coordination et c'est un médecin d'origine algérienne exerçant au Centre Hospitalier de Montfavet (Avignon), Zahia Kissoum, qui a accepté cette mission en tant que secrétaire de rédaction à l'Afrique du Nord. Rappelons le congrès 2010 à Marrakech coorganisé pour *Psy Cause* par Ikrame Brando, psychologue d'origine marocaine exerçant elle aussi à Montfavet dans l'établissement siège de notre revue.

L'usage de la langue française pour publier n'est pas l'exclusivité d'auteurs francophones. C'est ainsi que nous avons dans ce numéro un article tchèque, ainsi que l'entrée au comité de rédaction francophone de *Psy Cause*, d'un psychiatre anglais d'Exeter, Andrew Blewett, qui partage notre approche et nous écrit un petit texte en écho à cet éditorial. Notre congrès international 2011 est localement piloté par trois psy tchèques qui écrivent en français et il se déroulera dans la ville natale de Freud sous la présidence de Jane Mac Adam Freud, arrière petite fille de Sigmund Freud. Nous y aborderons la question de la pertinence de l'invention de la psychanalyse et de son apport en psychiatrie. Un article paru le 28 septembre dernier dans le *Courrier International*, relève l'expérience institutionnelle novatrice d'un hôpital psychiatrique du nord-est de la Roumanie. C'est en Allemagne que le psychiatre roumain à la tête de cette avancée, Alexandru Paziuc, est allé chercher un modèle, alors que la Roumanie est un pays où la langue française occupe une place de premier plan et que la psychothérapie institutionnelle fut longtemps une spécificité française.

L'Union Européenne peut être une précieuse opportunité de réintroduire en France un certain nombre de valeurs, de références et de pratiques actuellement battues en brèche par une « dépossession » des professionnels français de la psy. Jean Yves Feberey, psychiatre des hôpitaux à l'hôpital de Pierrefeu du Var, s'est attelé depuis plusieurs années à cette idée du retour par l'Europe des « idéaux perdus » de la psychiatrie française via des colloques organisés à Budapest par son association Piotr Tchaadaev et avec le travail « Antistigma » de la Fondation Ebredések de Budapest. Jean Yves Feberey vient d'accepter de piloter le secrétariat de rédaction à l'Union Européenne, de *Psy Cause*.

Ce numéro 58 concrétise donc un nouveau cap dans la structuration, l'identité et les objectifs de notre revue.

Avignon, le 6 octobre 2010
Jean-Paul Bossuat

Francophonie en Afrique Subsaharienne

Ce premier dossier ouvre ce numéro consacré à l'écriture en langue française. Et le premier article est de Mathieu Tognidé, Professeur de psychiatrie et directeur de l'hôpital psychiatrique universitaire de Cotonou, au Bénin. Il fut le principal acteur, avec des collègues béninois, de la reconnaissance par le Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur, de Psy Cause comme revue internationale de psychiatrie qualifiante dans un cursus universitaire. Cette reconnaissance concerne les pays membres de ce Conseil : le Bénin, le Burkina Faso, le Burundi, le Cameroun, la Centrafrique, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Gabon, la Guinée-Conakry, la Guinée Bissau, Madagascar, le Mali, le Niger, le Rwanda, le Sénégal, le Tchad et le Togo. Lors de l'annonce de cette nouvelle, Mathieu Tognidé avait ajouté : « *Je souhaiterais d'ailleurs, si vous me le permettez, joindre l'acte à la parole en vous proposant un article que j'ai écrit depuis trois ans que je n'ai voulu envoyer que dans une revue internationale psychiatrique.* »

Il est donc tout naturel que cet article qui traite de l'impact d'une révélation de la séropositivité au VIH, rédigé selon les critères requis par les revues internationales principalement anglo-saxonnes, introduise le numéro. Le thème traité est d'ailleurs d'une grande gravité dans cette partie de l'Afrique particulièrement touchée par les ravages du SIDA. C'est pourquoi nous le faisons suivre d'un autre texte rédigé selon des critères très proches, qui expose cette même problématique, centrée sur Parakou au Bénin du Nord, alors que notre premier texte est d'avantage centré sur Cotonou, au Bénin du sud.

Le troisième article béninois étudie les femmes indigentes qui sont « retenues » à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou, sous des paillottes pour non paiement des soins médicaux.

Avec le quatrième article, les auteurs béninois se penchent sur la consommation d'alcool en Afrique subsaharienne qui bénéficie d'une grande tolérance sociale voire religieuse propice aux abus. Les auteurs constatent que « *quand on inclut dans les estimations l'alcool de fabrication locale, traditionnelle, on enregistre dans les pays africains des niveaux de consommation d'alcool par habitant, les plus élevés au monde.* » Ce texte est une étude statistique de santé mentale destinée à tirer la sonnette d'alarme sur l'ampleur de la dépendance à l'alcool pour que les autorités socio-sanitaires et politiques mettent en place une stratégie de lutte contre ce fléau.

Le cinquième article Béninois fut rédigé par Mathieu Tognidé peu de temps après le congrès de Parakou en février 2008 coorganisé par Psy Cause et l'université de cette ville et qui avait pour thème la question de la pertinence des classifications confrontées aux caractéristiques culturelles africaines dans l'expression des symptômes.

Si nous avons centré ce dossier de la francophonie en Afrique subsaharienne sur un pays « pionnier » vis à vis de notre revue avec Mathieu Tognidé, nous n'oublierons pas de citer Corentin Nascimento dont un article en cours d'achèvement nous parlera dans le N°59, de la pédopsychiatrie à l'hôpital de Niamey au Niger, et Valère Nkelzok qui professe à l'extrême nord du Cameroun à l'Institut Supérieur du Sahel (Université de Maroua), correspondant de longue date : tous les deux viennent de se joindre à Mathieu Tognidé au Comité de Rédaction Francophone de Psy Cause. Par ses correspondants, notre revue est en outre présente au Sénégal, au Mali, au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire.



Mathieu Tognidé



Magloire Gansou



Épadonou
Kpadonou-Fiossi



Francis Tognon



Josiane Ézin Houngbé

Impacts psychosociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et leur entourage à Cotonou (Bénin)

Auteurs : Tognide C.M.^{1*}, Kakanakou J.F.^{2*}, Zannou D.M.^{**}, Gansou M.^{3*},
Kpadonou-Fiossi E.³, Tognon F.^{4***}, Ezin Houngbé J.^{5*}, Agossou Th.^{6*}

Résumé

Véritable désastre humanitaire d'ampleur historique. Le phénomène VIH/SIDA pose la problématique de la révélation de la séropositivité au VIH par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) elles-mêmes. Cette étude prospective transversale à la fois descriptive et analytique qui s'est déroulée au Centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH de l'organisation non gouvernementale (ONG) RACI-NES à Cotonou, vise à déterminer les impacts psychologiques et sociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et l'entourage.

Il ressort, au terme de l'étude, que l'attitude compréhensive reste l'impact social le plus important lors de la révélation au (x) conjoint (es) (67,6 %). Le soutien moral ou spirituel (78 %), l'indifférence (51,2 %) et le rejet (7,9 %) sont les réactions des confidents. Les rapports sexuels non protégés représentent 70 % des comportements sexuels des patients n'ayant pas révélé leur séropositivité. 40,3 % des PVVIH de la population d'étude sont anxieuses et celles qui ont révélé leur séropositivité sont moins anxieuses (25,7 %). 78,4 % des PVVIH qui ont révélé leur séropositivité sont déprimées. La moitié des enfants mineurs informés de la séropositivité de leurs parents est triste, 22,7 % ont éprouvé de la peur.

Mots-clés : Impacts psychosociologiques-Révélation-séropositivité au Vih-Pv/vhi.

1. Professeur de psychiatrie et directeur du CNHP de Cotonou

2. Médecin résident

3. Psychiatre

4. Psychiatre doyen de la faculté de médecine de Parakou

5. Professeur de psychiatrie

6. Chef de service de psychiatrie au CNHU

* Service de Psychiatrie CNHU-HKM Cotonou 04 BP 0217(Bénin)

** Service de Médecine Interne CNHU-HKM

*** Faculté de Médecine à l'Université de Parakou (Bénin)

Summary

Real humanitarian disaster of historical scale. The phenomenon HIV/AIDS put down the problematic of HIV positive revelation by the people living with HIV themselves.

This prospective and transversal study at the same time descriptive and analytic which has occurred at centre. Of minimum fare of people living with HIV of non governmental organisation RACINES at Cotonou, aims to determine the psychological and sociological impact of the revelation or not of HIV positive upon people living with HIV and the entourage.

It stands out at the end of the study that comprehensible attitude remains the most important social impact during the revelation to husband(s) and wife/wives (67,6 %). Moral or spiritual support (78 %), indifference (51,2 %) and rejection (7,9 %) are confidants' reactions. Sexual intercourses without protection represent 70 % of sexual behaviour of patients not having revealed their HIV positive status. 40,3 % of people living with HIV of the studied population are anxious and those who have revealed their HIV positive status are less anxious (25,7 %). 78 % of people who have revealed their HIV positive status are depressed. Half of minor children informed about their parents' HIV positive status would be sad, 22,7 % would have been frightened.

Key words : Psychosociological – Impacts – Revelation – HIV Positive – People living with HIV.

Introduction

De 1981 à nos jours, la pandémie du SIDA s'est de plus en plus révélée comme une catastrophe mondiale. Véritable désastre humanitaire d'ampleur historique elle voit, à partir de l'année 1987, s'ériger sur son chemin une forte mobilisation nationale et internationale, aux niveaux institutionnel, politique, scientifique et associatif [1]. Les moyens de prévention sont de plus en plus vulgarisés, l'accès au traitement médicamenteux est devenu progressivement gratuit. Un aspect fondamental dans la prise de conscience du phénomène du VIH/SIDA et dans sa prise en charge est la révélation de la séropositivité au VIH par les personnes vivant avec le VIH (PWIH) elles-mêmes. Cette option interpelle la conscience des PWIH dans ses aspects moraux, religieux, juridiques et socioculturels [14]. La question des impacts psychologiques et socioéconomiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH a déjà fait l'objet de certaines études en Europe, en Amérique et en Asie. En Afrique, les travaux [1] sont quasiment inexistantes surtout dans les pays francophones.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les impacts psychologiques et sociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et l'entourage à Cotonou (BENIN).

I – Matériel et Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale à la fois descriptive et analytique qui s'est déroulée au Centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) RACINES à Cotonou. Elle couvre une période de trois mois, soit du 02 Avril 2007 au 29 Juin 2007. Nous avons sélectionné des PWIH suivies dans le centre qui ont été recensées durant la période du déroulement de l'enquête lors des consultations d'observance du traitement ARV, des renouvellements de médicaments ARV ou des consultations de suivi médical.

Les critères d'inclusion sont :

- Les PWIH de plus de 15 ans (adolescents et adultes)
 - Les PWIH traitées par ARV dans le Centre Médical de l'ONG RACINES
 - Avoir donné son consentement pour participer à l'étude
- Les critères d'exclusion sont :
- Avoir un antécédent de troubles psychiques avant la connaissance du statut sérologique positif au VIH
 - Avoir un état général altéré avec un indice de Karnofsky inférieur à 50 %.

Les variables recherchées sont l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le niveau socio économique, les modes de révélation, les éléments favorisant la révélation ou non de la séropositivité.

Les troubles psychologiques du patient au moment de l'enquête ont été déterminés à l'aide des échelles diagnostiques contextuelles de HALMITON.

L'analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS 12.0. Les graphiques ont été élaborés grâce au logiciel EXCEL 2003. La comparaison des variables qualitatives a été faite à l'aide du test de khi-deux de PEARSON et le test exact de FISHER. Tous les tests ont été interprétés avec un seuil de significativité inférieur ou égal à 5 %.

II – Résultats

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Notre population d'étude est donc faite de 124 PWIH et représente 63,3 % de l'effectif total des patients. Elle comprend 31 hommes et 93 femmes ; soit un sex-ratio de 0,33 avec un âge moyen de 35,4 ans +/- 9,7. Les hommes sont significativement plus instruits que les femmes ($p = 0,00$; $OR = 6,45$). En effet, on compte 28 hommes instruits contre 3 non instruits et 55 femmes instruites contre 38 non

instruites. De même, les hommes ont un meilleur niveau socioéconomique que les femmes ($p = 0,00$; OR = 9,96). On constate que 48 femmes sont en état de dépendance financière contre 45 financièrement indépendantes. Dans le même ordre chez les hommes, on a 3 contre 28. La révélation au(x) conjoint(es) est significativement liée au sexe ($p = 0,02$), à l'instruction ($p = 0,00$), au niveau socioéconomique ($p = 0,01$), au type de la famille : mono-game ou polygame ($p = 0,03$) et à la situation matrimoniale ($p = 0,00$) ; mais non à l'âge ($p = 0,08$).

2.2. Réactions du conjoint(es)

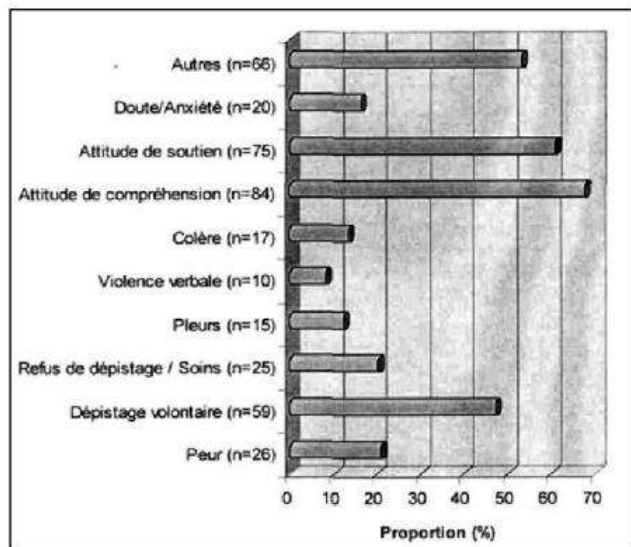


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de la réaction du(es) conjoint(es).

2.3. Réactions des autres confidents

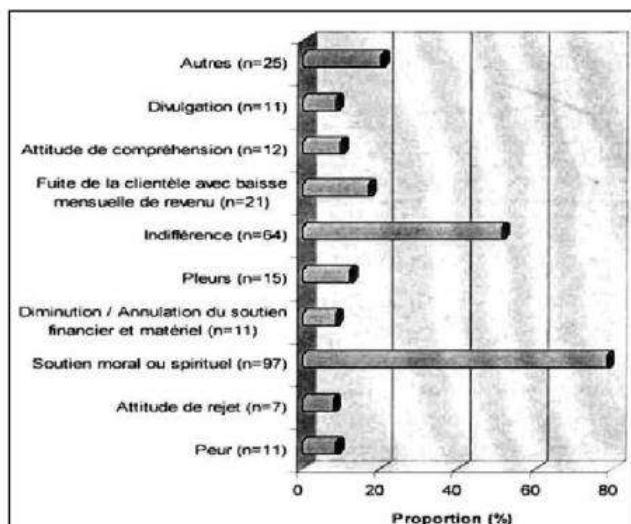


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la réaction des autres confidents.

2.4. Comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut versus comportements sexuels des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es)

Voir tableau I.

Il n'y a pas de différence significative entre les comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et ceux des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

2.5 Morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut versus morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es)

Voir tableau II.

2.6. Morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH versus morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH ayant révélé leur statut au VIH

Voir tableau III.

2.7 Réactions des enfants mineurs informés de la séropositivité de leurs parents

Tableau IV : Répartition des enfants mineurs informés de la séropositivité au VIH de leurs parents en fonction de leurs réactions.

Réactions	Effectifs	Proportion (%)
Tristesse	55	50,0
Peur	25	22,7
Difficultés scolaires	10	9,1
Colère / agitation	05	4,5
Difficultés alimentaires	05	4,5
Difficultés de sommeil	05	4,5
Honte	00	0,0
Sentiment de culpabilité	00	0,0
Désintérêt	00	0,0
Autres	25	22,7

Tableau I : Répartition des patients en fonction des comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et des comportements sexuels des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

Comportements sexuels	Patients n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)		Patients ayant révélé au(x) conjoint(es)	
	Effectifs	Proportion (%)	Effectifs	Proportion (%)
Rapports non protégés	35	70,6	40	51,3
Rapports protégés ou Abstinence	15	29,4	34	48,7
Total	50	100,0	74	100,0

$\text{Khi}^2 = 3,17$ $p = 0,07$ $\text{OR} = 1,98 [0,87 - 4,55]$

Tableau II : Morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut versus morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

	Effectif		Proportion (%)		Indicateurs statistiques	
	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Risque relatif (RR)	Probabilité (p)
Enfants						
Vivants non malades	42	77	62,7	92,8	-	-
Vivants malades	16	4	23,9	4,8	2,27	0,00
Décédés	9	2	13,4	2,4	1,96	0,01
	67	83	100,0	100,0	-	-

Tableau III : Morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH versus morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH ayant révélé leur statut au VIH.

	Effectif		Proportion (%)		Indicateurs statistiques	
	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Risque relatif (RR)	Probabilité (p)
Enfants						
Vivant(e)s non malades	67	98	75,3	94,2	-	-
Vivant(e)s malades	17	5	19,1	4,8	1,90	0,00
Décédé(e)s	5	1	5,6	1,0	1,86	0,06
	89	104	100,0	100,0	-	-

2.8. Anxiété selon la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es)

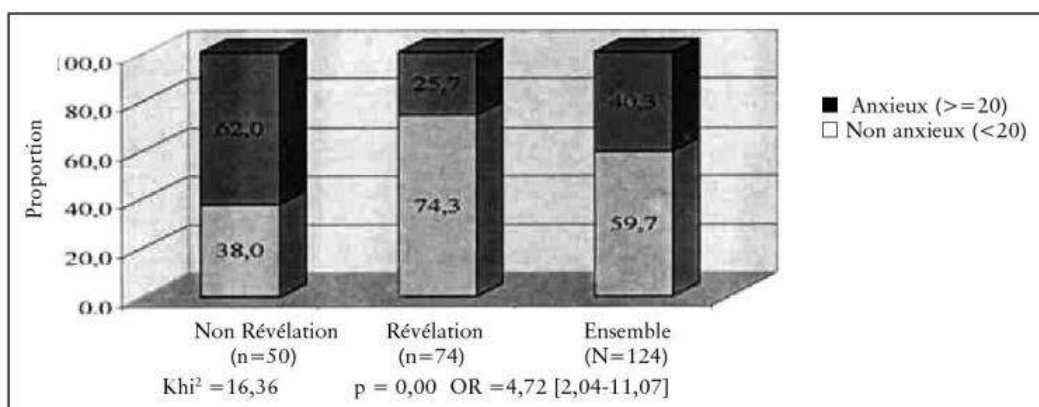


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'anxiété et de la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es).

2.9. Dépression selon la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es)

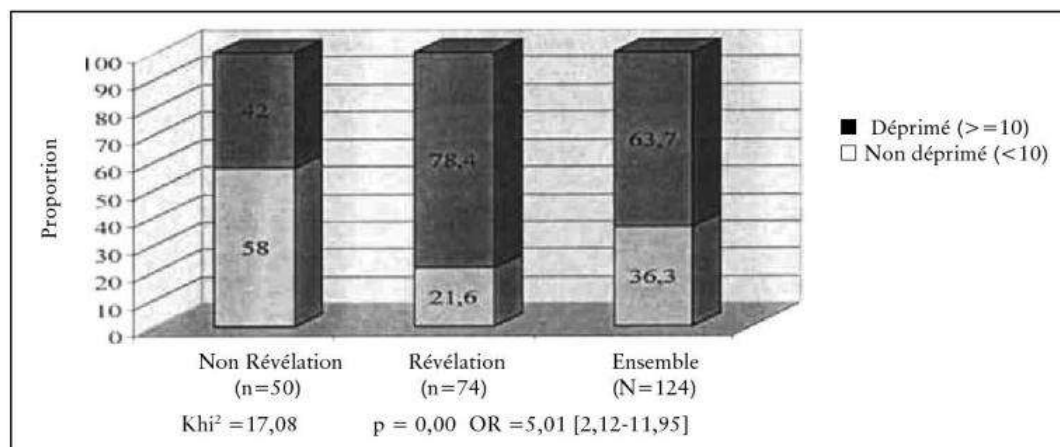


Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la dépression et de la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es).

IV – Discussion

4.1. Impacts sociaux de la révélation ou non de la séropositivité au VIH

Aux nombres des impacts de la révélation, figurent les comportements sexuels adoptés par les PWIH qui ont révélé leur séropositivité au(x) conjoint(es). Les rapports sexuels non protégés font 51,3 %. L'abstinence représente 24,3 % des comportements au même titre que les rapports sexuels protégés. Ces résultats sont très différents de ceux publiés par DAVES. S. et al. en 2006 à Londres où 73,0 % des PWIH protègent leurs rapports sexuels après la révélation au(x) conjoint(es), avec un changement significatif dans les comportements sexuels [4]. Ce contraste peu élogieux est inquiétant et demande d'autres réflexions sur le sujet. Les raisons qui sous-tendent ces types de comportements sociaux méritent d'être investiguées par une étude ultérieure. Ce n'est qu'après une démarche scientifique du genre qu'il sera possible de proposer des solutions adéquates pour un changement significatif de comportements.

S'agissant des réactions du conjoint (es) et des autres confidents, elles sont loin d'être inquiétantes. L'attitude de compréhension est l'impact social le plus important de la révélation au(x) conjoint (es) (67,6 %). Le développement d'une attitude de soutien suit : 60,8 %. Viennent ensuite le dépistage volontaire du conjoint (es) : 47,2 % ; la peur : 20,8 % et enfin le refus de dépistage et de soins : 20,3 %. En ce qui concerne les réactions des autres confidents, le soutien moral ou spirituel émerge avec 78,0 % devant l'indifférence : 51,2 % et l'attitude de rejet : 7,9 %. Les impacts économiques sont peu importants. La fuite de la clientèle avec une baisse mensuelle de revenu s'observe dans 17,1 % des cas. La diminution ou l'annulation de soutien financier et matériel est rapportée dans 8,5 % des cas. Le taux de licenciement est faible à 1,2 %. Ces résultats sont superposables en plusieurs points à ceux publiés par TOGNIDE et

al. en 2005 au Bénin [15]. L'attitude de rejet, alors égale à 11,8 %, a assez bien régressé, signe d'une information et d'une éducation améliorées de la population sur le VIH/SIDA. Cependant, les 49,8 % de modification professionnelle et les 32,5 % de perte d'emploi, par eux rapportées, sont nettement en hausse par rapport à nos résultats. Ceci s'explique par la représentativité professionnelle de notre population d'étude qui pour 87,8 % est dans le secteur informel. LETEMO G [9] s'inscrit dans la même tendance en 2003 au Botswana avec 11,0 % de rejet. OBI S. N. remarque au Nigeria que le risque de rejet est plus élevé chez le(s) conjoint(es) que dans la fratrie [12]. De même, GIELEN A. C. en 1997 à Baltimore aux USA publie que 75,0 % des confidents offrent des soutiens de tous ordres et développent une attitude de compréhension envers les PWIH. Il souligne toutefois, 19,0 % de rejet et d'abandon et 6,0 % de violence verbale ou physique [6].

Quant aux impacts de la non révélation, les rapports sexuels non protégés représentent 70,6 % des comportements sexuels des patients n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint(es). Des résultats plus inquiétants sont retrouvés à Lusaka en Zambie avec HIRA S. K et al. en 1990 [7]. Ceci devrait interroger plus d'un sur cet aspect des comportements sexuels à risques chez la PWIH.

Nous rappelons que ces pratiques sexuelles à risques chutent à 51,3 % chez les PWIH ayant révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint (es). Certes, une amélioration est notée. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre les comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et ceux des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es) [$p = 0,07$; OR = 1,98]. C'est ce que constate aussi SULLIVAN K.M. à Manoa aux USA en 2005 [16].

Abordant la morbidité relatives aux enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint(s), nous constatons que 23,9 % des enfants de tels parents sont gravement malades contre 4,8 % des

enfants de moins de cinq ans dont les parents ont révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint(s) [$p = 0,00$; $RR = 2,27$]. Ceci est valable pour les conjoint (es) des PWIH ($p = 0,00$; $RR = 1,90$). La mortalité suit la même tendance chez les enfants ($p = 0,01$; $RR = 1,96$) mais non plus chez les conjoint (es) [$p = 0,06$; $RR = 1,86$]. Dans une étude prospective réalisée en 2005 en Afrique Sub-Saharienne, EHIRI J. E. rapporte des résultats semblables.[5] HIRA S. K. et al. publient en 1990 à Lusaka en Zambie que 25,0 % des enfants de 0-5 ans sont malades de façon répétitive occasionnant d'énormes dépenses financières et matérielles aux parents.[7]

4.2. Impacts psychologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH

Globalement, 40,3 % des PWIH de notre population d'étude sont anxieuses. Une prévalence plus grande est observée au niveau des PWIH déprimées soit 63,7 %. Les PWIH qui ont révélé leur statut sérologique au(x) conjoint (es) sont moins anxieuses : 25,7 % des cas de révélation. Celles qui n'ont pas révélé leur statut sérologique au(x) conjoint(es) sont plus anxieuses : 62,0 % des cas de non révélation. Cette tendance s'inverse au niveau des PWIH déprimées. Ainsi, 78,4 % des PWIH qui ont révélé leur statut sérologique au VIH au(x) conjoint (es) sont déprimées alors que celles qui ne l'ont pas révélé sont moins déprimées à hauteur de 42,0 %. Nous remarquons que toutes les PWIH anxieuses sont déprimées alors que 39,2 % des patients déprimés ne sont pas anxieux.

La justification de la prévalence élevée de l'anxiété chez les patients n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint (es) est multifactorielle. Un tel patient est en permanence angoissé. Il est constamment en proie à l'incertitude ; une incertitude de «l'après révélation». La peur de faire souffrir, la peur d'être abandonné(e), la peur de discrimination et de victimisation... ; sont autant d'éléments qui assaillent la vie mentale de la PWIH. Les patients n'ayant pas révélé leur statut au(x) conjoint (es) anticipent négativement la réaction de l'entourage et sont donc en proie à une hyperactivité mentale. L'anxiété est du coup, tout à fait prédictible chez ces patients.

Quant aux patients ayant révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint (es), nous avons relevé une grande tendance à la dépression. En effet, après la révélation, le patient est confronté aux diverses réactions de ses confidents. Quelles qu'elles soient, il n'y peut rien et les subit. A ceci s'ajoutent le sentiment de honte, celui d'impuissance, de culpabilité et d'inutilité. La PWIH ayant révélé son statut a perdu son orgueil, sa fierté et son optimisme.

L'importance de ces valeurs est incontestée dans leur rôle pour l'équilibre social de l'Africain en général et du Béninois en particulier. La perte de ces valeurs, associée aux éléments

relevés plus haut, constituent autant de facteurs dépressogènes que vivent les patients et qui justifient la prévalence élevée de la dépression chez les PWIH ayant révélé leur séropositivité, notamment, au(x) conjoint(es).

Les prévalences d'anxiété et de dépression retrouvées chez les PWIH dans notre étude sont nettement supérieures à celles publiées par TOGNIDE et al. à Cotonou en 2004, soit 7,8 % et 21,7 % respectivement [15]. Elles se rapprochent de celles rapportées par AHYI C. en 2006 à Cotonou ; soit 23,0 % et 51,0 % dans l'ordre de l'anxiété et de la dépression [2]. Ceci peut s'expliquer par le rôle que jouent certains ARV et la chronicité de leur prise dans l'apparition de l'anxiété et de la dépression [3]. Notre étude et celle de AHYI C. étaient effectuées sur des populations sous ARV contrairement à celle de l'équipe de TOGNIDE. LELO M. au Congo Kinshasa en 2005, PETRAK J. A. à Londres en 2001 [13 ; 8] ont fait des études qui ont en commun, quelles que soient les variations en chiffres, une prévalence de la dépression plus forte que celle de l'anxiété chez les PWIH.

Aussi, avons-nous décrit les réactions des enfants mineurs informés de la séropositivité au VIH de leurs parents. La moitié de ces enfants serait triste selon leurs parents ; 22,7 % auraient éprouvé de la peur ; 9,1 % d'entre eux rencontreraient des difficultés scolaires consécutives à l'information du statut sérologique positif au VIH de leurs parents. Ce taux est heureusement faible mais pas négligeable. Ces résultats sont assez proches de ceux observés par l'équipe de MUTANQADURA en Zambie en 1998.[11]. Ces derniers font également cas d'une prévalence non négligeable de difficultés relationnelles des enfants avec leurs amis. New M. J. et al. en 2006 à Washington, MURPHY D. A. et al. en Californie en 2006, rapportent des résultats très différents. Ils remarquent chez les enfants mineurs de plus de 6 ans, 38,0 % en moyenne de troubles psychologiques à type d'anxiété et de dépression. Celles-ci régressent néanmoins avec le temps [10]. Cette différence avec nos résultats est compréhensible. En effet, l'évaluation des enfants dans notre étude était indirecte, se limitant au jugement des parents. Les enfants n'ont pas eux-mêmes été interrogés, examinés et évalués.

Conclusion

La lutte pour la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH passe aussi par la révélation de la séropositivité des personnes vivant avec ce virus. La révélation de la séropositivité des PWIH/SIDA à des impacts psychologiques et socioéconomiques non seulement sur la PWIH mais surtout sur son entourage. En sommes ces impacts méritent d'être pris en compte dans la prise en charge des PWIH. Celles-ci doivent être encouragées à la révélation de leur statut sérologique, en l'occurrence au(x) conjoint (es), et bénéficier d'une assistance psychologique systématique et régulière.

Références

1. ANGLARET X. D.U. Méthode et Pratiques en épidémiologie. Comprendre la prise en charge du VIH /SIDA . ISPED.Enseignement vi internet.2006 ; 4-5 : 7-8.
2. AHYI C Troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH à Cotonou. Thèse de Méd, Cotonou, Université d'bomey Calavi, 2006 ; 1254 : 131p
3. DARIOSCECQ JM, TABURET AM, GIRARD PM. Infection VIH. M2MENTO Thérapeutique, 1ère ed. Paris, Doin éditeurs ; 2001 : 335.
4. DAVE SS, STEPHENSON J, MERCEY DE, PANHMAND N, JUNQMANN E. Sexual behaviour, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individual attending an inner London HIV Clinic. Sex Transm Infect 2006 ; 82 (2): 117-9.
5. EHIRI JE, ANYANWUEC, DONATHE, KANU I, JOLLY PE. AIDS-related stigma in Sub-Saharan Africa: its contexts and potential intervention strategies. AIDS Public Policy J 2005; 20 (1-2): 25-39.
6. GIELEN A C, O CAMPO P, FADEN R R, EKE A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an Urban setting. Women Health 1997; 25 (3) : 19-31.
7. HIRA S. K, NKOWANE B M, KAMANGA J, WADHAWAN D, KAVINDELE D, MACUACUA R et al. Epidemiology of HIV families in Lusaka, Zambia. J Acquir Immune Defic Syndr 1990 ; 3 (1) : 83-6.
8. LELO M, MAMPUZA M M , N'SITU A M, IPARA J. L'inventaire somatique de Bradfort : test de discrimination de l'anxiété et de dépression masquée chez les PVVIH à Kinshasa RD CONGO. Médecine d'Afrique Noire ; 5204. 2005 : 2003-2006 .
9. LETEMO G. Prevalence of, and factors associated with HIV/ AIDS- related stigma and discriminatory attitudes in Botswana. J Health Popul Nutr 2003; 21 (4): 347-57.
10. MURPHY DA, GREENWELL L, MOUTTAPA M, BRECHT M L. Physical health of mothers with HIV/ AIDS and the mental health of their children. J Dev Behav Pediatr 2006; 27 (5): 386-95.
11. MUTANQADURA G., JACKSON H. HIV/AIDS and the young: three studies in southern Africa. SAF AIDS News 1998; 6 (4): 2-8.
12. OBI S N, IFEUNANDU N A. Consequences of HIV testing without consent. Int J STD AIDS 2006. 17 (2) : 93 –6
13. PETRAK JA, DOYLE AM, SMITH A, SKINNER C. Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. Br J Health Psychol 2001; 6 (pt 1): 69-79.
14. République du Bénin. Ministère de la Santé Loi N° 2005-31 du 5 Avril 2006 portant prévention prise en charge et contrôle du VIH /SIDA en République du Bénin 2006 ; 27.
15. TOGNIDE C.M., EZIN HOUNGBEJ, GANDAHO P, DOSSA M, AHYI R. G. Vécu social des personnes vivant avec le VIH/ SIDA à Cotonou (Bénin). Médecine d'Afrique Noire : 2005 : 623—627.
16. SULLIVAN K M. Male Self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. J Assoc Nurses AIDS Care 2005; 16(6) : 33-47.



Scène de rue à Cotonou.



Prosper Gandaho



Francis Tognon

Auteurs : Gandaho P.¹, Bello Y.S.,
Tognon F.²

Étude des déterminants du partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par les personnes vivant avec le VIH/sida suivies au centre hospitalier et départemental du Borgou au Bénin en 2007

Résumé

A partir de données quantitatives et qualitatives, les déterminants du partage de la séropositivité avec une tierce personne par les personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies au Centre Hospitalier Départemental du Borgou et ont été étudiés. Une étude de type transversal descriptif et analytique a été utilisée pour atteindre l'objectif fixé.

Les cibles étaient constituées de 88 personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies au CHD-BORGOU qui ont utilisées les services de cet hôpital entre le 29 octobre et le 29 novembre 2007, le personnel impliqué dans la prise en charge de ces personnes et les chefs des services offrant des soins aux PVVIH.

Le choix des unités statistiques s'est effectué de façon non probabiliste. L'enquête par questionnaire, l'entretien, l'observation et l'exploitation des dossiers de malades et des rapports d'activités des structures chargées de la prise en charge des PVVIH, ont été utilisées comme technique. Les outils utilisés en adéquation avec les techniques étaient : un questionnaire, un guide d'entretien, une grille d'observation et une fiche de dépouillement.

Les résultats obtenus de cette étude ont montré que :

- Les PVVIH suivies au CHD-BORGOU dans 85,2 % partagent le résultat de leur séropositivité avec une tierce personne,
- les principaux motifs qui sous-tendent ce partage sont la recherche d'un soutien psychologique, matériel ou financier,
- ceux qui ont réussi à partager leur statut constatent avoir mieux supporté psychologiquement la maladie avec une amélioration clinique constatée sur leur état de santé,
- la stigmatisation et la discrimination sont les principales raisons évoquées pour éviter le partage du statut sérologique.

Somme toute, le travail a permis de dégager les déterminants de partage ou de non partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par les PVVIH suivies au CHU-BORGOU.

Mots-clés : Séropositivité, partage, tierce personne, stigmatisation.

Summary

Determinants of positive HIV testing result sharing with a third party by people living with HIV/AIDS following in Borgou Department Hospital Centre have been studied from quantitative and qualitative data. The study was transversal, descriptive, analytical and concerned 88 PLWA followed in the Borgou Departmental Hospital from October 29, 2007 and November 29, 2007, the health workers in charge of PLWA's care and treatment, and the health offices in which PLWAs are treated.

1. Professeur de psychiatrie

2. Psychiatre doyen de la faculté de médecine de Parakou

CHDU du Borgou/ Université de Parakou BP 123 Parakou – Bénin.

The sampling was not randomised. The methods used for the survey were comprised of interviews using a questionnaire, unstructured interviews, observations, analysis of medical records and activity reports from services in charge of PLWA's care and treatment. Tools used were comprised of a questionnaire, an interview guide, an observation card, and a report analysis sheet.

Results from this study show that:

- 85.2 % of PLWAs followed in the Borgou Department Hospital Centre share their status with a third party,
- the main reason that underlies this status sharing is that they are in search of psychological, material and financial support,
- those who tried to share their status with a third party notice that psychologically they have been able to more support their illness and got better,
- stigmatisation and discrimination are the main reasons for not sharing HIV positive status.

In all the study shows determinants of sharing or not sharing HIV positive status with a third party by PLWAs followed in Borgou University Hospital.

Key Words: HIV positive status, sharing, third party, stigmatization.

Introduction

Si avant le SIDA, le monde a connu d'autres maladies qui sont aussi stigmatisantes comme la peste, la lèpre, la tuberculose et autres la stigmatisation liée au SIDA est assez profonde persistante et n'est pas sans conséquences sur la qualité de vie des malades.

La voie de transmission prépondérante en Afrique étant sexuelle pourrait être l'une des raisons justifiant ce constat. Par ailleurs, le SIDA avec ses conséquences socio-économiques est révélateur du social, dévastateur du social et réformateur du social.

Comment comprendre qu'en Afrique, un membre d'un ménage malade soit obligé de dissimuler aux autres membres de la famille sa maladie ? Ceci ne fait pas partie de nos traditions dont l'une des valeurs légendaires est la solidarité en toutes circonstances : malheur ou bonheur.

Malgré les progrès considérables enregistrées tant au niveau international, régional que national en ce qui concerne la prise en charge des PVVIH et des malades du SIDA, beaucoup parmi eux pour diverses raisons refusent de partager leur résultat sérologique ou leur diagnostic avec leur entourage. Cependant quelques uns arrivent à le faire. La préoccupation qui se déduit de ce constat est de comprendre ce qui détermine cette couche de la population infectée à partager avec une tierce personne le résultat de sa séropositivité et les facteurs qui sous-tendent cette décision ?

Il importe à travers cette étude d'apporter un début de réponse à cette préoccupation.

Objectifs général : étudier les déterminants de la décision des personnes vivant avec le VIH, et les malades du SIDA suivies au CHD du Borgou à partager leur diagnostic avec une tierce personne.

Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, culturelles des personnes vivant avec le VIH/SIDA suivies au CHD-Borgou.
- Identifier parmi ces facteurs ceux qui influencent la disponibilité de ces personnes à partager leur état sérologique avec une tierce personne.
- Décrire après ce partage le vécu psychologique de la maladie chez ces personnes ainsi que son impact sur la qualité de la vie.

1. Cadre et méthode d'étude

L'étude a été principalement effectuée au Centre Hospitalier Départemental du Borgou qui compte douze services dont la Médecine, la Maternité, et le Centre d'Information de Prospective et de Conseils en VIH/SIDA (CIPEC).

Le CHD.B est situé dans la ville de Parakou, commune à statut particulier située au nord-est du Bénin. C'est une étude transversale descriptive et analytique abordant à la fois le volet quantitatif et qualitatif. La population d'étude est constituée de deux cibles :

- Une cible primaire constituée par les PVVIH suivies au CHD. Borgou du 29 octobre 2007 au 09 novembre 2007 de même que les membres d'associations du PVVIH.
- Une cible secondaire regroupant
 - le personnel du CHDB.B impliqué dans la prise en charge des PVVIH.
 - Le personnel du Centre d'Information de Prospective et de Conseils en VIH/SIDA (CIPEC).
 - Les dossiers des malades.
 - Les rapports d'activité du CHD.B

Critères d'inclusion

- Être PVVIH/SIDA : avoir une sérologie VIH confirmée positive
- Être suivie au CHD.B pour la prise en charge du VIH/SIDA au moment de l'étude

- Donner son consentement pour participer à l'étude

Critères de non inclusion

- Les PVVIH âgés de moins de 15 ans au cours de l'étude
- Les PVVIH dont l'état actuel de santé ne leur permet pas de soumettre à notre questionnaire.
- Les cibles ayant refusé de se soumettre à l'enquête pour des raisons qui leur sont propres.

Pour la méthode non probabiliste utilisée pour la constitution de notre échantillon deux techniques ont été utilisées :

- un échantillonnage exhaustif de tous les malades qui ont fréquenté le CHD Borgou entre le 29 octobre 2007 et le novembre 2007.
- un choix raisonné pour
 - Le personnel du CHD.B impliqué dans la prise en charge des malades
 - Le personnel du Centre d'Information de Prospective et de Conseil en VIH/SIDA (CIPEC)

Ainsi 88 PVVIH ont été enregistrées auxquelles il faut ajouter 10 agents de santé et 14 membres d'association de PVVIH soit un total de 112 personnes rencontrées.

Les variables étudiées sont de deux sortes : les variables dépendantes et les variables indépendantes :

- La variable dépendante a été le partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par le PVVIH.
- Les variables indépendantes sont socio démographiques, culturelles, économiques celles liées à l'offre des services et à la maladie et au malade.

Les données ont été collectées suite à des entretiens soit individuel soit de groupe focalisé ou à la suite d'une exploitation des fiches d'observations et ceci à travers soit un guide d'entretien pour le personnel de prise en charge et les membres d'associations de PVVIH, soit d'un questionnaire pour les PVVIH.



Le traitement des données a été manuel puis informatique grâce au logiciel EPI info version 6.04 fr. Les différentes dispositions prises, décrites ci-dessus ont permis d'obtenir les résultats qui suivent.

2. Résultats

Les résultats de l'étude seront présentés en deux volets : l'un quantitatif et l'autre qualitatif.

Volet quantitatif

Tableau N° I : Répartition des PVVIH en fonction du sexe, de l'âge et de la profession

Variables	Effectifs	Pourcentage %
<i>Sexe</i>		
masculin	31	35,2
féminin	57	64,8
<i>Age</i>		
15-24 ans	10	11,4
25-34 ans	37	42
35-44 ans	26	29,5
45-54 ans	8	9,1
55-64 ans	6	6,8
64 ans et plus	1	1,1
<i>Profession</i>		
Fonctionnaire	9	10,2
Commerçant/revendeur	31	35,2
Chauffeur	13	14,8
Femme au foyer	9	10,2
Cultivateur/paysan	1	1,1
Militaire	2	2,3
Artisan	17	19,4
Elèves/étudiants	1	1,1
Sans emploi	5	5,7

Le sexe féminin représente 64,8 % avec une sex-ratio H/F de 0,54.

Le plus jeune PVVIH a 19 ans, les plus âgés 71 ans, l'âge médian étant de 33ans.

8 PVVIH enquêtées sur 10, ont un âge compris entre 15 et 44 ans.

Les commerçants et/ou revendeurs prédominent (35,2 %) alors que les élèves et étudiants ne représentent que 1,1 % de l'échantillon

Tableau N° II : Répartition des PVVIH enquêtées selon nationalité, la situation matrimoniale, et le régime matrimonial.

Variables	Effectifs	Pourcentage %
	<i>nationalité</i>	
Béninoise	78	88,6
Non béninoise	10	11,4
	<i>Situation matrimoniale</i>	
Célibataire	18	20,5
Marié	45	51,1
Divorcé	14	15,9
veuf	11	12,5
	<i>Régime matrimonial</i>	
Monogame	44	69,8
polygame	19	30,2

88,6 % des PVVIH enquêtées sont de nationalité béninoise.

Une personne sur deux (51,1 %) est mariée et parmi celles qui le sont 69,8 % vivent dans un foyer monogamique.

Tableau N° III : Répartition des PVVIH enquêtées en fonction du niveau d'instruction et du revenu socio-économique.

Variables	Effectifs	Pourcentage %
	<i>Niveau d'instruction</i>	
Non scolarisée	22	25,0
Primaire	28	31,8
Secondaire	34	38,7
Supérieure	4	4,5
	<i>Revenu socio-économique</i>	
Revenu élevé	3	3,4
Revenu moyen	72	81,9
Revenu faible	13	14,7

3 PVVIH sur 4 sont allés à l'école. Parmi elles, un peu plus de la moitié a atteint le niveau secondaire (51,5 %). 81,9 % des PVVIH ont un revenu économique moyen.

Tableau N° IV : Répartition des PVVIH enquêtées en fonction du bénéfice d'un counseling avant le dépistage et en fonction du partage du résultat de la séropositivité.

Variables	Effectif	Pourcentage %
	<i>Counseling</i>	
Bénéficiaire	71	80,7
Non bénéficiaire	17	19,3
	<i>Partage du résultat</i>	
Partage	75	85,2
Non partage	13	14,8

80,7 % des PVVIH enquêtées ont bénéficié d'un counseling avant la réalisation du test de dépistage. 85,2 % des enquêtées au cours de l'étude ont partagé leur statut sérologique avec une tierce personne.

Tableau N° V : Répartition des PVVIH enquêtées en fonction du bénéfice de counseling avant le dépistage et le partage du résultat de la sérologie VIH.

Bénéfice de counseling avant le dépistage	Partage du résultat avec une tierce personne		Total
	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>%</i>
	<i>%</i>	<i>%</i>	<i>%</i>
Counseling fait	87,3	12,7	100
Counseling non fait	76,5	23,5	100
Total	85,2	14,8	100

La proportion de PVVIH des patients ayant bénéficié d'un counseling (87,3 %) avant la connaissance et qui ont partagé le résultat de leur sérologie est plus élevée que celle des sujets qui n'en ont pas bénéficié (76,5 %). Cependant la différence entre les deux proportions n'est pas statistiquement significative $X^2 = 1,28$; $p = 0,25$.

Il n'existe pas d'association statistiquement significative entre le bénéfice par les PVVIH d'un counseling avant le dépistage et le partage du résultat du statut sérologique.

L'enquête s'est intéressée aux principaux confidentiels, ce qui transparaît dans le tableau qui suit :

Tableau N° VI : Répartition des PVVIH enquêtées au CHD. Borgou en fonction du confident.

Confident	Effectif	Pourcentage %
Conjoint	27	31
Père	10	11,5
Mère	18	20,6
Autre membre de la famille	31	35,6
Autre personne	1	1

Les enquêtées préfèrent se confier à un autre membre de la famille avant de le faire avec les parents géniteurs. Les principaux motifs évoqués pour partager le résultat avec une tierce personne sont :

- La recherche de soutien psychologique
- La recherche de soutien matériel et financier
- Le devoir moral de sincérité envers son entourage

Différentes attitudes sont nées de cette confiance. Le tableau suivant permet de les apprécier :

Variables	Effectif	Pourcentage %
	<i>Stigmatisation</i>	
PVVIH stigmatisées	17	22,7
PVVIH non stigmatisées	58	77,3
	<i>Discrimination</i>	
PVVIH victime	10	13,3
PVVIH non victime	65	86,7

22,7 % des PVVIH ayant partagé le résultat de leur séropositivité ont déclaré avoir été stigmatisées. Les principaux jugements stigmatisants dont ils ont été victimes sont :

- « Il a mérité ce qui lui est arrivé »
- « Il est de mœurs légères »
- « Il est un coureur de jupons »

Quant à la discrimination, elle a été ressentie à travers certains actes tels que :

- La mise à l'écart dans les hôpitaux
- La perte ou la privation d'emploi
- Les interdictions de mariage
- Le rejet de la famille et de la communauté
- La privation de logement

Tableau N° VIII : Répartition des PVVIH en fonction de la stigmatisation/discrimination et le partage du résultat.

Stigmatisation et/ou discrimination	Partage du résultat avec une tierce personne		Total
	Oui %	Non %	%
Existence de stigmatisation/discrimination	6,6	92,3	100
Absence de stigmatisation/discrimination	93,4	18,2	100
Total	85,2	14,8	100

La proportion des PVVIH qui n'ont pas connu la stigmatisation et/ou la discrimination (93,4 %) et ont partagé le résultat de leur sérologie est plus élevée que celles ayant vécu ce phénomène et qui ont partagé le leur. (Test exact de Fisher significatif : $P < 0,00000001$). Il existe donc une association entre la stigmatisation et ou la discrimination des PVVIH et le partage du statut sérologique.

Tout n'est cependant pas noir. En effet un meilleur support psychologique de la maladie, une meilleure observance du traitement et une amélioration clinique ont fait suite au partage du résultat de la sérologie par une tierce personne chez les PVVIH enquêtées. C'est ce que rapporte le tableau suivant :

Tableau N°IX : Répartition des PVVIH en fonction de l'évolution de la maladie à la dernière visite de suivi chez les PVVIH ayant partagé leur statut sérologique.

Confident	Partage du statut fait		Non partage	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	pourcentage
Favorable	50	66,7	6	46,1
Stationnaire	15	20,0	20,6	23,1
Mauvaise	13,3	4	4	30,8
Total	75	100	13	100

L'évolution de la maladie a été favorable chez 66,7 % des PVVIH ayant partagé leur statut sérologique contre 46,1 % chez celles qui ne l'ont pas fait. Qu'en est-il du volet qualitatif ?

Volet qualitatif

Une analyse qualitative des données recueillies par les entretiens de groupes focalisés et individuels a permis de faire un lien entre certains facteurs et le partage du résultat de

la séropositivité avec une tierce personne. Il ressort de ces entretiens qu'il faut partager le statut sérologique avec une tierce personne ceci afin

- d'être en paix avec soi-même
- de permettre à l'entourage de se prémunir
- de prévenir le choc aux proches qui pourraient l'apprendre dehors...etc.

Les avis recueillis sur les raisons du non partage comprennent entre autres

- Le manque de courage personnel de certains malades du SIDA qui redoutent la stigmatisation
- La diabolisation

Les réponses obtenues et l'analyse des différents résultats inspirent la discussion qui va suivre.

3. Discussion

Cette étude des déterminants du partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par les PVVIH suivies au CHD. Borgou permet d'amorcer une discussion sur les points qui suivent :

3.1. Les caractéristiques sociodémographiques

L'âge compris entre 15 et 44 ans des sujets enquêtés démontre une fois de plus que cette maladie s'attaque à la couche de la société la plus active et productrice des richesses de la communauté. Ces résultats se rapprochent de ceux de N'GOUNOU (7), et de ceux de ZINSOU(11) et aussi de l'observation qui se dégage du rapport de surveillance de l'infection par le VIH et de la syphilis au Bénin en 2006.

La féminisation de l'infection signalée à plusieurs reprises par les institutions internationales de lutte contre le VIH/SIDA se retrouve aussi dans notre étude. Le même constat a été fait par LOUGBENON (2) en 2006 dans son étude effectuée dans les départements du Zou Collines, par OKOME (8) en 2005 à Libreville ; par contre ZONGO (12) dans une étude menée dans la ville de Porto-Novo a observé une prédominance masculine de l'infection dans son échantillon.

3.2. Facteurs liés à la maladie et au malade

Du bénéfice de counseling avant le dépistage

Compte tenu de sa particularité, tout dépistage du VIH/SIDA doit être précédé d'un counseling conduit selon les normes en la matière. 87,3 % des PVVIH enquêtées ont bénéficié de counseling

Ceci est encourageant par rapport à un passé récent où on a assisté à des dépistages sans un préalable de counseling avec un consentement éclairé de l'intéressé.

Dans notre étude cependant il n'est pas noté une association statistiquement significative entre le counseling avant le dépistage et le partage du résultat de la séropositivité.

Du motif du partage du résultat de sa séropositivité

Pour une PVVIH sur deux, la recherche d'un soutien psychologique constitue le motif de partage du résultat de la séropositivité : ce résultat montre à merveille le retentissement psychologique de cette maladie.

Il est impérieux d'en tenir compte dans la prise en charge de cette maladie ZONGO (12) en 2005 soulignait chez nous déjà l'importance de cette prise en charge psychosociale.

De la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/SIDA

Les PVVIH qui n'ont pas partagé leur statut sérologique ont adopté cette attitude pour éviter la stigmatisation ou la discrimination. Il existe une association statistiquement significative entre la stigmatisation et ou la discrimination des PVVIH et leur disponibilité à partager leur statut sérologique. Les mêmes constats ont été faits par AIFA(1) sur le site des patientes sous ARV de DAVOUGOU (Bénin) ; l'ONUSIDA et d'autres institutions de lutte contre le VIH/SIDA [10, 9, 3, 4, 5..].

N'GAMINI (6) dans une étude sur « stigmatisation perçue et adhérence aux traitements antirétroviraux dans deux populations de patients à Bamako et à Ouagadougou » a montré que les malades qui sont fortement stigmatisés sont moins adhérents que ceux qui ne ressentent aucun sentiment de stigmatisation.

Les résultats issus de cette étude et les discussions qui en sont faites, nous inspirent les conclusions qui suivent.

Conclusion

L'étude des déterminants du partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne permet d'affirmer que :

- Les femmes sont majoritaires parmi les PVVIH cibles de l'étude.
- Le principal facteur associé au partage du résultat de la séropositivité par un PVVIH avec un tiers est la stigmatisation et la discrimination. L'absence de ces deux phénomènes permettra à un nombre plus important de malades du SIDA de s'ouvrir à leur entourage afin d'obtenir les soins.
- Le soutien psychologique constitue pour les PVVIH au cours de cette étude le principal motif de partage du résultat du statut sérologique.
- Le partage du résultat de la séropositivité avec un tiers est bénéfique pour le malade particulièrement en ce qui concerne le vécu psychologique de l'infection et l'évolution clinique plus favorable de la maladie.

Références

1. AIFA J, AHOKPOSSI M, GNANHOUI-PAQUIN. Méd. Sc. 2007 ; 23 (498) : 192.
2. LOUGBENON M. Evaluation des effets de la supplémentation alimentaire sur l'état nutritionnel des malades du SIDA dans le département du Zou au Bénin. Mém. Santé Publique. IRSP .s Ouidah ; 2006.
3. MINISTERE DE LA SANTE – BENIN. Documents des normes et directives nationales du dépistage du VIH/SIDA et de la prise en charge biologique des PVVIH. Cotonou : MS, 2004.
4. MINISTERE DE LA SANTE – BENIN. Rapport final d'évaluation du fonctionnement des sites de prévention de la transmission 8-Mère-enfant du VIH. Cotonou : MS, avril 2006.
5. MINISTERE DE LA SANTE – BENIN. Rapport d'activité du Centre d'information de Prise en Charge et de Conseil du Borgou – Alibori : octobre, 2007.
6. NGAMINI N'GUI A, ZUNZUNNEGUI MV, BOILEAU C, SELIM R, NIAMBA P, N'GUYEN V K. Stigmatisation perçue et adhérence aux traitements antirétroviraux dans deux populations de patients à Bamako et à Ouagadougou. Méd. Sc. 2007 ; 23 (237) : 123.
7. NGOUNOU R. Prise en charge en ambulatoire et à domicile des PVVIH : expérience du centre médical Arc-en ciel de Cotonou. Thèse. Médecine. UAC . FSS ; 2003;199 p.
8. OKOMEMM, OKOME MF, KENDJO E, OBIANG GP, KOUNA P, ESSOLA BO et al. Delay between first HIV related symptoms and diagnosis of HIV infect in patients attending the initial medicine department of the FJE, Libreville, Gabon. HIV clin Trials 2005; 6(1): 38-42.
9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE – Genève. Le SIDA en Afrique : manuel du praticien. Genève : OMS, 1993.
10. PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA. Cadre conceptuel et base d'action. Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA : ONUSIDA, novembre 2002. (En ligne). Disponible sur : URL <[http : //www.unaids.org](http://www.unaids.org)>
11. ZINSOU R. Itinéraire thérapeutique des PVVIH à Cotonou. Thèse Médecine .UAC . FSS ; 2004 ; 195 p.
12. ZONGO M. Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans trois centres sociaux dans la ville de Porto-Novo Bénin. Mém. Santé Publique . IRSP .Ouidah ; 2005.



Mathieu Tognidé



Francis Tognon



Magloire Gansou



Josiane Ézin Houngbé



René Gualbert Ahyi

Impacts psychosociaux du non-paiement des soins sur les indigentes retenues à l'HOMEL (Bénin)

Auteurs : Tognide C.M.1*, Labitan C.*; Tognon F.2**, Gansou G. M.3*; Ezin Houngbé J.4*; Ahyi R. G.4*

Résumé

La plus grande proportion des malades ne bénéficie d'aucune prestation de la sécurité sociale dans nos pays en voie de développement. Les conséquences sont entre autres l'incapacité de payer les soins après en avoir bénéficié.

L'objectif de cette étude est de déterminer les impacts psychosociaux sur les femmes indigentes retenues à l'hôpital Mère-enfant de la lagune (HOMEL) pour non paiement de soins. C'est une étude descriptive, analytique rétrospective et prospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2005.

Il ressort de celle-ci que 94,3 % des femmes indigentes retenues sous les paillotes de l'HOMEL sont âgées de 15 à 34 ans avec un revenu mensuel inférieur au SMIG béninois. Les impacts psychosociaux sont essentiellement les sentiments de honte 85,91 %, d'anxiété 83,33 % et un affect dépressif avec parfois une dépression 43,48 %. L'analphabétisme (75 % des femmes indigentes), la pauvreté (98,61 % des femmes ont un revenu inférieur SMIG béninois), la polygamie (34,92 %) sont des facteurs déterminants de l'indigence des femmes à l'HOMEL.

Mots-clés : Impacts, psychosociologie, femmes indigentes, soins.

Introduction

La santé est un droit fondamental de l'homme et un objectif social universel. Dans les pays industrialisés, l'expansion de la protection est saluée comme un grand succès dans les pays en voie de développement, comme la République du Bénin. La protection sociale ne s'étend qu'aux travailleurs de la

fonction publique et quelques grandes entreprises. Le reste représentant 85 % de la population [3] se trouve dans une situation de vulnérabilité et ne bénéficie d'aucune prestation de la sécurité sociale. Les conséquences sont inéluctablement les difficultés d'accès aux soins avec souvent une incapacité de payer les soins après avoir en avoir bénéficié. L'objectif premier visé de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou est de sauver la vie d'abord de ces groupes cibles reconnus vulnérables par les décideurs de la Santé du Bénin. Force est de constater qu'en dépit de cette approche sociale de la Santé et eu égard aux coûts très élevés des soins, il arrive que certaines femmes séjournent plusieurs semaines voire des mois parce que retenues pour non paiement des soins.

1. Professeur de psychiatrie et directeur du CNHU de Cotonou

2. Psychiatre doyen de la faculté de médecine de Parakou

3. Psychiatre

4. Professeur de psychiatrie

* Service de Psychiatrie CNHU-HKM COTONOU 04 BP 0217.

** Faculté de Médecine à l'Université de Parakou.

L'objectif de cette étude est de déterminer les impacts psychosociaux sur ces indigentes retenues à l'HOMEL pour non paiement des soins.

Cadre et méthode d'étude

L'HOMEL est le cadre d'étude. Il est né de la fusion entre la Maternité Lagune et le Centre de la Santé Maternelle et Infantile de Cotonou. Etablissement public à caractère social, il constitue un centre de référence en matière de gynécologie et d'obstétrique. Il couvre toute la ville de Cotonou, capitale économique du Bénin, et draine essentiellement les femmes, les enfants de moins de quinze (15) ans et des nouveaux nés vivant dans les sous-préfectures, communes et village des départements de l'Atlantique et du Littoral.

Aussi faudrait-il mentionner que les cas référés dépassent bien des fois ce cadre. Les ressources financières proviennent essentiellement du budget national, des fonds propres de l'hôpital (HOMEL) et de l'appui des partenaires au développement et donateurs (FNUAP ; Coopération Belge). Les femmes incapables de payer les soins sont parfois orientées au service social où des démarches, enquêtes sociales et liaisons sont effectuées pour la résolution de leur système. En attendant de trouver une solution aux problèmes, les femmes sont gardées sous des paillotes.

C'est une étude descriptive, analytique, rétrospective et prospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier 2005 au 31 août 2005.

Critères d'inclusion

- Les femmes indigentes ayant séjourné sous les paillotes du 1^{er} janvier au 31 juillet 2005 et qui ont leur domicile à Cotonou pour l'étude prospective
- La population d'étude prospective est constituée des femmes retenues et qui séjournent sous les paillotes au cours de la période du 1^{er} janvier au 30 août.

Critères d'exclusion

- Femmes on indigentes et non retenues qui se reposent sous les paillotes
- Femmes retenues pour les paillotes pour des vérifications avant l'exeat.

À l'aide de questionnaires l'enquête prospective a été menée à l'HOMEL et la rétrospective au domicile des femmes qui avaient séjourné sous les paillotes.

Les données sont traitées à l'aide du logiciel Epi-Info 6.14 dfr. La formule statistique suivante de comparaison de deux pourcentages a été utilisée :

$$E = \frac{|Pa - Pb|}{\sqrt{\frac{pq}{Na} + \frac{pq}{Nb}}}$$

Pa et Pb = % observés à comparer l'effectif respectif
Na et Nb = % observés à comparer l'effectif respectif
p et q = proportions évoluées sur l'ensemble de deux échantillons

Les différences sont statistiquement significatives au risque de 0,05 pour une valeur E calculée > 1,96

1. Résultats

1.1. L'âge, le niveau d'instruction, la religion et la situation matrimoniale

Tableau 1 : Répartition des femmes indigentes selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage (%)
15-24	40	56,3
25-34	27	38
35-44	05	5,6
TOTAL	72	100

- 75 % des femmes indigentes retenues sont des analphabètes, seules 5,6 % et 19,40 % sont respectivement de niveau secondaire et primaire
- La majorité des enquêtées est de religion chrétienne 86,1 %. Les animistes représentent 5,6 % et les musulmans 8,3 %. 63 femmes indigentes sur 72 sont mariées soit 87,5 % et 12,5 % sont des célibataires.

1.2. Nombre de jours passés sous les paillotes

Tableau 2 : Répartition des femmes selon le nombre de jours passés sous les paillotes et le niveau de revenu de la femme par mois

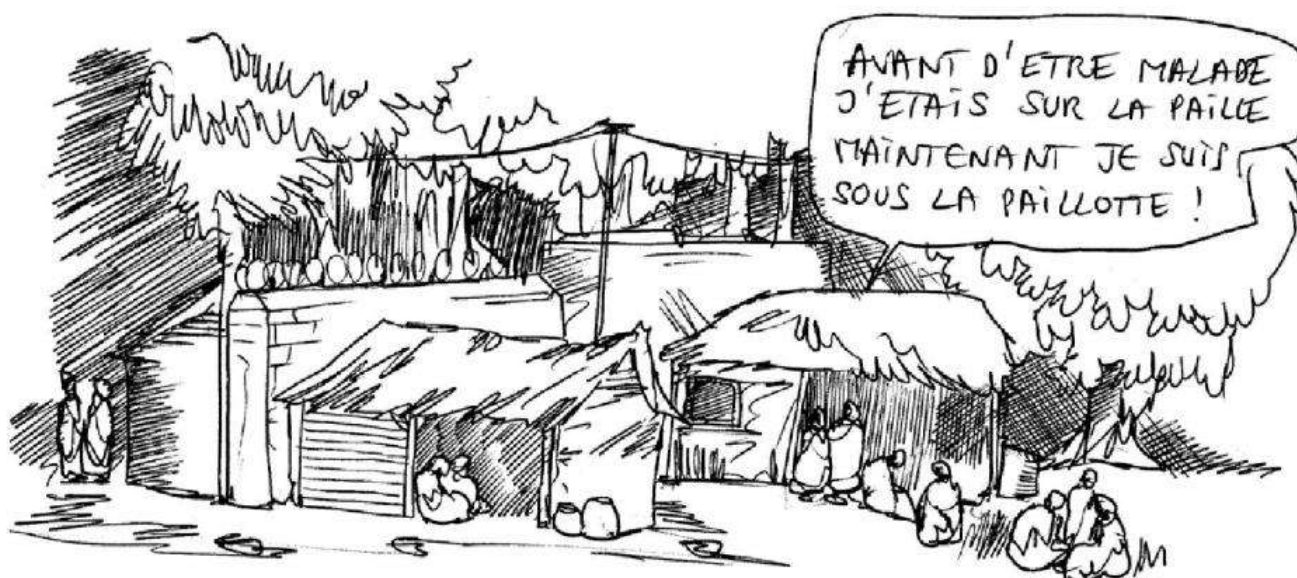
Niveau de revenu de la femme / mois	1 à 15 jours	16 à 30 jours	Plus de 30 jours	Total %	
					(%)
Inférieur à 27.500 FCFA	24	18	29	71	98,60
Entre 27.500 et 50.000	0	0	1	1	1,39
TOTAL	24	18	30	72	100

Tableau 3: Répartition des femmes indigentes suivant le nombre de jours passés sous les paillotes et en fonction type de ménage

Type de ménage	1 à 15 jours	16 à 30 jours	Plus de 30 jours	Total %	
					(%)
Polygame	9	5	8	21	34,92
Monogame	12	12	17	41	65,08
TOTAL	21	17	25	63	100

1.3. Le degré d'indigence

- Sur les 72 femmes, 14 doivent à l'HOMEL un montant compris entre 5.000F et
- 40.000 F CFA sur 9 euro et 72 euro.
- 42 femmes sur 72 doivent un montant compris entre 40.000 et 80.000 FCFA
- ~ 16 femmes doivent une somme supérieure à 80.000 F CFA soit 144 euro.
- Celles qui doivent plus de 80.000 F CFA net passent en moyenne plus de 30 jours sous les paillotes.



1.4. Conséquences psychosociales de l'indigence

- 61 femmes soit 85,91 % ont un sentiment de honte de leur séjour forcé sous les paillotes
- 83,33 % ont une anxiété permanente lors de ce séjour
- 43,48 % ont une humeur dépressive avec une tristesse pathologique

Tableau 4 : Répartition des femmes suivant le nombre de jours sous les paillotes et en fonction qu'elles ont été victimes de vol ou pas.

	1 à 15	16 à 30	Plus de	Total %
Victime du vol ou pas	jours	jours	30 jours	(%)
Oui	2	5	21	28 38,88
Non	22	13	9	44 61,11
TOTAL	24	18	30	72 100

Il y a un lien statistiquement significatif entre le nombre de jours passés sous les paillotes et le fait que les femmes indigentes soient victimes de vol ou non car $\chi^2 = 22,58$ ddl = 2f = 0,001 < 0,05. Plus la durée de séjour augmente, plus les femmes indigentes sont exposées au vol.

- 52,75 % des femmes mangent à leur faim sous les paillotes. Parmi celles-ci 56,67 % ont fait plus de 30 jours sous les paillotes

2. Discussion

2.1. De l'âge, du niveau d'instruction et de la religion des femmes indigentes

La majorité des femmes retenues à l'HOMEL sont âgées de 15 à 34 ans. C'est l'âge d'une grande fécondité et par conséquent de la procréation.

Ce résultat de l'étude est conforme à celui de la recherche faite sur la prise en charge des indigentes dans les formations sanitaires à Cotonou par CONANHOUE où il se trouve

que la plupart des indigents recensés sont de sexe féminin 55,38 % et ont moins de 35 ans [2];

La pauvreté touche donc sensiblement la couche juvénile et plus particulièrement les femmes à causes de leurs conditions socio-économiques précaires.

Au niveau du niveau d'instruction de ces femmes, il faut noter que 75 % des femmes enquêtées sont des analphabètes. Tout simplement parce que, cet hôpital mère-enfant la lagune reçoit plus les femmes issues de milieux défavorisés qui n'ont pas eu la chance d'être scolarisée. Elles se marient souvent à des hommes de même niveau d'instruction. Ces derniers n'ont pas souvent les moyens financiers nécessaires pour subvenir aux besoins de leur famille. C'est l'élargissement du cercle vicieux de la pauvreté qui rend incapables ces femmes indigentes de payer leurs sous à l'HOMEL.

On note dans cet échantillon une forte représentativité de la religion chrétienne (86,1 %). Ce pourcentage nous rapproche des données de l'ATLAS Monographique des Circonscriptions administratives du Bénin qui fait état de 63,8 % de catholique [7]

Sur la plan matrimonial, l'étude révèle 87,50 % des femmes qui sont mariées malgré ce statut matrimonial, les femmes, semble-t-il n'ont pas toujours le soutien maternel de leur mari qui n'a pas souvent une situation professionnelle stable, source d'une augmentation de l'indigence de la femme hospitalisée ou reçue en urgence à l'HOMEL.

3.2. Des facteurs déterminants de l'indigence des femmes

Plusieurs éléments et situations favorisent l'indigence des femmes dans cet hôpital Mère-enfant de la lagune (HOMEL). En effet, avec la modernisation de tous les secteurs de production grâce aux processus technologiques, il est de plus en plus impossible à une femme non instruite, encore moins à une femme analphabète, de participer activement à la production des biens et services indispensables au développement de tous pays. C'est pourquoi l'analphabète

tisme ne permet pas aux femmes d'améliorer leurs statuts socioéconomiques tout en les confiant dans une permanente dépendance. Cette analyse est confirmée dans le rapport sur l'état et le devenir de la population du Bénin qui indique que l'élévation progressive du niveau d'instruction des femmes favorise leur implication dans les secteurs modernes donc contribuent à réduire sensiblement la pauvreté chez ces dernières [5]. Notons [5] que 98,61 % des femmes de notre échantillon ont un revenu au SMIG béninois. Ces femmes sont pour la plupart des ménagères faisant le petit commerce, car en milieu urbain au Bénin, 70 % des femmes ont une activité de vente et de petits commerces [14]. Aussi les frais d'actes et de séjours dépassent-ils généralement la capacité financière des femmes. Ainsi BANGUIRA K. dans une étude sur les déterminants de l'utilisation des services de soins curatifs dans les complexes communaux de santé affirme que la «disponibilité financière est fonction de la capacité d'un individu à réunir l'argent nécessaire pour acquitter les tarifs dans les formations sanitaires en cas de maladie».

Aussi faudrait-il mentionner que malgré la généralisation de l'initiative de Bamako, la plupart de ces démunies restent marginalisés [4]

Quant aux femmes mariées, le niveau de revenu du mari n'influe pas sur la durée de séjour de la femme sous les paillotes. En effet, certains maris fuient leur responsabilité laissant la femme se débattre comme un beau diable. Tout ceci justifie l'un des critères d'identification du phénomène de l'indigence adopté dans le dossier Documentaire Economique de la Santé dans les pays en voie de développement à savoir; femme abandonnée avec ou sans les enfants et n'ayant aucune activité rémunératrice [8].

De même les femmes issues d'un foyer polygame, 40,90 % de l'échantillon, sont confrontées souvent aux problèmes d'indigence cette assertion est confirmée par le document de Politique Nationale et Stratégie de Protection sociale qui notifie que «les unions polygames, plus importantes en milieu rural qu'en milieu urbain (50 % contre 37 %) place les femmes dans des conditions difficiles». Aussi quel que soit le type de ménage, l'entière dépendance de la femme et le manque actuel de solidarité familiale, pourraient contribuer à cette situation d'indigence de la femme [6].

3.3. Des conséquences psychosociales

Le séjour forcé des femmes indigentes pour non paiement de soins à l'HOMEL a des répercussions tant sur leur santé physique que psychique sans oublier celles sur leur bébé. De l'analyse des résultats, il ressort que la majorité, soit 85,91 % des femmes indigentes, a eu des sentiments de honte, de tristesse lors de ce séjour sous les paillotes. Il s'agit d'une exclusion sociale dont elles se sentent victimes. SORDIEU P. affirme d'ailleurs «Inavouable, cette honte rouge celui qui se trouve projeté au marge de la société dans des stratégies d'isolement et de honte [1]. Elles sont donc [1] impuissantes malgré leur souffrance psychique. Cette déqualification sociale induit une dégradation de l'image

du processus en situation précaire comme ces femmes qui sont incapables de payer leur sou. L'exclusion qui entraîne la précarité est indissociable d'un sentiment de honte. MAISONDIEU J. n'écrivait-il pas « la honte fait le lit d'une souffrance psychique difficile à supporter ».

Outre le sentiment de honte, 43,5 % des femmes avaient un affect dépressif voire une dépression. Elles étaient anxieuses (83,33 %). Une telle configuration psychique entraîne une véritable souffrance psychique et occasionne un déficit immunitaire qui fragilise l'individu et le rend vulnérable à toutes sortes d'affections. Ainsi la souffrance psychique des personnes en état de précarité peut être à moyen ou à long terme une cause de pathologies organiques diverses [9].

Conclusion

Les femmes indigentes éprouvent d'énormes difficultés pour assurer leurs besoins fondamentaux, entre autres l'accès aux soins de santé car leur situation socio-économique défavorable constitue un handicap majeur. Les conséquences psychosociales de la rétention de ces indigentes incapables de payer leurs soins à l'HOMEL sont innombrables. Elles sont d'ordre psychosocial notamment l'anxiété, la dépression, les sentiments de honte, de tristesse, d'exclusion sociale et de stigmatisation. Il faut que toute la population en général et ces femmes en particulier bénéficient dans les pays en voie de développement d'une protection sociale dans le domaine de la santé.

Références

1. BOURDIELI P. La misère du monde, Edition Seul, Paris 1993 ; 86 p.
2. COMAHOU F. Prise en charge des indigents dans les formations sanitaires à Cotonou. Memoire ENAS 2001 ; 37 p.
3. Institut National de la Statistique et de l'analyse Economiques : Synthèse des résultats du RG PH 3 Cotonou 2003 ; 61 p.
4. KPOMI KPOBA P. Niveau socioéconomique et dépenses dans les ménages ruraux aux Bénin, Mémoire N°132, IRSP 1997 ; 65 p.
5. MINISTERE C. C. A. G. Rapport sur l'Etat et le devenir de la population du Bénin, FNUAB 2001 ; 255 p.
6. MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE S : Politique National et stratégie de protection sociale, Février 2003 ; 89 p.
7. Ministère de l'Intérieur de la Sécurité Publique et de l'Administration Territoriale : Atlas Monographiques des Circonscriptions Administratives du Bénin, juin 2001 ; 52 p.
8. Université Henri PONCARE : Dossier Documentaire Economie de la Santé dans les pays en voie de développement ; Année Universitaire 2002-2003 ; 201 p.
9. Université Henri PONCARE : Dossier Documentaire, Santé, pauvreté et précarité : année Universitaire 2002-2003 ; 281 p.



Prosper Gandaho Francis Tognon-Tchégnonsi

Auteurs : Gandaho P.¹, Tognon-Tchégnonsi F.², Akpakpo BY.

L'usage et l'abus d'alcool dans le département du Borgou

Résumé

Très peu de travaux se sont consacrés aux facteurs de risques liés à la consommation d'alcool, qui constituent pourtant un aspect très important du véritable problème de santé publique que pose l'alcoolisme dans notre pays. Cette étude avait pour objectif de déterminer la prévalence de la consommation d'alcool dans le département du Borgou et les facteurs de risque qui lui sont rattachés. Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive à visée analytique qui a porté sur 687 sujets âgés de 25 à 64 ans, choisis selon un sondage aléatoire à quatre degrés. Au terme de cette enquête il est ressorti que :

La prévalence de la consommation globale d'alcool était de 45,4%. Celles du mésusage et de la dépendance à l'alcool étaient respectivement de 40% et 13%. Les sujets de sexe masculin buvaient plus de l'alcool que les sujets de sexe féminin (61,4% vs 25,3%). La prévalence de consommation la plus élevée a été enregistrée dans la tranche d'âge de 45-54 ans, mais cette différence n'était pas significative. L'âge moyen d'initiation à l'alcool était de 20 ans. L'étude avait révélé que les chrétiens et les animistes consommaient plus de boissons alcoolisées que les musulmans. Il avait été dénombré plus de consommateurs d'alcool dans le rang des personnes instruites que dans celui des analphabètes (62,3% vs 36,4%), néanmoins les analphabètes faisaient plus de mésusage de l'alcool que les instruits. Les célibataires consommaient plus d'alcool que les personnes mariées (66% vs 44,8%). Il y avait significativement plus de consommateurs d'alcool en milieu urbain qu'en milieu rural (52% vs 42%), cependant la prévalence de la dépendance à l'alcool en milieu rural était presque le double de celle notée en milieu urbain. À peine un alcool dépendant sur cinq avait son entourage sensible à son problème et prêt à l'aider à s'en sortir.

Cette étude tire la sonnette d'alarme sur l'ampleur assez inquiétante du mésusage et de la dépendance à l'alcool dans le département du Borgou. La situation interpelle tout le monde; et il est important que les autorités socio-sanitaires et politiques en fassent une préoccupation afin qu'une politique assez efficace de lutte contre ce fléau soit mise en place.

Mots-clés : prévalence, mésusage de l'alcool, facteurs psychosociaux.

Summary

Very few studies were devoted to the risks factors dependent on the alcohol consumption, which however constitute a very significant aspect of the true problem of public health raised by alcoholism in our country. This study aimed to assess the prevalence of and the risks factors associated with alcohol drinking in the department of Borgou. It was about a cross-sectional study and descriptive with analytical aiming which related to 687 old subjects from 25 to 64 years, chosen according to a random sampling with four degrees. At the end of this investigation it is arisen that:

1. Psychiatre

2. Psychiatre doyen de la faculté de médecine de Parakou.

CHDU-Université de Parakou BP : 123 Parakou, Bénin.

The prevalence of the total alcohol drinking was 45.4%. Those of the misuse and the dependence to alcohol were respectively 40% and 13%. The men drank more alcohol than the women (61.4% vs 25.3%). The age group 45-54 years showed a high prevalence but without significant difference. The average age of initiation to alcohol was 20 years. The Christians and the animists drank alcohol more than the Moslems. The educated people counted more alcohol drinkers in their row than the illiterates (62.3% vs 36.4%), but the illiterates made more misuse of alcohol than the educated. The single people consumed more alcohol than the married people (66% against 44.8%). There were significantly more alcohol drinkers in urban environment than in rural medium (52% vs 42%), however the prevalence of the dependence with alcohol in rural medium was almost the double of that in urban environment. Hardly one alcohol dependent on five had its entourage sensitive to its problem and ready to help it to leave itself there.

This study draws the alarm bell on the enough worrying width of the misuse and the dependence to alcohol in the department from the Borgou. The situation challenges everyone and it is significant that the socio-medical authorities and policies make a concern of it so that a rather effective policy of fight against this plague is set up.

Key words: prevalence, misuse of alcohol, psycho social factors.

Introduction

De par le monde, les habitudes de consommation accordent à celle de l'alcool une large tolérance sociale et même religieuse. On a assisté à cause des occasions multiples de consommation à des abus. Quand on inclut dans les estimations l'alcool de fabrication locale, traditionnelle, on enregistre dans les pays africains des niveaux de consommation d'alcool par habitant, les plus élevés au monde (1).

En effet, plutôt qu'à les remplacer, les boissons industrielles sont consommées concomitamment avec celles de fabrication locale, ce qui n'est pas sans impact sur l'augmentation de la consommation. Quand on sait que chez nous en dehors de son aspect mimétique commercial, la consommation de l'alcool comporte aussi une dimension socioculturelle on ne peut que se poser des questions sur l'estimation réelle de la consommation ? Le mésusage de l'alcool dans les pays au sud du Sahara contribue grandement à l'émergence des maladies non transmissibles avec pour conséquence de nombreux dommages physiques et psychiques. Les différentes politiques de lutte contre l'abus de la consommation d'alcool ne se focalisent que sur le sujet alcoolique occultant les facteurs environnementaux, sociodémographiques, la vie mentale du sujet alcoolique. Toute initiative de lutte contre l'alcoolisme qui se veut efficace doit forcément prendre en compte ces paramètres, surtout dans des pays comme les nôtres où leurs estimations sont quasi inexistantes.

Tels sont les arguments qui ont motivé ce travail dont les objectifs sont de :

- quantifier la consommation de l'alcool dans le département du Borgou,
- décrire les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs,
- analyser les connaissances, attitudes et comportements de la population en ce qui concerne la consommation d'alcool.

1. Cadre et méthode d'étude

L'étude a été menée de façon transversale à visée descriptive et analytique et s'est déroulée du 11 au 24 août 2008 dans le département du Borgou situé au Nord-Est du Bénin. La population d'étude était composée des adultes âgés de 25 ans à 64 ans ayant résidé dans le département depuis au moins 6 mois. La taille de l'échantillon calculée par la formule de Schwartz est de 624 ; mais l'étude a réellement porté sur 687 sujets. Cette enquête a été faite selon une technique de sondage à 4 degrés. La base du sondage est constituée des 43 arrondissements que compte le département.

Le 1^{er} degré a consisté au tirage au sort de 1/8 du nombre total des arrondissements du Borgou soit 6 arrondissements sur les 43 que compte le département. Les sujets interrogés par arrondissement choisi étaient au nombre de 115. Le 2^{ème} degré a consisté à choisir 50% du nombre total de quartiers ou villages composant les arrondissements retenus. Au 3^{ème} degré 1 concession sur 2 a été choisie au niveau des villages ou quartiers. Enfin au 4^{ème} degré nous avons retenu les individus à enquêter dans la moitié des ménages que compte chacune des concessions choisies selon la méthode Kish de l'OMS.

Les variables étudiées sont :

- Les conduites d'alcoolisation. A ce sujet nous avons utilisé les normes de consommation définies par la Société Française d'Alcoologie [2].
- Ensuite nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs, les motifs de consommation, les effets recherchés, effets ressentis, les effets sur l'entourage du consommateur puis enfin les connaissances et attitudes de l'entourage au sujet de l'alcool.

La collecte des données a été faite par 20 enquêteurs qui ont été formés sur l'outil et la technique de collecte. L'outil de collecte est constitué par le module de base et le module élargi du STEP1 de l'OMS relatif à la consommation d'alcool auxquels nous avons adjoint des questions abordant les

facteurs de risques liés au phénomène. L'outil a été prétexté dans un quartier non retenu. Les données ont été collectées lors d'une entrevue directe et individuelle avec les sujets à enquêter, ceci dans le strict respect des règles de l'éthique et après un consentement éclairé de ces derniers.

Ces données ont été saisies dans le logiciel Epi data puis analysées dans le logiciel Epi info 3.3.2. Le test de Khi-2 a été utilisé pour comparer les proportions. La différence est significative pour une probabilité P inférieure à 0.05.

2. Résultats

À l'issue de l'étude, 687 sujets ont été interrogés dont 383 de sexe masculin soit 55.7% et 304 de sexe féminin 44.2%. La sexe ratio est de 1,3. Parmi ces 687 sujets, 312 avaient consommé au moins une boisson alcoolisée soit une prévalence de 45,4%

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Variables	Effectif	Pourcentage %
Sexe		
Masculin	383	55,7
Féminin	304	44,3
Age (ans)		
25-34	210	30,6
35-44	180	26,2
45-54	129	18,8
55-64	168	24,4
Groupe socioculturel		
Bariba	521	75,8
Yorouba	44	06,4
Fon	41	06,0
Peulh	33	04,8
Dendi	28	04,1
Autres	20	02,9
Religion		
Islam	505	73,5
Christianisme	137	19,9
Animisme	45	06,6
Niveau d'instruction		
Analphabète	448	65,2
Primaire	170	24,7
Secondaire et plus	69	10,1
Profession		
Indépendant	542	79,0
Maître (esse) de maison	72	10,5
Employé de l'état	30	04,3
Employé du privé	17	02,5
Apprenant	10	01,5
Autres	16	02,2
Revenu mensuel (FCFA)		
≤ 11000	231	34,2
] 1100-22000]	227	33,6
>22000	217	32,2
Situation matrimoniale		
Marié	603	87,8
Célibataire	47	06,8
Veuf	37	05,4
Milieu de résidence		
Milieu rural	460	67,0
Milieu urbain	227	33,0

2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude

Le tableau n° 1 résume les caractéristiques sociodémographiques des sujets inclus dans l'étude

2.2. Consommation d'alcool en fonction de l'âge de l'initiation

La figure n°1 montre la répartition des consommateurs en fonction de l'âge où l'expérience a débuté.

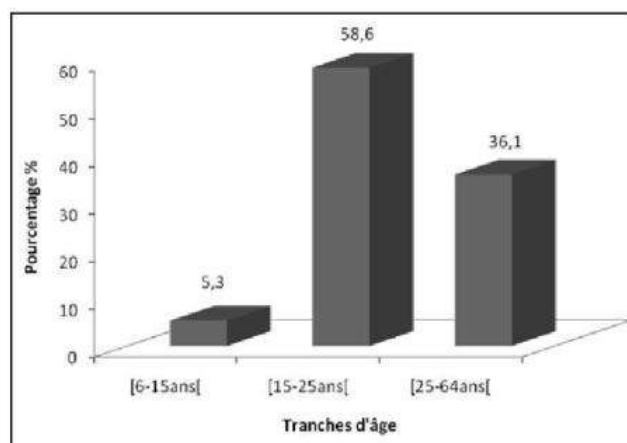


Figure 1 : Répartition des consommateurs de boissons alcoolisées selon l'âge d'initiation à l'alcool.

2.3. Les conduites d'alcoolisation

Différentes variables ont permis d'étudier les conduites d'alcoolisation. Parmi eux, les mésusages de l'alcool, le rythme de la consommation. Les figures n°2, et n°3 mettent en évidence les aspects sus cités.

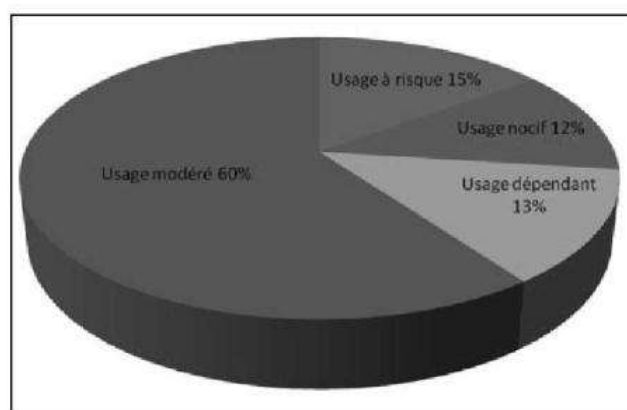


Figure 2 : Répartition des consommateurs d'alcool en fonction des conduites d'alcoolisation.

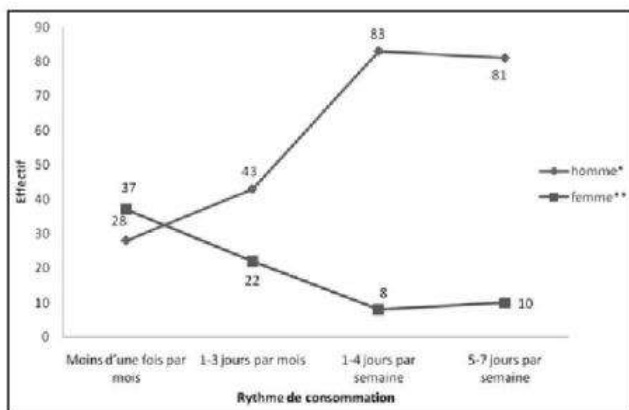


Figure 3 : Rythme de consommation d'alcool en fonction du sexe.

2.4. Facteurs psycho-sociaux liés à la consommation de l'alcool

Les différents motifs de consommation d'alcool, de même que les répercussions de cette consommation aussi bien sur l'individu que sur son entourage n'ont pas manqué d'attirer notre attention au cours de l'étude.

La figure qui suit montre la répartition des sujets en fonction des motifs de première consommation.

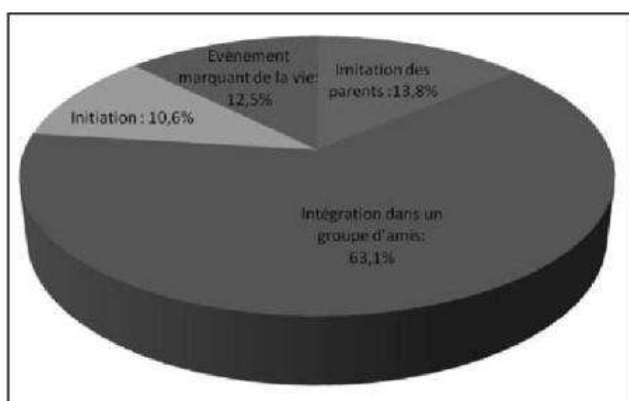


Figure 4 : Répartition des sujets selon le motif de la première consommation d'alcool.

La figure qui suit répartit les consommateurs en fonction des effets qu'ils recherchent.

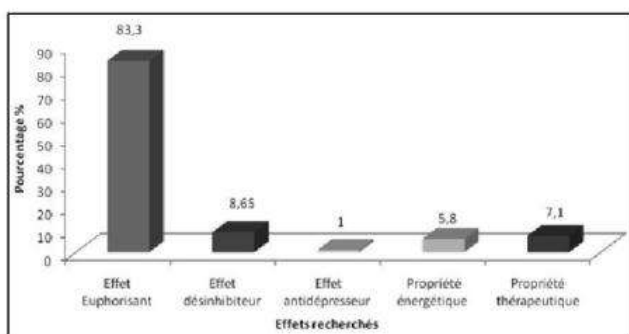


Figure 5 : Répartition des consommateurs de boissons alcoolisées selon les effets recherchés.

La répartition des consommateurs selon les effets ressentis après la prise des boissons est mise en relief à travers la figure suivante.

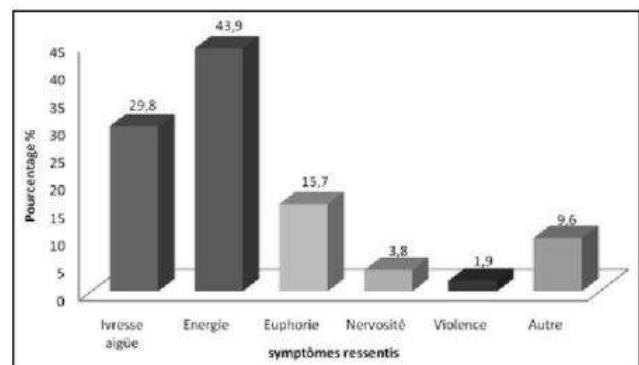


Figure 6 : Répartition des consommateurs d'alcool selon les symptômes ressentis après la consommation aiguë de boissons alcoolisées.

L'influence de cette consommation sur les personnes de l'entourage des consommateurs a été recherchée et le tableau qui suit permet de la mettre en évidence.

Tableau 2 : Répartition des réactions de l'entourage des sujets après la consommation d'alcool.

Réactions	Effectif	Pourcentage %
Indifférence et stigmatisation	250	80,1
Réprimande	39	12,5
Apport d'aide à l'arrêt de la consommation	23	07,4
Total	312	100

3. Discussion

L'alcoolisme étant un problème de santé publique, la nécessité de prendre en compte les différents facteurs conduisant à cette pratique devient une évidence dans la lutte contre le mésusage de l'alcool dans le Bénin et particulièrement dans le département du Borgou.

Malgré le fait que les méthodes de collecte des données et les critères retenus rendent souvent difficiles la comparaison, nos constats méritent quelques réflexions.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

3.1.1. Consommation d'alcool par sexe

La prédominance masculine relevée dans notre étude est presque une constante à divers degrés selon les auteurs. L'OMS avait noté que dans le monde, le taux d'abstention alcoolique chez les femmes (66%) était plus élevé que chez les hommes (45%). La modernisation a favorisé une émancipation de la femme africaine surtout dans les villes. Au nom de l'égalité, la consommation abusive d'alcool devient une mauvaise pratique à laquelle on assiste de nos jours [3]. Les mêmes constats ont été faits en Corée du Sud par Kim W et Kim S qui dans leur étude ont remarqué que l'alcool qui n'était traditionnellement permis qu'aux hommes est



aujourd'hui très consommé par les sud coréennes[4]. Remarquons que l'impossibilité pour certaines femmes de reconnaître au cours de l'enquête leur consommation d'alcool pourrait minorer la prévalence réelle de la consommation féminine.

3.1.2. Age

Notre étude ne nous a pas permis de noter une différence significative entre les prévalences de consommation d'alcool dans les différentes tranches d'âge.

L'âge moyen du premier contact avec l'alcool varie selon les auteurs.

Il était de 13-14 ans pour Mabiala-Babela et al à Brazzaville (Congo) [5], 12ans pour l'enquête ESPAD faite en France [6]. Il a été de 20 ans chez les sujets de notre enquête. Beaucoup d'auteurs ont montré que la survenue du mésusage est liée à la précocité de la consommation de l'alcool. Grand B F et al par exemple avaient constaté que 40% des personnes qui avaient commencé par consommer à l'âge de 14 ans ou moins étaient devenues alcoolodépendantes à une période ou une autre de leur vie comparativement à 10% des sujets qui avaient commencé à boire à l'âge de 20ans ou plus [7]. Ceci se rapproche des résultats de notre étude qui a trouvé que 10% des sujets ayant commencé la consommation avant l'âge de 20ans sont devenus alcoolodépendants. Il en résulte que pour être efficace, il faudra commencer les actions préventives de cette conduite chez les adolescents les moins âgés qui seraient plus vulnérables.

3.1.3. Situation matrimoniale

Comme observé chez nous, Yéo-Tenena et al ont noté que la majorité 62,5% des consommateurs d'alcool des bandjodromes d'Abidjan étaient des célibataires [8]. Jukkala et al avaient remarqué qu'à Moscou, le mariage protégeait uniquement les sujets de sexe féminin contre le mésusage

de l'alcool [9] mais pas les sujets de sexe masculin alors que pour Moore le mariage favorisait le mésusage de l'alcool aux USA [10].

3.2. Facteurs psychosociaux en rapport avec la consommation

3.2.1. Raisons avancées pour une première consommation

Les données liées à cette considération, ne font pas légion en Afrique. Cependant Mabiala-Babela avait noté que c'était dans le cercle familial par imitation des parents que les adolescents s'adonnaient à l'alcool [5]. L'influence des parents a été rapportée par d'autres auteurs comme Bjarnasson [11]. Dans notre étude seulement 14% des enquêtés avaient pris de l'alcool par imitation de leurs parents. L'interdiction de l'alcool par l'islam, religion dominante dans la région fait que le produit n'était pas toléré dans la plupart des familles. Il en résulte que la majorité de nos consommateurs avaient fait leur première expérience de prise de l'alcool avec les amis, hors du cercle familial.

3.2.2. Relation entre le consommateur d'alcool et son entourage

L'influence du mésusage de l'alcool sur l'entourage a été notée chez 10% des consommateurs. Les collègues dans les lieux de travail étaient les plus affectés. Contrairement à ce qu'a rapporté Reinaldo et al [12] de même que Room R [13], dans leurs études respectives, de l'impact de la consommation de l'alcool sur les familles très peu d'enquêtés dans notre étude avaient signalé avoir porté une fois préjudice à un membre de leur famille telle que l'épouse ou les enfants. En ce qui concerne les attitudes de l'entourage, la consommation modérée de boisson alcoolisée ne pose pas de problème dans la société.

Selon Room, c'est l'usage abusif des substances psycho-actives qui provoque une stigmatisation et une marginalisation qui sont universelles de la part de la famille.

Notre étude montre toutefois que parmi les alcoolodépendants, tandis que 30% en avaient honte, 70% en étaient fiers. Ce constat interroge car dans un passé récent les alcooliques recensés sur les lieux de travail et aux heures ouvrables dans notre pays n'étaient aucunement ménagés car ils étaient purement et simplement radiés de l'effectif des agents de la fonction publique béninoise.

Conclusion

L'étude de la consommation de l'alcool dans le département du Borgou révèle que si la prévalence n'est pas négligeable, cette pratique affecte une frange de la population qui est celle dont le pays a besoin pour son émergence économique [14]. Les taux de mésusage 40% et de dépendance 13% y sont élevés. Une initiation relativement précoce, la recherche de la convivialité, les conditions difficiles de travail, le célibat, le bas niveau d'instruction, la disponibilité du produit sur le marché et son accessibilité facile sont quelques unes des raisons évoquées pour développer sous nos cieux cette conduite. La situation est d'autant plus préoccupante que ce sont les adolescents les plus jeunes qui demeurent les sujets les plus vulnérables. La sonnette d'alarme doit toutefois être tirée sur cette pratique dont l'ampleur va grandissante dans un département dominé par les pratiquants de l'islam qui néanmoins interdit formellement la consommation de l'alcool. Des réponses adéquates doivent très rapidement être trouvées pour une gestion au mieux du phénomène qui puisse concilier espace de vie, plaisir et une liberté contrôlée.

Références

1. OMS. Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool .Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional de l'Afrique Yaoundé 2008 (AFR/RC58/3) : 3.
2. Société Française d'Alcoologie. Recommandations pour la pratique clinique. Les conduites d'alcoolisation. Lecture clinique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? pour quel patient ? sur quels critères ? Edit Princeps : alcoologie et addictologie 2003 ; 23(suppl. 4) : 1s-76s.
3. OMS. Comité d'experts des problèmes liés à la consommation d'alcool. 2^e rapport Organisation Mondiale de la Santé Genève 2007 ; (série de rapports techniques n°944) : 1-64.
4. Kim W, Kim S. Women's alcohol use and alcoholism in Korea. Subst use misuse 2008 jul ; 43 (8-9) : 1078-87.
5. Mabiala-Babela JR, Mahoungou-Guimbi KC, Massamba A, Senga P. Consommation de l'alcool chez les adolescents à brazzaville (Congo). Cahiers d'études et de recherches francophones. Santé 2005 ; 15(3) :153-60.
6. Choquet M, Beck F, Hassler C, Spilka S, Morin D, Legleye S. Les substances psycho-actives chez les collégiens et lycéens: consommation en 2003 et évolutions depuis dix ans (Enquête ESPAD 2003) 2004 ; 35.
7. Grant BF, Dawson DA. Age of onset of alcohol use and its association with DSM IV alcohol abuse and dependence: results from the national longitudinal alcohol epidemiological survey. J.Subst abuse 1997; 9:34-38.
8. Yéo-Tenena YJM, Yao YP, Konan YE, Koffi KE, Amani N, Delafosse RCJ. Enquête épidémiologique à propos des usagers des débits de boissons traditionnelles (Bandidjromes d'Abidjan et de sa banlieue). Med Trop 2006 ; 67 : 53-56.
9. Jukkada T, Mäkinen H, Kislitsyna o, Ferlander S, Vagerö D. Economic strain, social relations gender and binge drinking in Moscow. Soc sci med 2008 Feb. ;66 (3) :663-74.
10. Moore MK, Gould R, Reuben DB, Greendale GA, Carter MK, Zhou K, Karlamangla A. Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States American Journal of Public health March 2005;95 (3): 458-64.
11. Bjarnasson T, Anderson B, Choquet M, Elekes Z, Morgan M, Rpinet G. Alcohol culture, family structure and adolescent alcohol use: multilevel modeling of frequency of heavy drinking among 15-16 year old students in European countries. Stud Alcohol 2003; 64:1282-90.
12. Reinaldo AM, Pillon SC. Alcohol effects on family relations: a case study. Rev Lat Am Enfermagen 2008 Jul-Aug; 16Spec : 529-34.
13. Room R. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. European Addiction Research 2003; 9:165-75.
14. Akpakpo B. Evaluation de la consommation d'alcool dans le département du Borgou. (Nord-Bénin) .Th Méd Parakou 2008 (001) 101p.



Mathieu Tognidé

Relativité culturelle du symptôme en pathologie mentale et la classification psychiatrique

Résumé

À travers l'ambiguïté des différentes classifications en pathologie mentale et face à une insatisfaction de plus en plus croissante des acteurs de santé mentale, l'auteur souligne la problématique de l'universalité des nosographies.

Le statut du symptôme relève souvent du domaine symbole en référence à une nosologie populaire qui ne peut, par conséquent, être universelle. En dépit de toutes ces réserves, il est nécessaire d'avoir des classifications qui doivent être discutées, partagées et basées sur des compromis afin de faciliter la communication, la prédiction et la recherche dans la pathologie mentale. Il faut travailler dans la nécessité d'une méthodologie psychiatrique rigoureuse basée sur des critères psychiatriques clairs, précis communicables et compréhensibles.

Nous devons continuer ces réflexions, ces échanges, à travers des rencontres et des colloques.

Mots-clés : Symptômes – Pathologie mentale – Nosographie – Cultures

Summary

Through the ambiguity of the different classifications in mental pathology and face to a more and more growing dissatisfaction of health mental actors, the author emphasizes the problematic of the universality of nosographies.

The status of the symptom often reveals from the symbol domaine in reference to a popular nosology which can't therefore be universal. In spite of all those reserves, it's necessary to have some classifications which must be discussed, shared and based on some compromises in order to facilitate communication, prediction and research in mental pathology. We must work in the necessity of a rigorous psychiatric methodology based on precise, communicable comprehensible and clear psychiatric criterions.

We must continue those reflections, those exchanges through meetings and seminars.

Key words : Symptoms – mental pathology – Nosography cultures

Introduction

Il ne fait l'ombre d'aucun doute de nos jours que la culture prise comme le fondement des structures sociales, reste l'élément déterminant du comportement humain appris. Chaque être humain voit, entend, sent et ressent en fonction de cette culture. Les comportements moraux, pathologiques et les attitudes thérapeutiques varient par conséquent en

fonction de cette éducation culturelle. Ainsi, la structure mentale ou le psychisme fonctionne agréablement ou décompense en s'appuyant sur des réalités culturelles. L'interprétation du symptôme, surtout en pathologie mentale ne peut donc se faire logiquement qu'à partir d'un système de classification qui renvoie à un code nosographique qui sera collectif. Or le statut sur la nosologie dans le discours psychiatrique a constamment évolué en fonction même de la place de celui-ci dans le contexte socio-culturel. C'est là toute l'ambiguïté des différentes classifications qui nous amènent à nous poser cette question fondamentale de la scientificité des classifications ou du mythe de celles-ci en pratique psychiatrique.

Il y a de nos jours une insatisfaction croissante et un scepticisme plus ou moins prononcés concernant la validité et la fidélité des systèmes classiques voire actuels avec des « critères » diagnostiques. Nous allons, après une réflexion approfondie et en tenant compte de notre petite expérience, souligner cette problématique de l'universalité des classifications nosographiques.

1. Définitions de quelques concepts

1.1. Le symptôme

Selon le dictionnaire ROBERT, le symptôme est un phénomène subjectif (par opposition au signe) qui relève de trouble fonctionnel ou de lésion.

LANTERI-LAURA note que le symptôme se trouve produit par le patient et perçu par la sensibilité du médecin, du psychologue, du soignant. Le signe quant à lui est une conclusion que l'esprit tire du symptôme observé [5].

Selon J. GUYOTAT, en médecine, les symptômes les plus courants sont des indices en tant que lien naturel de contiguïté corporelle entre un élément A (par exemple la douleur) et un élément B (l'appendice enflammé) [3].

Le signe appartient plus au jugement et le symptôme au sens.

1.2. La nosologie/nosographie

Nosologie : étymologiquement = discours sur la maladie : du grec *nosos*, maladie et *logos*, discours.

Le Petit Robert dans son dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française donne les définitions suivantes :

- nosologie, étude des caractères distinctifs permettant de définir les maladies ;
- nosographie, le voisin de la nosologie étymologiquement vient des mots grecs *motos* et *graphein* = écrire. C'est donc la description et la classification méthodique des maladies.

Le Littré va jusqu'à la définir comme une distribution méthodique dans laquelle les maladies sont groupées par classes, genres, ordres et espèces [6].

1.3. La culture

Le Larousse définit la culture comme l'ensemble des structures sociales et des manifestations artistiques, religieuses intellectuelles qui définissent un groupe, une société par rapport à une autre.

2. Relativité culturelle du symptôme en pathologie mentale

2.1. Statut du symptôme en pathologie mentale

La notion du symptôme a subi une importante évolution en psychiatrie avec le développement de la théorie psychanalytique, les apports de la sémiologie linguistique. La

place du symbole dans le langage culturel chez nous en Afrique, etc....

Comme l'a spécifié J. GUYOTA, il existe des indices en psychiatrie en tant que lien de contiguïtés reconnus [3]. Ce lien est beaucoup moins sûr qu'en médecine dite « somatique ». On sait que c'est souvent une affaire de croyance qui cherche à s'étayer sur des résultats reproductibles. Certains de ces indices sont des propositions du malade, ce sont des signes fonctionnels qui passent par les plaintes.

D'autres indices ne sont pas produits par le malade, mais recherchés par le soignant, on passe alors par un système de convention qui fait appel à l'interprétation. Laquelle interprétation ne peut se faire qu'à partir d'un système de classification qui renvoie à un code collectif qui est basé sur la culture du malade. Il y a donc un consensus du groupe autour de ce code. Dans quelque culture que ce soit, on n'échappe pas à ce code collectif du groupe.

Le statut du symptôme est d'une importance capitale en clinique psychiatrique surtout dans le domaine du symbole. Les malades utilisent ce symbole pour se ranger analogiquement dans un cadre nosologique en référence le plus souvent à une nosologie populaire qui n'est pas « scientifique », nous voulons dire « non universelle », parce que se basant sur la culture du malade qui lui est propre et décryptable par son entourage culturel.

Dans ce symptôme du patient, la question « qu'est-ce qu'il a ? » devient « qu'est-ce qu'il dit » comme l'a démontré GUYOTAT [3]. Il renchérit en démontrant qu'en psychanalyse le signe agoraphobie par exemple renvoie à une histoire personnelle du malade, à une façon personnelle de nommer les choses, de les éprouver. C'est un compromis entre les instances Moi, Surmoi et Ça, individuelles ou personnelles construit à partir d'une histoire et d'un environnement personnels. Le symptôme devient difficile à comprendre au code nosologique. Il n'est plus un signe seulement qui associé à d'autres fera un syndrome clinique c'est ici l'une des difficultés de la critériologie du DSM III IX

Le symptôme peut être aussi un compromis dans les interactions groupales et surtout familiales. Cela se remarque en thérapie familiale ou systémique. Il agit sur l'homéostasie de la famille pour la rigidifier. Il est parfois produit par la famille, soit parce qu'il y a trop de rigidité, soit parce qu'il n'y en a pas assez.

À un autre niveau, les phénomènes de projection en Afrique Noire ne constituent plus une simple problématique personnelle, mais ils renvoient à un système de croyances collectives.

Ces différents statuts de symptôme selon leur relativité culturelle semblent être un facteur de richesse sémiologique pour approfondir le diagnostic nosologique. Il nous apparaît par conséquent plus avantageux à les différencier lorsqu'on parle du symptôme en pathologie. D'où une nosographie doit en principe tenir compte de ces différences culturelles.



La problématique de l'universalité des classifications en pathologie mentale se pose, car le signe désigne, représente, signifie ou informe, et le décryptage de tout ceci se base essentiellement sur la culture du porteur de ces signes.

2.2. Impact culturel du symptôme/syndrome

Comme nous l'avons vu dans le sous-chapitre précédent, cette relativité découle du fait que les symptômes ou les signes vont se caractériser par leur valeur et par leurs traits distinctifs (pertinence) dans le système c'est-à-dire le code auquel ils appartiennent. Autrement, le signe est polysémique selon le questionnement de son interprète « qu'est-ce que c'est », « qu'est-ce qu'il dit », « qu'est-ce qu'il fait ». Ainsi la révélation d'un sens dépend de la culture dans laquelle ce symptôme ou ce signe est énoncé. C'est dire l'importance ou l'impact de la culture, du mode de relation entre les hommes sur le maintien de l'équilibre mental. Il y a peut être par là une relation quantitative entre une culture et la nature ou la fréquence d'un symptôme ou d'un syndrome qu'on y observe. Il est intéressant d'évoquer à cet effet par exemple la rareté des signes d'autodépréciation, d'auto culpabilité, d'auto accusation, d'indignité chez le noir africain, du moins à partir des données cliniques de la nosographie française. L'éducation se basant sur la culture négro-africaine n'intègre pas la notion de culpabilité. Les symptômes dépressifs seront donc interprétés dans le contexte culturel sous forme d'idées de persécution (le rôle obscur de la sorcellerie colore toute la vie affective familiale de l'enfant africain). De même le suicide s'observe nettement en pays « dit évolué » qu'en pays sous-développés car le respect de la vie, nous emble-t-il, y est beaucoup plus grand qu'en Occident. Toujours, sans vouloir

simplifier à l'extrême, nous devons dire pour les troubles « névrotiques » issus du traumatisme sexuel infantile, qu'il est évident que le retentissement psychologique en sera d'autant inévitable que le milieu culturel ambiant valorisera, dans son modèle éducatif, la répression sexuelle infantile comme en Afrique. D'où l'importance du trouble conversif (névrose hystérique) dans notre contexte socio-culturel.

Cette différence symptomatique ou syndromique souligne l'importance du milieu culturel, du mode d'éducation, de la structure familiale et du statut réciproque de l'homme et de la femme, ainsi que de la place de l'enfant dans la famille (le statut d'aîné par exemple).

3. La classification psychiatrique : mythe ou réalité scientifique

Tenant compte de cette relativité culturelle du symptôme, comme précédemment constaté, nous dirons que toute culture a un système nosographique plus ou moins élaborée (confère la guérisseuse AGBOHOU) avec sa classification de la pathologie mentale [4]. Il en est de scientifique, il en est de démagogique, mais ce sont aussi, nous le pensons, des systèmes de classifications qui renvoient à un code collectif.

Or ce code collectif sera sur le socle de la culture de chaque peuple. En outre par opposition avec la plupart des troubles somatiques, les troubles psychiques et leur classification possèdent des caractéristiques dont l'évaluation repose en grande partie sur des éléments subjectifs. Laquelle subjectivité vient non seulement du vécu du patient mais aussi de la subjectivité du psychiatre dans son évaluation des propos du patient. Aussi lors des entretiens surtout initiaux, les patients

peuvent-ils cacher certaines informations importantes par pudeur, réticence ou méfiance. Comme l'a spécifié Henri ELLENBERGER, le psychiatre dans sa pratique ne doit pas être embourbé dans l'illusion pragmatique où la classification est destinée uniquement à une prise de décision, dans l'illusion idéaliste où la recherche d'une harmonisation et d'une perfection du système pousse à s'abstraire des faits [2]. Pour certains auteurs et nous pensons qu'ils ont raison, la souffrance psychique est un vaste continent où les troubles occupent un continuum mal défini. En outre soumettre des symptômes à l'analyse statistique pour identifier des tableaux cliniques significatifs reste peu scientifique car les critères à prendre en compte ne peuvent pas se limiter en principe à des symptômes observés chez un sujet à un moment donné.

De même, la projection de la part des classificateurs de schémas préconçus parfois imposés, l'absence parfois de délimitation nette, claire et précise entre le normal et le pathologique, la rareté des symptômes pathognomoniques en psychiatrie, les troubles psychiatriques qui sont le plus souvent individualisés, des symptômes en nombre relativement faible etc. ne favorisent pas une nosographie des troubles mentaux assez consistante et universelle.

Elle est souvent incomplète et peu convaincante. Il faut donc dans la pratique psychiatrique en tenir grand compte et avoir à l'esprit toutes ces considérations lorsqu'on utilise toutes ces innombrables classifications, même les plus actuelles comme le CIM 10 et le DSM IV TR (il y a seulement sept ans environ).

Dans tous les cas les classifications psychiatriques avec leurs systèmes opérationnels de diagnostic, quels qu'ils soient, resteront à notre avis contestables tant que nous n'aurons pas de connaissances plus précises sur les mécanismes étiopathogéniques.

Sans être une construction de l'esprit qui ne repose pas sur un fond de réalité concrète, les contours de la classification psychiatrique ne restent pas moins flous.

Si pour un certain nombre de maladies « typiques » le consensus se fait parmi les psychiatres, un nombre non négligeable des malades ne peut être rangé dans des classes bien définies et bien délimitées. Ces divergences sont encore aggravées par la multiplicité des champs de la psychiatrie et de celle des intérêts des psychiatres surtout conceptuels et méthodologiques.

Comme l'a révélé PULL C.B. en citant le psychiatre soviétique Glouzman formé pourtant à une école très organiciste, « *la nature de l'activité cérébrale n'est pas encore élucidée* » [7]. La neurophysiologie ni les autres sciences concrètes ne sont pas encore parvenues à expliquer l'origine « psychique » de la psychopathologie. Les notions de la maladie et de santé restent aussi mystérieuses et difficilement intégrables dans les cadres stricts d'une systématisation scientifique. Le flou des concepts inhérents à toute la médecine se retrouve surtout en psychiatrie.

4. Nécessité ou non d'un système universel de communication en psychiatrie

Au vu de cette relativité culturelle du symptôme, de ces limites à la classification psychiatrique, nous nous posons cette question de la nécessité ou non d'un système de nosographie universel ou psychiatrique surtout sur le plan communicationnel.

Si l'on tient compte de la nécessité de pouvoir :

- communiquer à une époque où les échanges deviennent de plus en plus faciles entre cliniciens et chercheurs de pays différents à l'aide d'un langage précis et clair à défaut d'un langage commun,
- choisir des moyens thérapeutiques actuels et adaptés,
- définir pour des travaux de recherche et des études épidémiologiques des échantillons aussi homogènes que possibles,

il ne fait aucun doute qu'il s'avère nécessaire d'avoir des classifications psychiatriques qui doivent être discutées, partagées et basées sur des compromis afin de faciliter la communication, la prédiction et la recherche dans la pathologie mentale. Pour faibles que soient la fidélité et leur puissance et pour grandes que soient leurs limitations, sans les classifications la psychiatrie n'a plus de références.

La psychiatrie n'a plus d'outils pour intégrer les autres sciences plus développées telles que la biologie, la neurophysiologie, la psychologie expérimentales, la pharmacologie, etc. Comme l'a stipulé BOURGEOIS M. en citant LEVY STRAUSS dans son ouvrage, « *la pensée sauvage* », tout classement est supérieur au chaos, et même un classement au niveau des propriétés sensibles est une étape vers un ordre rationnel [1].

Il est d'ailleurs fort probable qu'aucun psychiatre ne traversera de coïncidence parfaite et indiscutable entre tous les termes et descriptions et ceux qui correspondent à ses opinions ou à son usage personnel. Mais pour le but essentiel d'une classification, il est nécessaire de parvenir à un compromis pragmatique non imposé par quelques puissances que ce soient ; car il ne faut pas sous estimer la complexité et surtout la spécificité culturelle de ce domaine.

Par ailleurs, la description des comportements dits pathologiques n'est jamais pure ni neutre. Nous ne pouvons pas nier ni rejeter la nosologie psychiatrique qui s'est édifiée depuis le 19^{ème} siècle par des cliniciens prestigieux tels Falret, Magnan, Kraepelin, Bleuler, Baillager, Freud et d'autres dont les éléments essentiels demeurent valables dans les grandes lignes aujourd'hui.

Il nous faut travailler dans la nécessité d'une méthodologie psychiatrique rigoureuse basée sur des critères psychiatriques clairs et précis, valides et discriminants, communicables et compréhensibles.

Il nous faut renforcer et promouvoir les systèmes opérationnels du diagnostic basés peut être sur l'approche polydiagnostique. Celle-ci permet dans une certaine me-

sure d'éliminer les inconvénients des mono systèmes, c'est l'exemple du système LICET (composé de plusieurs listes intégrées de critères d'évaluation taxonomique)

Vivement que nous puissions avoir à disposition ce système qui a pour but de permettre l'utilisation simultanée de plusieurs systèmes de classifications distinctes.

Conclusion

La psychiatrie est une discipline qui touche ce que l'homme a de plus fragile et de plus précieux, le psychisme ou la structure mentale, qui s'édifie sur un socle qu'est la culture. La coloration de la psyché par celle-ci détermine le statut du symptôme en pathologie mentale et par voie de conséquence fait asseoir un système nosographique plus ou moins élaboré, qui peut être magique ou « scientifique ». C'est pourquoi, l'universalité d'une classification psychiatrique restera problématique tant que la question de l'étiologie ou de l'étiopathogénie sera posée.

Les profonds remaniements de ces classifications au cours des dernières années le prouvent. Tout ceci ne doit pas nous éloigner des buts essentiels que sont : faciliter la communication, la prédiction et la recherche en psychiatrie. Cela doit demeurer un outil de travail et dominer la discordance entre les concepts diagnostics utilisés par les psychiatres de pays différents.

Nous devons continuer nos réflexions, nos échanges, à travers des rencontres des colloques, des congrès de ce genre pour peaufiner nos points de vue pour aboutir un jour, peut être, idéalement à la validité d'une classification psychiatrique qui doit se reposer sur des éléments étiologiques ou étiopathogéniques démontrables.

Nous devons tous œuvrer ensemble pour l'amélioration de celle-ci à travers un compromis, éclairé responsable et non imposé. Car la pratique du diagnostic par ordinateur en pathologie mentale nous semble un drame de nos jours, la psychiatrie devant être une clinique essentiellement de l'écoute et du regard.

Références

1. BOURGEOIS M. – Les nouveaux repères en psychiatrie : le DSM-III. Intérêt pour le médecin praticien. *Psychiatrie pratique du Médecin*, n° 5, 1984.
2. ELLENBERGER Henry – Les illusions de la classification psychiatrique. *L'évolution Psychiatrique* 28, 2, 221-242, 1963.
3. GUYOTAT J. A propos de la nosologie des schizophrénies et des psychoses durables. XVII^{ème} journées d'Informations Psychiatriques, Marseille 1983 ; 115 – 119.
4. KOSSOU A. Basile : Essai d'évacuation du village psychologique traditionnel de la tradipraticienne AGBOHOU. ILESUP – Cotonou, *Mémoire Psychologie* ; 2000 ; 30 p.
5. LANTERI – LAURA : *Psychologie médicale* 1^{ère} édition SPEI Paris 1984 ; 16, (1) : 115 – 119.
6. LITRE (E.). – *Dictionnaire de la langue française, Abrégé du Dictionnaire de Littré*, par A. Beaujean, Paris, Gallimard et Hachette, 1959.
7. PULL C.B., GUEFI J.D., BOYER P., PULL M.C. Les critères diagnostiques en psychiatrie, historique, état actuel et perspectives d'avenir, Masson, Paris, 1986, 196 p.
8. ROBERT (P.) – *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris. S.N.L.. 1969.



Danse rituelle au royaume d'Illikimou en l'honneur de Psy Cause (Bénin, février 2008).

Francophonie en Afrique du Nord

Depuis de nombreuses années, la revue *Psy Cause* publie des travaux originaux des pays du Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie). Cette riche collaboration s'est cristallisée en juin 2010 dans notre congrès de Marrakech réalisé en partenariat avec le Centre Hospitalier de Montfavet et l'hôpital Ibn Nafis de Marrakech. Le thème en était : « Corps et langage, quand l'esprit parle au corps. Un regard sur la clinique interculturelle ». Un dossier sur cette manifestation est prévu dans un prochain numéro. Mais nous ne pouvions pas sortir un « Spécial francophonie » sans une référence aux travaux présentés dans le cadre de ce congrès. C'est pourquoi nous avons choisi de vous présenter ici le travail d'un jeune auteur (une psychologue clinicienne au CHU de Casablanca) sur le corps et la possession dans la thérapie traditionnelle au Maroc.

Une équipe marocaine universitaire de recherche pour la santé mentale, de l'hôpital Ibn Nafis, nous adresse depuis quelque temps ses travaux dont nous publions ici le dernier en date qui rend compte d'une enquête épidémiologique sur la comorbidité addiction + trouble bipolaire.

Plusieurs équipes de l'Hôpital Razi à Tunis ont choisi *Psy Cause* pour publier leurs recherches. Nous avons retenu pour ce numéro un article d'auteurs de cet établissement, très original et à forte connotation culturelle, sur la psychose nuptiale. Le mariage est un événement central de la vie de l'individu au sein du groupe en Afrique du Nord. Il constitue un facteur stressant qui peut favoriser l'éclosion d'une psychose.



Nuit de la transe.
Congrès de Marrakech, juin 2010.



Leila Cherqaoui

Corps et possession dans la thérapie traditionnelle au Maroc

Résumé

La possession est un phénomène présent dans la culture marocaine. Elle occupe une place importante dans la représentation et dans le mode de traitement des problèmes d'ordre psychique.

La thérapie traditionnelle de la possession engage le corps par excellence, car c'est à travers lui que se définit l'étiologie du trouble et que s'établit la procédure thérapeutique. On considère alors que le corps se manifeste comme étant un canal qui permet la communication entre le réel et le surnaturel. La thérapie traditionnelle de la possession accorde un immense intérêt au corps à tel point qu'on se demande si celui-ci est considéré comme étant un simple outil thérapeutique ?

Mots-clés : Possession – Corps – Thérapie traditionnelle.

Summary

Possession is a wide spread phenomena in the Moroccan culture. It has an very important position in presenting and treating psychological problems.

Traditional therapy of possession makes body works perfectly. Through the body the trouble is defined and therapeutic procedures is made. Hence, we consider that the body shows itself as a canal which permits communication between the real and the supernatural. Traditional therapy gives an immense importance to the body so much that we can ask oneself if this one is considered as a simple therapeutic tool ?

Key words : Possession – Body – Traditional therapy.

Le champ de la santé mentale au Maroc recouvre une multiplicité de recours et de pratiques de soins. Outre la prise en charge psychiatrique, on a recours à un panel de thérapies traditionnelles soumises à une logique différente dans la compréhension et le traitement de la maladie mentale. La possession en est un exemple.

Le corps est porteur des symptômes de cette maladie. La manifestation de la maladie s'avère comme un changement de la personnalité qui se manifeste sur le corps. Celui-ci est gouverné par un autre propriétaire que le moi du sujet. La modification du moi s'accompagne d'une plus ou moins grande perte de conscience et une déconnexion de la réalité.

Le but de la thérapie serait d'apporter une réponse à des manifestations qui se traduisent sous forme de malaise, de

douleur ou de désordre. Le sujet ressent cet envahissement comme une souffrance qui désorganise sa vie.

La thérapie préconisée peut être des prières, des manipulations du corps du malade avec des pratiques d'ordre « magique », et (ou) une substance de la pharmacopée traditionnelle.

Le désordre s'exprime à travers le corps du malade dans la danse. Les manifestations corporelles figurent par des mouvements, des gestes et des paroles représentant le possédant.

La danse de la possession est une démonstration de l'occupation du possédant du corps du sujet. Le caractère corporifié de cette expérience exprime ouvertement la maladie. Ce fait est considéré comme un signe d'une entité surnaturelle à savoir un esprit, un ancêtre qui s'attaque au corps ou cherche à travers lui à exprimer quelque chose. Il s'agit donc d'un message à décoder.

Les questions à poser dans ce contexte sont : Quel rôle joue le corps dans la maladie de la possession. ?

Par quel mécanisme la thérapie traditionnelle investit le corps ?

Nous proposons dans un premier lieu d'évoquer la thérapie traditionnelle ainsi que les mécanismes qui y rentrent en jeu.

Puis nous examinerons dans un deuxième lieu l'explication de l'implication du corps dans la thérapie traditionnelle.

Le but est de mettre en lumière les enjeux psychiques inhérents à la possession et leurs ancrages dans le corps.

On signale que la représentation de la possession au Maroc n'est pas limitée au registre pathologique sujet de cette réflexion.

Nous pourrions également avancer que notre approche est quelque peu ethnopsychiatrique que psychopathologique.

1. La possession

Selon SCHOT-BILLMAN, la possession présente deux caractères simultanés : une suspension momentanée de la vie consciente du sujet et parallèlement la manifestation d'une nouvelle personnalité différente de sa personnalité habituelle ; on peut dire que le sujet est dépossédé de sa personne en même temps que possédé par une autre. Son organisme paraît envahi par un autre, gouverné par une âme étrangère entrée dans son corps et y subsistant à la place de celle du sujet normal.

La modification du Moi s'accompagne d'une plus au moins grande altération de la conscience, outre des états pathologiques comme l'hystérie.

Il y a différentes composantes du tableau diagnostique de la possession telles que : l'aspect paroxystique, la perte de la sensibilité, l'altération de la conscience, la perte de la mémoire...

La dimension pathologique

AOUATTAH dans son étude sur l'éthnopsychiatrie marocaine considère que la possession est une modalité d'interprétation paradigmatique de la maladie mentale. Au Maroc les *Jnouns*, ces entités surnaturelles, se trouvent tantôt impliqués dans des formes courantes de la folie, tantôt comme des êtres bénéfiques où l'on est alors devant une possession souhaitable, recherchée, et qui n'est pas considérée comme pathologique, ou qui cesse de l'être grâce à la façon dont on va la maîtriser durant les situations de transe.

Cette ambiguïté relationnelle se réitère dans bon nombre de techniques thérapeutiques qui visent tantôt à les chasser tantôt à les domestiquer.

Selon le comportement du sujet, le groupe décrit un caractère pathologique ou non, selon l'identification ou non du possédant.

DEKHIL dans ce sens donne trois façons de percevoir la possession.

- Une conduite désirée et parfois induite intentionnellement.

- Une conduite dysfonctionnelle signifiant la maladie et impliquant une procédure thérapeutique spécifique qui fait appel à la transe de possession dans un contexte contrôlé et pris en charge par des guérisseurs.

Cette procédure ne se présente pas comme un exorcisme mais vise la conciliation avec l'esprit possesseur, une manière de domestiquer la transe.

- Conduite réprouvée, considérée comme anormale et nécessitant la mise en place d'un dispositif de guérison.

Exorcisme qui consiste à extraire l'esprit possesseur en ayant souvent recours à une violence physique sur la personne possédée (cherchant à atteindre le mal à travers l'esprit maléfique).

La possession par les entités surnaturelles maléfiques suscite la présence du groupe, le recours à des mythes collectifs et l'importance de la danse pour les exorciser dans une motricité codifiée.

La thérapie consiste à donner un nom, une formulation à la maladie en la définissant, elle apporte par là une base aux procédés thérapeutiques

Généralement la thérapie est encadrée par un guérisseur traditionnel (Taleb ou Fqih) souvent adhérent à une confrérie religieuse. Il mobilisera ses propres techniques pour éloigner l'entité qui perturbe l'équilibre de la personne.

Son rôle serait de :

- Identifier le Djin qui tourmente la victime
- Connaître la cause de son incursion.
- Négocier son éloignement.

La prise en charge peut être sous forme de récitation de certains versets du coran, l'utilisation d'écriture, des fumigations ou des manipulations corporelles : diverses (onctions, massages, attouchements...).

2. L'implication du corps dans la procédure thérapeutique

Le corps est une mémoire dans la mesure où il porte la trace de notre héritage génétique et de nos expériences, même les plus archaïques. Ces empreintes forment en chacun de nous une trame du passé, mêlant des structures, des sensations, des émotions, des schèmes de comportements ou des figures archétypiques, tout ceci recueilli de façon spécifique par chacun, en fonction des circonstances et de son vécu individuel.

Dans la prise en charge de la possession au sein de la confrérie l'outil essentiel du diagnostic et du traitement est la musique, elle se vit corporellement, c'est en s'incarnant dans les mouvements rythmés du corps qu'elle déclenche initialement la transe.

Il est difficile de dire si c'est la musique ou le mouvement qui est le stimulus naturel de la crise. La musique et la danse vont donner une voie en créant un lien privilégié entre le monde interne du sujet et le monde externe. Elles éveillent et font résonner en écho cet univers qui palpite en chaque personne sans trouver de langage.

L'ensemble de traces jusqu'alors inorganisés : simple pré-danse, faite de balancements du corps, oscillations répétitives de la tête ou du tronc, frappements de mains, etc., deviennent une musique corporelle perceptible qui se traduit en mouvements rythmiques.

Le corps suit le rythme de la musique et s'adapte aux stimuli extérieurs. Il extériorise ce qui le trouble publiquement sans avoir à subir des réprimandes. Le sujet n'est plus responsable de ses actes, c'est une affaire des *Jnouns* qui le possèdent. Cette procédure permet le décodage des signifiants du corps « malade » et par la suite une récodification reconnaissant un corps sain et guéri.

Outre la fonction cathartique et libératrice de la danse, les manipulations corporelles ont une vertu réorganisatrice et intégratrice, elles permettent au patient de réorganiser sa corps-propriété affectée par sa souffrance psychique.

À ce propos, HELL relie les crises de possession aux représentations dont l'individu concerné est tissé, flux codés au sein du groupe, pulsions canalisées en mythes, signifiants organisés en langage qui traversent l'individu par la mise en forme des pulsions dans un code socialement assimilable et leur inscription dans le corps.

Il résulte que la possession est un mode propre d'engagement du corps. La cure traditionnelle de la possession est une totalité signifiante s'articulant dans une démarche symbolique concertée. Elle englobe les représentations et les pratiques, les expériences psychosomatiques du thérapeute et celles du malade, les techniques pharmacologiques, verbales graphiques et oniriques, religieuses et magiques.



Nuit de la transe au congrès de Marrakech :
rituel de la confrérie Gnawa.

On retient de ce qui précède que le corps se montre comme :

- un support du symptôme ; du langage non dit .
- un moyen de concrétiser et de définir le malaise.
- Un vecteur de changement.
- Une surface de projection des désirs inconscients qui permet la communication et la cohésion du groupe.
- Porteur d'une histoire de vie et une histoire de groupe.

Et pour mieux illustrer les conclusions auxquelles a abouti ma réflexion voici un exemple des cas que j'ai suivis de près :

Vignette clinique

Nezha est une femme âgée de 36 ans, divorcée avec un enfant de 9ans.

Elle est hospitalisée en psychiatrie pour un trouble bipolaire. Elle est quatrième d'une fratrie de 7enfants. Son niveau scolaire est Le CP.

Nezha se plaint beaucoup des autres, elle dit : « *J'ai des ennemis, je souhaite que dieu prenne mon âme pour que je sois soulagée* ». Elle se plaint aussi des médicaments qui auraient déstabilisé son régime alimentaire ainsi que son sommeil.

Elle rapporte que son état de tension est dû au comportement de son père et de sa sœur envers elle. Elle déclare : « *Ils ont volé mes bijoux, et en plus ils m'ont frappée et m'ont photographiée toute nue.* » La mère ne pouvait rien pour elle. Elle ajoute qu'elle était en Turquie et en Emirat Arabe où elle travaillait comme hôtelière, qu'elle est rentrée au Maroc pour : « *Je viens pour voir mon fils adopté qui est diabétique (qui n'est autre que son vrai fils)* », affirme-t-elle. Elle me montre sa photo et me dit : « *J'étais venue pour lui célébrer la fête de la circoncision ; et ils m'ont tout pris : les bijoux, le passeport... J'ai porté plainte contre mon père et ma sœur. Je porterai aussi plainte contre les médecins qui m'ont enfermée ici exprès pour que le juge me considère comme folle et qu'il ne prenne pas compte de mes propos.* »

Nezha insiste pour que je rencontre son fiancé, qui passe toute la journée derrière la fenêtre de l'hôpital dans le froid pour la voir. « *Je lui ai prêté ma veste ; le pauvre me fait pitié* » dit-elle.

C'est un jeune homme tenant dans les mains des papiers du tribunal pour accélérer les démarches du mariage. Il m'affirme que tout ce qui arrive à Nezha a pour cause l'opposition de son père à leur mariage, que ce dernier l'a amenée dans le centre psychiatrique pour ne pas entamer les démarches du mariage. Nezha monopolise la parole et elle l'amène à confirmer tous ses dires sans aucune contestation (à savoir toujours les mêmes plaintes concernant les agressions physiques du père et de la sœur).

Nezha refuse son séjour à l'hôpital. Elle ne cesse de me répéter : « *Je ne comprends pas pourquoi je suis là, ce que j'ai c'est une possession de Djins et les médecins ne peuvent pas la guérir* ». Je remarque que l'étiologie de la maladie a pris une autre dimension pour elle.

Elle avance qu'elle a séjourné plusieurs fois dans des sanctuaires des marabouts et s'est sentie améliorée. « J'ai assisté à des Lilats. J'ai dansé, j'étais bien entourée... »

Elle me dit qu'elle est contente de voir quelqu'un du domaine médical s'intéresser à la possession, « enfin je me sens comprise ».

Nezha était dépendante à l'alcool et au hashish, elle vivait avec sa sœur divorcée ; elles se livraient toutes les deux à la prostitution. Actuellement elle arrête de fréquenter les hommes et de boire de l'alcool : « mes Djins ne le permettent pas. Moi je suis possédée par des Djins saints qui n'aiment pas le péché, mon corps doit être propre, leurs roi est Shamharouch »

Tous les ans, elle fait la tournée des sanctuaires des saints. Elle aime bien danser, être en transe.

En abordant ce sujet, elle se lève pendant l'entretien, elle arpente la salle en faisant entendre des rots ; elle me demande fermement de lui donner ma main, je cède ; elle l'envisage puis elle me tape fort dessus en me disant : « tu es la fille de Aicha, regarde tu a les traits qui se rejoignent au bout. Tu es 'Cherifa', tu es une amie. N'aie peur de rien...parce que tu es la protégée de Aicha, elle m'a dit d'un ton interrogatif : tu ne le savais pas ?! ». Elle continue en affirmant qu'elle est devenue voyante et qu'elle peut prédire l'avenir. Les Djins lui rapportent tout. Et personne ne peut l'exorciser. Des Fqih amenés par la famille dans ce but ont déjà essayé mais sans résultat. « À mon réveil rien ne change dans mon état. Seules quelques marques physiques laissées par l'agression des Fqih. Quant aux djins, ils occupent toujours mon corps ». Elle explique que chaque rythme de musique est adapté à une certaine transe et, chaque transe convient à un Djin possédant. Son cas rentre dans la transe Gnaoui qui fait appel à Aicha Qandicha .

« Cela me change moralement et physiquement : je deviens calme, détendue, la couleur de ma peau s'éclaircit et je deviens très forte. Je conseille toutes les femmes de visiter les marabouts surtout les malades qui sont ici ».

Trois semaines après sa sortie de l'hôpital, Nezha revient pour un contrôle médical bien coiffée et maquillée ; elle porte des vêtements de satin avec des couleurs claires et des bijoux. Elle rentre, elle me montre ses vêtements, elle me dit : « regarde je porte la tenue d'Ali Baba. Regarde ces bijoux, j'en avais beaucoup plus auparavant. Regarde comment je suis. Tout cela c'est grâce à un Fqih bien doué dans le Srii (L'exorcisme). Je l'ai fait amener à la maison ; il a écrit des talismans pour moi. » Elle me montre des papiers plastifiés. Elle continue : « j'ai mis du Henné sur tout mon corps, je me suis baignée, j'ai dansé. Cela m'a débarrassé de la malchance. Tu sais, j'ai des Jnouns très dangereux, personne n'a pu les chasser de mon corps à

part le Fqih dont je vous ai parlé. Il est vraiment génial. En ce moment je me sens comme un bébé, on dirait je viens de naître ...Je me sens légère ». « comme si j'étais dans un rêve, je ne ressens plus rien ».

Le récit de Nazha est basé sur la dimension corporelle, l'explication de la maladie, sa manifestation et son soin. Tout se joue dans le corps.

Par ailleurs, le corps à travers ce cas se montre comme une surface de projection des désirs et des tabous de la société. C'est un corps culturel.

Bibliographie

Aouattah, A., Ethnopsychiatrie maghrébine : représentation et thérapies traditionnelles de la maladie mentale au Maroc - Paris : L'Harmattan, 1993.

Chlyeh, A., Les Gnaoua du Maroc : itinéraires initiatiques, transe et possession / Abdelhafid Chlyeh . - Casablanca : Le Fennec, 1998.

DEKHIL, A., Le phénomène de transe In IBLA 1993, vol. 56, n°2, pp. 261-275. Institut des belles-lettres arabes, Tunis.

Hell, B., Possession et chamanisme: les maîtres du désordre / Bertrand Hell . - Paris : Flammarion, cop. 1999.

Hell, B. (8/12) - Le corps du possédé : entre jeu théâtralisé et expérience. I.R.E.M.A Séminaire de recherche des 8et9 décembre 2000 : Sensorialités et addictions.

Schott-Billmann, F., Corps et possession : le vécu corporel des possédés face à la rationalité occidentale / France Schott-Billmann . - Paris : G. Villars, 1977 France.





Imane Adali



Fatima Asri



Fatiha Manoudi



Imane Tazi

La prévalence des addictions chez les patients bipolaires

Auteurs : Adali. I.¹, Asri. F.², Manoudi. F.³, Tazi. I.⁴

Résumé :

Introduction : Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente et la plus préoccupante.

Patients et méthodes : enquête épidémiologique transversale menée auprès d'une population de 60 patients bipolaires euthymiques, dans le but d'évaluer la prévalence des addictions selon les critères DSM IV TR.

Résultats : La majorité des patients addictes était de sexe masculin : 86 %. Leur moyenne d'âge est de 25 ans. La prévalence de la consommation (abus et/ou dépendance) des toxiques dans notre échantillon est de 60 %. La consommation du tabac était la plus prédominante avec 89 %, suivie de l'alcool : 62 % et du cannabis : 42 %. La prévalence de la polyconsommation était de 60 %.

Conclusion : Il ressort de cette étude l'intérêt du repérage précoce et de la prise en charge des addictions chez les patients bipolaire.

Mots-clés : trouble bipolaire, prévalence, addiction, comorbidité, épidémiologie.

Introduction

Dans l'ensemble de la pathologie mentale, le trouble bipolaire est celui pour lequel la comorbidité addictive est la plus fréquente. L'enquête ECA (Epidemiological Catchment Area) a mis en évidence une prévalence vie entière des troubles liés au mésusage des substances (abus et/ou dépendance) de 56,1 % chez les patients bipolaires, contre 16,7 % dans

la population générale [9]. Cette comorbidité addictive a un impact notable sur l'évolution du trouble bipolaire. Elle conduit à une invalidité sévère, à une morbidité et un risque accru de suicide.

Patients et Méthodes

Il s'agit d'une enquête épidémiologique transversale, concernant un échantillon de 60 patients bipolaires.

Un questionnaire élaboré par le service universitaire psychiatrique (C.H.U. Med VI) est subdivisé en trois parties :

- la première partie correspond aux caractéristiques socio-démographiques des patients,
- la seconde partie étudie les caractéristiques de la maladie bipolaire,

1. Psychiatre.

2. Professeur agrégée en psychiatrie.

3. Professeur assistante en psychiatrie.

4. Professeur titulaire en psychiatrie, Chef du service universitaire psychiatrique.

Service Universitaire psychiatrique, Hôpital Ibn Nafis, Équipe de recherche pour la santé mentale, CHU Mohamed VI, MARRAKECH, MAROC.

- la troisième partie caractérise la consommation des différentes substances selon les critères DSM IVR en abus ou dépendance.

L'étude a duré 3 mois entre août et octobre 2009, en consultation au service de psychiatrie du CHU Mohamed VI à Marrakech.

Ont été inclus dans notre étude les patients bipolaires euthymiques. Aucun critère d'exclusion concernant l'âge ou le type de trouble bipolaire.

L'analyse statistique s'est basée sur deux méthodes:

- une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative,
- une analyse bivariée.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est l'EPI info 6.04 d fr. Le seuil de signification a été fixé à 5 %.

Buts de l'étude :

- déterminer la prévalence de la consommation de substances chez les patients bipolaires,
- tracer le profil socio-démographique des patients consommateurs.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques de l'échantillon général

L'âge moyen des patients était de : 29 ans, avec un minimum de 16 ans et un maximum de 52 ans. La tranche d'âge comprise entre 22 et 34 ans était la plus représentée : 55 %. La majorité était de sexe masculin avec 70,4 %, d'origine urbaine dans 80 %. Les deux tiers des patients étaient célibataires : 62 %. Presque la moitié n'avait pas une activité professionnelle (45 %). Le tiers des patients n'était jamais scolarisé, de niveau d'instruction primaire dans 37 %, secondaire dans 20 %, et universitaire dans 13 %.

Des antécédents psychiatriques familiaux ont été notés chez 25 %. Il s'agissait de trouble bipolaire type I chez 15 %, de trouble unipolaire chez 5 % et de trouble panique chez 5 %. Dix pourcent avaient des antécédents judiciaires d'emprisonnement suite à des conduites en état d'ivresse et des bagarres.

Caractéristiques de la maladie bipolaire

Figure 1 : Récapitulatif des caractéristiques de la maladie bipolaire.

	Moyenne	Min	Max
Durée d'évolution	6 ans	1 an	20 ans
Nombre d'accès maniaques	3	1	10
Nombre d'accès dépressifs	1	1	4
Nombre d'accès hypomaniaques	1	1	4

Le trouble bipolaire type I était le plus prédominant chez 85 % et le type II chez 25 %. Des cycles rapides ont été notés chez 20 %. La moyenne de la durée d'évolution de

la maladie bipolaire était de 6 ans, avec un minimum de 1 an et un maximum de 20 ans. La moyenne du nombre d'accès maniaques était de 3, des accès hypomaniaques et dépressifs étaient de 1.

Étude de la consommation des toxiques

La prévalence de la consommation (abus et/ou dépendance)

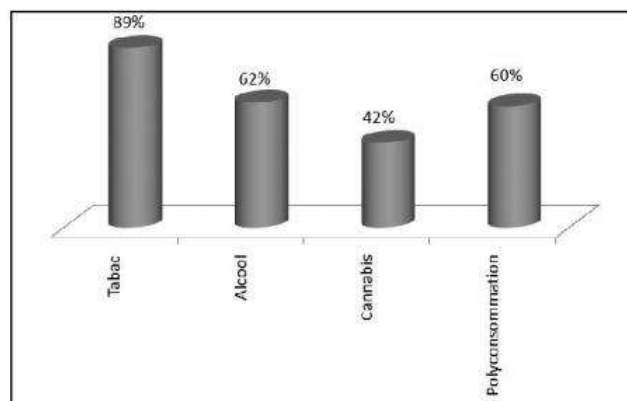


Figure 2 : Prévalence de la consommation des toxiques.

des toxiques dans notre échantillon est de 60 %. La consommation du tabac était la plus prédominante avec 89 %, suivie de l'alcool : 62 % et du cannabis : 42 %. La prévalence de la polyconsommation était de 60 %.

La prévalence de l'abus à l'alcool est de 65 %, tandis que la dépendance à l'alcool est estimée à 35 %.

Plus des deux tiers des patients avaient une dépendance au cannabis, et 37 % avaient un abus au cannabis.

La majorité des patients était dépendante au tabac : 80 %, tandis que l'abus à cette substance était estimé à 20 %.

Analyse bivariée

Addiction et âge

La moyenne d'âge des patients bipolaires usagers de toxiques est de 25 ans, avec un minimum de 16 ans et un maximum de 48 ans.

- **Addiction à l'alcool et âge** : plus de la moitié des patients dépendants à l'alcool était de tranche d'âge entre 34 et 48 ans, alors que la majorité des abuseurs d'alcool était de tranche d'âge entre 16 et 34 ans.

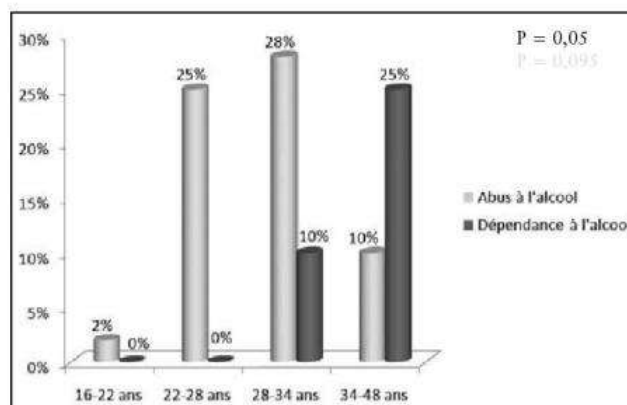


Figure 3 : Consommation de l'alcool en fonction des tranches d'âge.

- **Addiction au cannabis et âge** : les deux tiers des dépendants au cannabis étaient de tranche d'âge entre 28 et 48 ans. Tandis que la majorité des patients ayant un abus au cannabis était de tranche d'âge entre 16 et 34 ans.

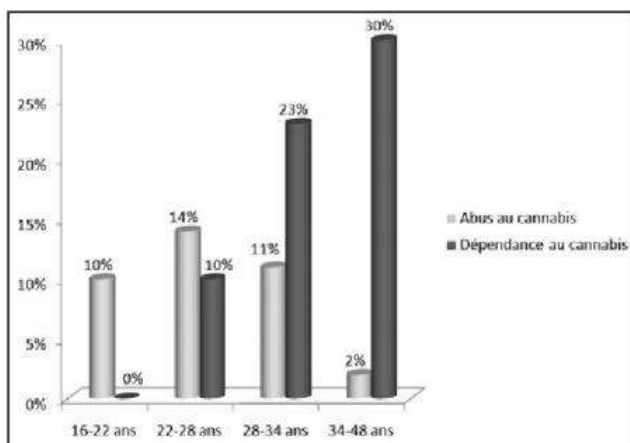


Figure 4 : Consommation du cannabis en fonction des tranches d'âge.

- **Addiction au tabac et âge** : la majorité des patients ayant une dépendance ou un abus au tabac était de tranche d'âge entre 28 et 48 ans.

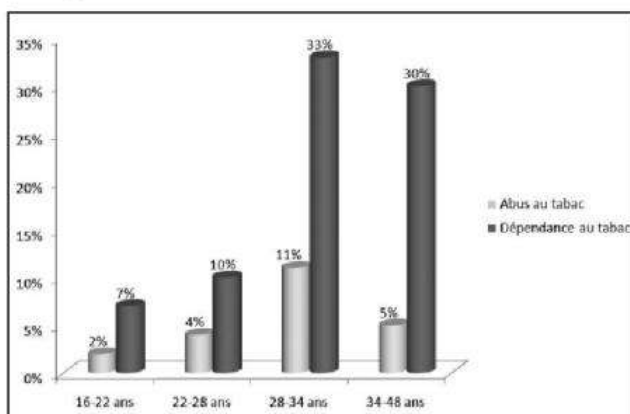


Figure 5 : Consommation du tabac en fonction des tranches d'âge.

Addiction et sexe

la majorité des patients addicts était de sexe masculin : 86 %, alors que 14 % des femmes seulement avaient une addiction ; $p=0,04$. Les patientes bipolaire usagères de substance avaient :

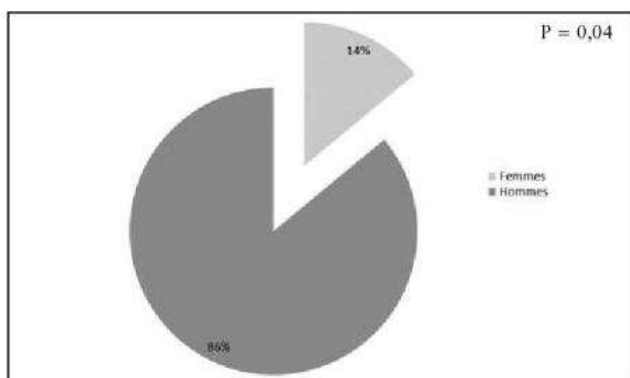


Figure 6 : Consommation des toxiques selon le sexe.

- une dépendance au tabac : 60 %,
- un abus au cannabis : 13 %,
- un abus d'alcool : 27 %,
- une polyconsommation : 70 %.

Addiction et antécédents judiciaires

Chez 24 % des patients ayant une addiction, des antécédents judiciaires d'emprisonnement pour violence et conduite en état d'ivresse ont été notés.

Addiction et caractéristiques de la maladie bipolaire

Tous les patients consommateurs de toxiques sont suivis pour un Trouble Bipolaire type I, la moyenne du nombre d'hospitalisation de ces patients pour rechute est de 3, avec un minimum de 3 et un maximum de 19.

Discussion

Généralités

La comorbidité addiction-pathologie psychiatrique ou « double diagnostic » dans la psychiatrie Nord Américaine est définie par l'OMS en 1995 comme « la co-occurrence, chez un même individu, d'un trouble lié à la consommation d'une substance psychoactive et d'un autre trouble psychiatrique ».

L'addiction se caractérise par : l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite de ce comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. Il existe deux types d'addictions : comportementales et aux produits [7]. L'addiction aux produits se traduit par l'usage nocif (abus) et la dépendance.

Notre étude s'est axée essentiellement sur les addictions aux produits.

Étiopathogénie de la comorbidité addiction-trouble bipolaire [5]

Les addictions sont la résultante d'une interaction entre des facteurs de risque liés au produit, à l'environnement et à l'individu.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer cette comorbidité, mais aucune n'est validée :

- **L'addiction comme symptôme bipolaire** : Il existe des similitudes cliniques entre les deux troubles : dans le trouble bipolaire comme dans l'addiction, les patients font tout en excès.
- **L'addiction comme automédication**.
- **L'addiction provoque le trouble bipolaire** : on retrouve en effet des effets thymiques francs et un début plus précoce du trouble bipolaire en cas d'addiction aux substances.
- **L'existence de facteurs de risques communs pour l'addiction et le trouble bipolaire** : en faveur de cette hypothèse, on constate que les bipolaires avec addiction ont plus d'antécédents familiaux d'addiction, et que ces deux troubles obéissent à un modèle de stress/vulnérabilité commun.



Comparaison de nos résultats avec d'autres études

La fréquence de la comorbidité Addictions-Troubles psychiatriques est importante ; les grandes études épidémiologiques ECA (1997) [9] ont rapporté une prévalence sur la vie des troubles mentaux de 38 à 51 % chez les patients ayant un diagnostic « life-time » de trouble addictif.

Quant à l'étude NCS (2003) [8], elle a objectivé que 50 % des sujets ayant un trouble psychiatrique « vie entière » ont un trouble addictif « vie entière ».

Comparaison de la prévalence de l'addiction

Il existe une comorbidité massive entre trouble bipolaire et addiction estimée à 40 % par Albanese et coll dans une étude récente en 2006 [1]. Notre prévalence (60 %) est supérieure à cette étude.

L'étude NESARC montre que les sujets bipolaires sont beaucoup plus à risque de dépendance à des substances que d'abus. Dans notre étude, et de façon très schématique, la prévalence de la dépendance était plus importante que celle de l'abus.

Comparaison de la prévalence de l'addiction à l'alcool

Parmi toutes les substances, l'alcool est le plus utilisé par les patients bipolaires et le plus relaté dans les études épidémiologiques.

L'Epidemiological Catchment Area (ECA) retrouve, parmi les patients bipolaires, 43,6 % présentant un trouble addictif à l'alcool, dont 27,6 % de dépendance, et 16,1 % abus (vs 13,5 % de trouble, 7,9 % de dépendance, et 5,6 % d'abus dans la population générale).

La National Comorbidity Survey (1997) retrouve 40,5 % de dépendance et 17,4 % abus.

L'étude NESARC (2005), particulièrement remarquable, retrouve quant à elle 58 % de trouble addictif lié à l'alcool chez les bipolaires, dont 40,5 % de dépendance et 17,4 % d'abus [6].

Notre prévalence concernant l'addiction à l'alcool rejoint celle de l'étude NESARC (58 %). Quant à nos résultats concernant la dépendance à l'alcool, ils rejoignent celles de l'étude ECA, NCS et NESARC.

Comparaison de la prévalence de l'addiction aux autres substances

Dans la grande étude naturaliste de Zurich, les patients bipolaires présentent, par rapport aux sujets contrôles, des consommations significativement supérieures de tabac (48,7 % vs 33,9 %), d'alcool (23,1 % vs 7,6 %) et de cannabis (19,7 % vs 7,8 %) [2].

Nos résultats sont supérieurs à cette étude.

Influence de l'addiction aux substances sur le cours évolutif de la maladie bipolaire

La plupart des travaux récents observent, dans le cas de la comorbidité, un nombre accru d'hospitalisations des patients, essentiellement pour les épisodes de manie, des taux plus élevés de manie dysphorique, de cycles rapides, de suicides, de non-adhésion aux traitements.

Par ailleurs, il en résulte une utilisation et un recours plus important au système de soins en général et une moindre réponse aux traitements, marquée par un temps plus long pour la rémission clinique. Les patients bipolaires présentant une addiction guérissent moins vite d'un premier épisode maniaque et le tableau est alors souvent marqué par une

labilité émotionnelle accrue et des troubles du comportement à type d'impulsivité et de violences [10].

Dans notre étude, on a noté chez 24 % des patients ayant une addiction, des antécédents judiciaires d'emprisonnement pour violence et conduite en état d'ivresse ont été notés. En outre, les patients bipolaires avaient un nombre d'hospitalisation pour des rechutes élevé.

Prise en charge

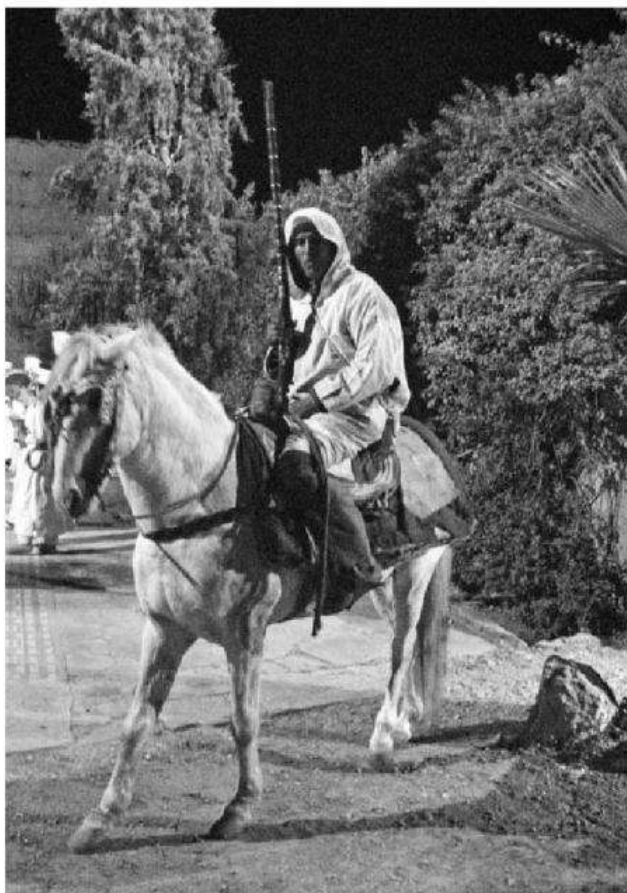
La prise en charge de cette comorbidité repose sur un accompagnement psychothérapique, sociothérapique et chimiothérapique. Elle pose de nombreux problèmes dans la pratique clinique. En effet, les comorbidités sont plus difficiles à diagnostiquer, ont une moins bonne réponse au traitement et nécessitent des traitements plus lourds et plus complexes [3], [4].

Conclusion

La comorbidité addictive est l'une des comorbidités les plus fréquentes et les plus inquiétantes au cours du trouble bipolaire. La majorité des études épidémiologiques se sont axées à l'étude de la comorbidité avec l'alcool.

Certains points importants sont à retenir :

- **Rechercher systématiquement** chez les patients bipolaires, en période euthymique l'existence de comorbidités addictives.



Guerrier de Marrakech montant la garde.

- Les troubles bipolaires surviennent de façon **fréquemment comorbide** à l'abus ou/et à la dépendance à l'alcool.
- La **survenue d'une comorbidité au cours d'un trouble bipolaire modifie l'expression symptomatique** de la maladie et affecte de façon péjorative son évolution,
- Intérêt du **repérage précoce et de la prise en charge** des addictions chez les patients bipolaire.

Bibliographie

1. Albanese MJ, Clodfelter RC Jr, Pardo TB et al. « Under-diagnosis of bipolar disorder in men with substance use disorder ». *J Psychiatr Pract*. Vol : 12 (2), Mar 2006. p : 124-7.
2. ANGST J. « The Emerging Epidemiology of Hypomania and Bipolar II Disorder ». *J Affect Disord*. Vol : 50, 1998, p : 143-51.
3. Frye MA, Salloum IM. « Bipolar disorder and comorbid alcoholism : prevalence rate and treatment considerations ». *Bipolar Disord*. Vol : 8 (6), 2006 Dec, p : 677-85.
4. Georges Brousse, Ricardo P. Garay, Amine Benyamina. « Prise en charge de la comorbidité du trouble bipolaire avec l'alcoolodépendance ». *Psychiatrie/Médecine des addictions*.
5. Gorwood P. « Comorbidité addictive des troubles bipolaires ». *L'Encéphale*, Supplément 4, 2008, S138-S142.
6. Hasin DS, Stinson FS, Ogburn E et al. « Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM IV alcohol abuse and dependence in the United States : results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions ». *Arch Gen Psychiatry*, Vol : 64 (7), 2007 Jul, p : 830-42.
7. KAHN J.-P. « Comorbidités et troubles bipolaires ». *L'Encéphale*, Vol : 32, cahier 2, 2006, p : 511-4.
8. Kessler RC, Crum RM, Warner LA et al. « Lifetime co-occurrence of DSM III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey ». *Arch Gen Psychiatry*, Vol : 54 (4), 1997 Apr, p : 313-21.
9. Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study ». *JAMA*, Vol : 264 (19), 1990 Nov, p : 2511-8.
10. Vieta E, Colom F, Corbella B et al. « Clinical correlates of psychiatric comorbidity in bipolar I patients ». *Bipolar Disord*. Vol : 3 (5), 2001 Oct, p : 253-8.



Faten Ellouze

Psychose nuptiale et culture

Auteurs : Ellouze F. ¹, Cherif W. ², Ben Abla T. ³,
Amri H. ⁴, M'rad M.F. ⁵

Résumé

Le mariage nécessite une adaptation à de nouvelles conditions, il entraîne un changement important dans la vie de chaque individu et constitue donc un facteur stressant à plusieurs niveaux. Le mariage peut donc de ce fait favoriser chez certains sujets vulnérables l'éclosion d'une psychose.

Dans cette étude de cas, nous nous sommes intéressés à la place des rituels et coutumes locales dans l'aménagement de l'angoisse psychotique.

Il s'avère à travers notre cas clinique que ces facteurs culturels interviennent à différentes étapes : d'abord en précipitant dans certains cas la psychose. Ils peuvent ensuite donner une connotation culturelle au tableau clinique ou enfin agir sur le pronostic puisque impliqués directement dans la prise en charge thérapeutique.

Mots-clés : Culture, Événements de vie, Mariage, Troubles psychotiques.

Summary

Psychosis, marriage and culture

The marriage requires adaptation to new conditions and causes an important individual's life change. Thus the marriage is a stressful event. It can precipitate psychosis in some cases of vulnerable persons. In this study, we put a stress on some local customs which can interfere on psychosis.

In our report these local customs act at different steps : first they can precipitate psychosis, second they can change clinical symptoms and finally they can delay psychiatric treatment.

Key words : Culture, Life events, Marriage, Psychosis disorders.

Introduction

L'approche sociologique des maladies mentales admet l'existence de corrélations entre certains faits sociaux et certains types de maladies Chanoit PF 1995 (4). Selon certains auteurs, la fréquence des réactions psychotiques aiguës est liée à des facteurs socio-culturels Samuel Lajeunesse B 1994, Toussinant M 1992 (11,12). Le mariage est un événement stressant de la vie. Le degré de stress attribué au mariage dans l'échelle d'ajustement de Homs et Rahé est de 50 Ferreri M 1987 (6).

Le mariage suppose en effet une adaptation à une nouvelle vie et à de nouvelles conditions, il entraîne aussi un changement important. Le partenaire est investi de manière prépondérante Eiguer A 1998, Maury G 1977(3,9).

En plus de ces aspects communs, il existe des aspects particuliers à notre culture qui rendent le mariage encore plus stressant Dalens P 1982 (5) :

- le mariage est la garantie de l'intégration de l'individu dans la société, de son accès au statut d'adulte responsable. Dans notre milieu, le trousseau de la future épouse est préparé dès son enfance, certains mariages sont arrangés dès la naissance...,
- le mariage revêt une importance capitale dans la vie de l'individu et de son entourage. On apprend aux enfants qu'il s'agit d'un passage obligatoire de la vie. Les parents le souhaitent à leurs enfants. Les festivités du mariage « henné », « outia »... s'étalent sur des jours et des nuits, avec nourritures et boissons à volonté,

1. Assistante en psychiatrie

2. Résidente en psychiatrie

3. Maître de conférence agrégée en psychiatrie

4. Psychologue

5. Professeur en psychiatrie

Service Psychiatrique Ibn Jazzar Hopital Razi Manouba Tunisie

E mail :ellouze_faten@yahoo.fr

- le mariage est l'occasion de valider la virilité de l'homme et la virginité de la femme Haffani F 1985 (8),
- enfin, le mariage conduit à des dépenses multiples. Il est parfois à l'origine de désaccord entre les familles concernant ses conditions de déroulement.

La psychose nuptiale est un trouble psychotique aigu précédant ou survenant au décours du mariage. Dans l'étude de Mechri A et al 2000 (10), les auteurs ont considéré un délai inférieur à un mois entre le mariage et l'éclosion du trouble.

Il s'agit d'une pathologie à prédominance masculine Fisch RZ 1992 (7) (sex ratio 3), elle touche le sujet jeune en moyenne 26 ans pour l'homme et 21 ans pour la femme, de niveaux socio-économiques faibles et pour la plus part sans antécédents pathologiques.

Les troubles sont souvent d'installation brutale, en majorité lors de la 1^{ère} semaine du mariage, avec une moyenne de 3 à 4 jour en post nuptiale.

Des tableaux cliniques variés ont été notés : essentiellement un syndrome délirant à connotation culturel (persécution, ensorcellement, mystique). Des troubles psychomoteurs le plus souvent dans le sens de l'agitation, des troubles confusionnels et des troubles de l'humeur le plus souvent dans le sens de l'exaltation sont aussi retrouvés.

Les diagnostics les plus fréquents sont ceux de troubles schizofréniformes, de troubles psychotiques brefs, d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

Les facteurs déclenchants sont en rapport avec le mariage et ses conditions. Il s'agit pour les hommes soit d'un doute sur la virginité de leur épouse, soit d'un problème sexuel consécutif au stress de la confirmation de cette virginité. Pour les femmes c'est la crainte d'être découverte déflorées Mechri A et al 2000 (10).

D'autres facteurs sont aussi retrouvés toujours en rapport avec le mariage tels qu'un mariage précipité et/ou non désiré, des difficultés matérielles ou des conflits avec la belle-famille.

Les patients répondent généralement bien aux neuroleptiques essentiellement l'haloperidol.

L'évolution est favorable à court terme avec sédation des symptômes en moyenne en moins d'un mois. A long terme, l'épisode peut être sans lendemain dans la moitié des cas, mais une récurrence maniaque peut se voir à la suite d'une puerpéralité. L'évolution vers une schizophrénie est aussi possible Mechri A et al 2000 (10).

Le problème posé par ce type de psychose est la résistance à l'hospitalisation en milieu psychiatrique. En effet, une majorité de patients fait un passage par le tradithérapeute qui explique souvent le trouble par l'ensorcellement.

L'impact social de l'hospitalisation reste lourd en terme de stigmatisation, mais aussi en terme d'avenir du jeune couple.

On se propose d'illustrer nos propos par un cas clinique.

Cas clinique

Raja est une jeune femme âgée de 20 ans, sans antécédents pathologiques qui est hospitalisée lors de son 27^e jour de mariage, pour une symptomatologie qui évolue depuis le 2^e jour faite d'insomnie, de logorrhée, de labilité émotionnelle, de dépenses multiples, de déshinhibition, d'hallucinations auditives et visuelles et d'idées d'ensorcellement à l'encontre de sa belle-mère.

Raja vit dans une famille conservatrice, elle a été fiancée à l'âge de 15 ans à un cousin de 2^e degré, de 5 ans son aîné. Il s'agit d'un mariage d'amour.

Ce mariage prévu au départ dans trois ans a failli être annulé à deux reprises à la suite de conflits entre les deux familles. (La belle-mère et la belle-sœur seraient réticentes à cette union).

La réaction de Raja était de faire deux tentatives de suicide et celle de son fiancé est de s'auto-mutuler. Ce qui a convaincu les deux familles de la nécessité de célébrer sans plus tarder le mariage.

Faute de moyens, (le mari étant journalier et Raja sans profession), il fut décidé que le couple habite chez les beaux-parents.

L'entretien lors de l'hospitalisation

Raja est une jolie jeune femme, sa présentation est soignée, son humeur labile au contact agréable, facile. Son discours est cohérent, spontané, normodébité.

Elle rapporte s'être réveillée à 4h du matin lors de son 2^e jour de mariage pour attaquer le grand ménage. Plus tard, elle a été envahie par une sensation de bien être, de force extrême. Elle s'est mise à chanter et à danser en poussant des youyous. Elle a aussi préparé un repas abondant et en a distribué aux voisins de tout le quartier, elle a aussi rendu visite à ses parents à plusieurs reprises..

Raja est devenue insomniaque, n'arrivait plus à se taire 5 minutes à tel point que sa bouche lui faisait mal. Elle dilapidait tout l'argent que son conjoint mettait de côté.

Son comportement vis-à-vis de son mari s'est aussi modifié, il l'effrayait, son visage se déformait et Raja ne voulait plus que celui-ci s'approche d'elle.

Raja entendait une voix de « Djen » (une sorte de diable), qu'elle voyait aussi ; il essayait de la séduire et lui demandait de l'épouser.

Lors des cérémonies Raja nous rapporte avoir été anorexique, qu'elle présentait des vomissements et que la « henné » ne prenait pas. Elle explique ces faits par un ensorcellement probable. Surtout qu'elle a été parfois seule lors des festivités précédant le mariage et qu'une future mariée doit toujours être protégée du mauvais œil par la présence d'une tierce personne.

Concernant la nuit de nocé, Raja pour qui il s'agissait d'un premier rapport tout comme pour son mari, nous dit qu'elle était déçue, le schéma ne correspondait pas à la description que ses copines lui ont faite.

Les deux époux mis en condition d'examen par la famille,



Du côté des femmes, Sidi Bou Saïd.

qui attendait le résultat dans une pièce voisine ne l'ont pas réussi : Raja a présenté un vaginisme et son mari des troubles de l'érection.

Cet échec a été mis d'abord sur le compte du « tasfilh » procédé qui consiste selon les croyances populaires à faire une incision au regard du genou chez les petites filles afin de préserver leurs virginité jusqu'au mariage selon les croyances populaires. Peu avant la cérémonie, on procède à une deuxième incision qui a pour rôle d'annuler l'effet de la première.

Devant les difficultés du couple et la symptomatologie présentée par Raja, la famille a eu recours au tradithérapeute qui a rattaché en un premier temps le problème à un ensorcellement et a pratiqué un exorcisme. (Cérémonie de danse et de chant et au cours de laquelle le tradithérapeute essaye d'obtenir du démon qu'il quitte le corps de sa victime). C'est le tradithérapeute qui a recommandé à la famille la consultation en milieu psychiatrique devant l'échec de son intervention..

Discussion

Devant ce tableau clinique nous avons porté le diagnostic de psychose nuptiale. En effet, l'éclosion de la psychose a succédé de deux jours au mariage et a duré 27 jours. Le tableau clinique comporte agitation, trouble de l'humeur, délire, hallucinations auditives et visuelles. L'imprégnation culturelle apparaît dans le délire d'ensorcellement et dans

les hallucinations (Djens).

Le diagnostic de possession a été écarté sur certains arguments : le tableau clinique correspondant à un trouble psychotique bref avec participation thymique d'allure maniaque, d'autre part la tradithérapie connue efficace dans les manifestations hystériques (troubles conversion, dissociation...) Ammar S 1984, Bensmail B 1984 (1,2) n'a donné aucun résultat. A aucun moment Raja n'a présenté de perte de connaissance ou n'a montré des signes d'amélioration clinique. Finalement c'est le tradithérapeute lui-même qui recommandé à la famille la consultation en milieu psychiatrique.

Les facteurs déclenchant propres à notre cas cliniques sont multiples, en tête de ceux-ci viennent les difficultés sexuelles, puis les problèmes financiers, les conflit entre les deux belles familles, un mariage reporté à deux reprises puis précipité. Tous ces facteurs ont déjà été soulignés.

Ce cas clinique nous a conduit à émettre quelques réflexions d'ordre psychologique :

le mariage nécessite tout un travail de deuil Maury G. 1977 (9). Il est en effet synonyme de plusieurs pertes essentiellement pour la femme : d'abord la perte de la virginité, mais cette perte est compensée par l'offre d'un soi pur, signifiant honneur et bonne conduite. À cela s'ajoute aussi l'accès au statut de femme et de mère potentielle. Ensuite, la perte d'un statut de célibataire au profil de celui de mariée et par conséquent la perte d'un état d'indépendance, et d'insouciance relative.

Ce travail de deuil est facilité par les conseils prodigués par ceux qui ont passé le cap, mais aussi par le prolongement des festivités...

Pour Raja, ce travail de deuil est défaillant à tous les niveaux, il est d'autant plus défaillant qu'elle est restée seule dans les jours précédant son mariage.

En effet, Raja n'a pas fait le deuil de son célibat, puisqu'elle passait sa journée à faire le va et vient entre sa nouvelle maison et celle parentale ; son mari l'effrayait ; les hallucinations auditives essayaient de la séduire.

Raja vit aussi un déni de la perte de sa virginité : son état d'instabilité, le fait de se lever à 4h du matin sont des moyens pour échapper à son devoir conjugal.

Enfin la danse, le chant et le plat offert aux voisins traduisent une tentative pour se placer avant le mariage et donc de le denier.

Ce tableau maniforme représenterait une défense maniaque contre la dépression. La patiente rapporte elle même sa déception et son désarroi face à son expérience conjugale.

Conclusion

Le mariage peut être à l'origine de l'éclosion de troubles psychiatriques majeurs.

Le tableau clinique comporte essentiellement un syndrome délirant à connotation culturelle. Le diagnostic est souvent un trouble psychotique bref. Les facteurs déclenchant sont

en majorité liés avec un problème sexuel. L'évolution est en générale favorable sous neuroleptiques

Il n'en demeure pas moins que le mariage est un facteur de stress qui met à l'épreuve la question de l'identité sexuelle de chacun des partenaires, comme l'illustre bien la présence de troubles sexuels chez la patiente et son mari.

Le craqué psychotique de notre patiente vient signifier un équilibre précaire dans son organisation narcissique identitaire (féminine).

Elle a puisé dans le socle culturel pour trouver réponses à son angoisse, mais cela était insuffisant et l'hospitalisation en milieu psychiatrique est devenue nécessaire.

Le problème que nous pose ce type de pathologie, malgré une évolution favorable sous neuroleptiques, reste la réticence de ces personnes à la consultation en milieu psychiatrique et l'hospitalisation par crainte d'une stigmatisation ultérieure.

En conclusion, ceci nous invite à une information auprès des jeunes couples pour dédramatiser le recours aux services de soins psychiatriques.

Références

1. Ammar S, Annabi S, Ben Dhia C, Turki J Psychiatrie et traitements traditionnels en Tunisie Psychol méd .1984 ;7 :1199-203
2. Bensmail B. Psychiatrie traditionnelle et pratiques magiques. Psychol Méd 1984 ;7 :1209-12
3. Eiguer A. Clinique psychanalytique du couple. Paris : Dunos ; 1998.
4. Chanoit PF, Lermuzeaux CH. Sociogénèse des troubles mentaux. Encycl. Med. Chir, Psychiatrie 1995 ; 37-876-A-60 : 7p.
5. Dalens P. Impuissance coitale et mariage religieux. Cahiers Sexol Clin 1982 ; 8 : 271-3.
6. Ferreri M, Vacher J, Alby JM. Événements de vie et dépression. Encycl. Med. Chir, Psychiatrie 1987 ; 37-879-A-10 : 10p.
7. Fisch RZ. Psychosis precipitated by marriage : a culture-bound syndrome ? Br J Med Psychol 1992 ; 65 : 385-91.
8. Haffani F, Boulila S, Labbane R. Sexualité et délire. Cahiers Sexol Clin 1985 ; 11 : 329-30.
9. Maury G. Le couple. Paris : Masson ; 1977.
10. Mechri A, Gaha L, khammouma S, Skhiri T, Zaafrane F, Bedoui A. Les psychoses aigue nuptiales :à propos de 16 observations. Encephale 2000 ; 26 : 87-90.
11. Samuel Lajeunesse B, Heim A. Psychoses délirantes Aigues. Encycl Med Chir, Psychiatrie 1994 ; 37-230-A-10 : 9p.
12. Toussinant M. Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques. Paris : PUF « Psychiatrie ouverte » ; 1992.



Du côté des hommes, Sidi Bou Saïd.

Francophonie dans l'Union européenne

C'est un psychiatre anglais d'Exeter qui ouvre le troisième volet de ce numéro consacré à la francophonie. Membre du comité de rédaction francophone de *Psy Cause*, il a été à ce titre sollicité pour donner son avis sur l'éditorial et c'est son point de vue circonstancié que nous avons retenu comme premier article. Alors même que de nombreux universitaires français écrivent directement en Anglais, il nous dit pourquoi il utilise la médiation de la langue française pour s'exprimer dans une revue francophone.

Notre prochain congrès international se déroulera en mai 2010 en République Tchèque, dans la ville natale de Sigmund Freud, Pribor, située au Nord-Est de ce pays au carrefour de la Pologne et de la Slovaquie. Trois rédacteurs tchèques francophones de *Psy Cause* participent à son organisation. L'un d'entre eux exerce la fonction de psychologue clinicien à proximité et est venu récemment en stage au Centre Hospitalier de Montfavet (Avignon) siège de notre revue. Il nous propose un regard extérieur sur cet établissement.

Au total, ces deux textes venus d'auteurs européens dont le Français n'est pas la langue usuelle, sont autant de prises de position qui donnent tout son sens à l'existence de *Psy Cause*.



Sigmund Freud dans son musée de Pribor.



Andrew Blewett

En écho à l'éditorial

Mots-clés : psychiatrie, langue française, médecine factuelle, évolution, système de soins, France, Angleterre.

L'éditorial du N° 58 de « Psy Cause » touche à plusieurs questions qui sont d'une importance indiscutable pour nous tous en Europe, et évidemment surtout pour la psychiatrie francophone, en France, en Europe, en Afrique, ou ailleurs. Le monde est dans une crise inouïe depuis les années trente, et la crise peut provoquer des effets bizarres et dangereux, autant que positifs. Je pense non-seulement aux conditions économiques, mais aussi écologiques et démographiques.

Il me semble que vous soulevez une question de langue, mais c'est aussi un cri du cœur pour la tradition de la pensée française en ce qui concerne l'essor de la conceptualisation de la psychopathologie, que nous avons dans tout le monde « scientifique ». Il est banal d'évoquer l'impact de la Salpêtrière sur ce que vous appelez, je pense correctement, « l'invention de la psychanalyse » ; mais je parle aussi et surtout de la psychopathologie descriptive qui a pris forme avec une méthodologie et une structuration cohérente tout d'abord en France au milieu du dix-neuvième siècle. Le « freudisme » vit peut-être plus dans le discours quotidien francophone que dans la psychiatrie anglophone – je crois parce qu'il parle plus à un certain rationalisme français mais aussi parce qu'il est nourri par les systèmes de consommation de santé particuliers à nos différents pays.

Il est clair que les publications anglophones apparaissent sur une échelle industrielle, que leur force gravitationnelle crée un effet boule de neige. Pourquoi est-il important de soutenir un projet courageux né à Montfavet face à ce maelstroem ? Ce n'est pas à mon avis parce qu'il y a quelque chose de mauvais dans le discours scientifique anglophone : il existe, et de plus il continuera d'exister, mais il est impératif d'adopter un point de vue pluraliste. La psychiatrie

francophone ne doit pas se définir en réaction à sa cousine anglo-saxonne. Peut-on s'offrir la luxe de passer son temps à dénoncer la médecine de base évidentielle en tant que courant intellectuel – important, mais capable de perversion comme toute chose ? Ne faut-il pas mieux développer une autre base d'évidence construite et fondée sur les conditions et les besoins de chaque société, et de chaque système de tradition culturelle ? Pourquoi ne pas ré-inventer le concept d'évidence, l'adopter et le remanier ? Il faut plus que la métaanalyse des études de contrôle randomisé pour imaginer un monde – même si cela facilite les choses.

À mon avis la tâche est de chercher à retrouver avec confiance les points forts de la psychiatrie francophone, de reconceptualiser si nécessaire les contours de la pensée française en ce qui concerne la psychiatrie, de revenir sur son histoire et de lutter pour qu'elle continue à se développer – *en français*. Je pense que c'est dans les structures dans lesquelles nous fonctionnons en tant que thérapeutes, médecins ou autres, que quelque chose d'original reste encore vivant. Nous en Angleterre, et je fais une distinction avec les autres nations en Grande Bretagne, sommes en pleine révolution économique libérale: le marché va tout décider dans le domaine de la santé, semble-t-il ! La logique d'un système de psychiatrie sociale et humaniste qui est notre richesse historique en Angleterre, va céder probablement la place à un autre système qui est bien pour les forts, moins bien pour les plus fragiles. C'est ma crainte en tout cas. Si dans d'autres pays, dans d'autres traditions, les sociétés rejettent la séduction commerciale, en soutenant un autre discours surtout concernant la consommation des soins en psychiatrie, je pense qu'on pourrait rendre service au monde entier. Au fond, la question est une question éthique.

Consultant Psychiatrist

Community Services, Tiverton, and Wonford House Hospital, Exeter;
Gender Clinic, Exeter.



Ivan Galuszka

Regard tchèque sur un stage dans un hôpital psychiatrique français¹

Mots-clés : témoignage, personnel stagiaire, hôpital psychiatrique, étude comparative, système de soins, France, Tchéquie.

J'ai saisi l'opportunité de l'accord du Centre Hospitalier de Montfavet près d'Avignon pour un stage de 10 jours. Chez nous, nous disons « hôpital psychiatrique », en France, on dit « centre hospitalier »; mais quoiqu'il en soit il s'agit d'une « installation hospitalière », c'est à dire que nous avons l'indication que l'on y trouve toutes les installations curatives médicales. Le Centre Hospitalier de Montfavet reçoit des stagiaires avec une large envergure : l'hébergement dans des bungalows est gratuit, la nourriture est offerte dans une salle à manger où l'on peut choisir entre 8 hors d'œuvre et 2 plats principaux accompagnés de différentes garnitures.

L'aire du Centre hospitalier englobe 45 hectares, 30 pavillons et la distance de la porte d'entrée au coin opposé est de 2 km. Les pavillons ont des noms très poétiques tels que Amandier ou Lilas. Nous pouvons ainsi parvenir à des situations gaies. Si je demande où est Mr le docteur..., j'obtiens la réponse: il n'est pas « aux Chênes verts », vous pouvez le trouver aux « Lilas ». Le programme du stage ne s'est pas résumé à l'aire de l'hôpital, puisqu'il s'est déroulé dans différentes villes de la banlieue, et la direction du Centre Hospitalier m'a prêté une voiture mise à ma disposition.

Le système des soins de santé mentale en France est fondé sur le système des secteurs. Toute l'équipe (psychiatre, psychologue, assistante sociale) rencontre ses clients à la fois au centre hospitalier et à la fois pour une autre partie de son temps dans les dispensaires situés dans la proche région. La même équipe garde des clients lors de l'hospitalisation et aussi après la sortie : c'est excellent. La journée de travail commence par « le rituel » – boire du café – avec toute l'équipe ensemble.

Le soin pour des gens atteints de troubles psychiques est fondé en extrahospitalier sur des dispensaires où travaillent psychiatre, psychologue, assistante sociale, une infirmière et aussi sur le réseau des hôpitaux de jour qui sont financés par le budget national. Dans les services du Centre Hospitalier que j'ai visités, y travaillent 4 infirmières pendant le jour. Le programme proposé par ces hôpitaux de jour aux clients est continu jusqu'à 18 ou 19 heures.

Le cadre des infirmières est indépendant des médecins et psychologues, il a sa propre hiérarchie, son système de contrôle. Alors les médecins ont moins de travail en ce qui concerne la direction de l'équipe.

À l'opposé de notre pays où les hôpitaux de jour ne sont pas du ressort de la Santé, les hôpitaux de jour en France ont de l'importance pour la prévention mais aussi pour la thérapie. Par exemple chez des adolescents, l'hôpital de jour est préféré au séjour à l'hôpital. En hôpital de jour, le cadre moyen de santé et ses infirmiers prennent le déjaneur ensemble avec les clients. S'ajoutent médecins, psychologues venant du dispensaire, cela conforte un sentiment d'appartenance. Les hôpitaux de jour proposent une large échelle d'activités sportives, culturelles, une rencontre avec la visagiste. Les clients des endroits éloignés peuvent y être accueillis car ils y sont amenés par le taxi remboursé par le budget social. Le déjaneur dans les hôpitaux de jour est servi gratuitement.

Le système du secteur a aussi ses limites. Par exemple, il existe un grand problème législatif pour créer les conditions permettant aux clients de pouvoir gagner un appoint à côté de la retraite, ce qui serait une grande motivation à l'activation.

Psychologue
Jeseník, Silésie tchèque.

1. Article publié en tchèque en octobre 2009 dans « Jesenický týdeník » – Hebdomadaire de Jeseník.

Dans mon programme en hôpital de jour, j'ai pris part à une activité : la lecture du journal. Dans un groupe, on a lu le journal local (agressivité au stade de foot, danger des inondations) mais on a complètement évité l'anniversaire de la seconde guerre mondiale.

L'équipe n'a pas besoin de construire des projets pour gagner de l'argent.

Mais les clients n'ont pas la possibilité d'accéder à internet au dispensaire ou en hôpital de jour, parce que l'administration est réservée en raison du risque d'abus, du risque judiciaire et des incidences financières. Alors que chez nous dans notre dispensaire, c'est un important moyen de communication, de créer des contacts avec des gens. Internet permet de chercher des amis et de trouver des informations.

La gestion du Centre Hospitalier permet de réaliser le stage destinés aux personnes engagées dans le domaine social ou celui de la Santé à la base du programme présenté. Le système français présente un système curatif de santé mentale financé par l'état qui marche bien au niveau thérapeutique et aussi au niveau préventif. À titre de différences principales, le système français propose beaucoup de suggestions intéres-

santes. J'ai été très intéressé par le programme d'installation des malades chroniques dans des familles d'accueil choisies avec une rémunération de 1,5 smic.

Le système en République Tchèque finit avec le service remboursé par l'état au niveau de dispensaires. L'installation des hopitaux de jour dépend de circonstances favorables : à savoir la rencontre d'un groupe de gens intéressés qui sont capables de formaliser cette pratique dans des projets et les soutenir au Ministre des affaires sociales. Comme exemple de succès je peux mentionner l'hôpital de jour à Jeseník-De-trichov « Zahrada 2000 » (Jardin 2000). La situation est telle que dans certaines régions, ce service existe et qu'il y a de grandes régions où il manque et où les clients qui en auraient besoin restent à la maison. Ce manque accroît la cronicisation des maladies mentales, somatiques aussi, et contribue à une plus grande consommation de médicaments, et à la pire qualité de vie. Dans la République Tchèque on manque de réseaux d'hopitaux de jour, mais nous avons un avantage sur la France : une meilleure flexibilité des projets qui marchent et leur adaptabilité immédiate aux besoins de la région. Chaque dispensaire est différent d'une ville à l'autre.



Hôpital de Jour Modra Laguna, de Jan Cimicky, à Prague.



Place Sigmund Freud, Pribor.

La pomme de Sigmund Freud : quelle est la vérité de la découverte de l'inventeur de la psychanalyse ?

Congrès à Pribor Sous la présidence de Jane Mac Adam Freud

L'idée de ce titre explicité par ce sous-titre, est le « fruit » d'une discussion à Pribor, la ville natale de Freud avec des collègues tchèques. En Moravie du Nord, la pomme est un symbole de fécondité. Dans la culture juive, elle est le fruit désiré et défendu. Dans l'univers de la science, il y a la pomme de Newton à l'origine de la découverte de la gravité universelle. En ce début du XXI^e siècle où la psychanalyse n'a jamais été autant attaquée tout en faisant partie intégrante de la culture dite occidentale, l'équipe rédactionnelle de la revue *Psy Cause* a voulu réunir dans la ville de naissance de Freud des congressistes sur le thème de la vérité et de l'avenir d'une découverte. L'inventeur a été façonné dans un Pays connu pour être un carrefour et un pont entre les cultures : l'actuelle République tchèque.

Plus précisément, il s'agit d'une petite ville avec sa place centrale aux arcades, ses clochers à bulbe autrichien, qui en 1856 abritait une communauté juive germanophone commerçante et cultivée, bâtie sur une terre qui fut au cœur d'un ancien royaume tchèque qui regroupait au Moyen Âge la Bohême, la Moravie et la Silésie. Cette petite ville qui répondait au doux nom de Freiberg, est située à l'extrémité Nord-Est de l'actuelle République tchèque, en Moravie et à quelques kilomètres de la Silésie. Ce n'est qu'en 2006 que la maison natale de Sigmund Freud y est devenue un musée, à l'occasion des 150 ans de la naissance de l'inventeur de la psychanalyse. Et ce n'est que cette année 2010 que la place centrale de cette cité dénommée désormais Pribor, a été rebaptisée « place Sigmund Freud » à l'initiative de

l'association Sigmund Freud qui chaque année y organise un festival folklorique à titre commémoratif.

En mai 2011, il coïncidera avec notre congrès. Aujourd'hui une descendante de Sigmund Freud, Jane Mac Adam Freud, est propriétaire d'une jolie petite maison en cours de restauration située à quelques mètres de la place Freud et présidera nos travaux. Cette ville, comme la région morave du nord, est encore peu fréquentée par les touristes et les structures d'accueil d'un congrès sont limitées : il sera possible aux premiers inscrits de se loger dans le charmant petit hôtel Saint Florian avec ses chambres en alcôve meublées d'antiquités du XIX^e siècle. On y aura réellement le sentiment de dormir « chez Freud ». Plus que dans l'hôtel Freud situé à quelques mètres du musée. Les travaux scientifiques se dérouleront dans la maison de la culture.

Le congrès proprement dit à Pribor se fera sur deux jours, les vendredi et samedi de la dernière semaine de mai 2011. Le festival nous concernera le samedi après-midi. L'un des axes de nos travaux, sera l'universalité de la découverte de l'action du fantasme dans l'inconscient et de ses implications incontournables en psychiatrie, en psychologie et dans le soin aux malades mentaux en général. Nous pourrions ainsi répondre aux tendances théoriques actuelles qui pensent qu'on peut reprogrammer le psychisme sans tenir compte du désir inconscient, du transfert etc... Et que la psychanalyse n'est qu'une extrapolation malhonnête du fantasme personnel de son inventeur.

Voyage d'étude Prague, Pribor, Vienne : du 23 au 31 mai 2011

Nous proposons aussi une version plus longue sur une semaine pour ceux qui auront la chance de disposer d'un peu plus de temps.

Lundi 23 mai 2011 : Arrivée à Prague

Envol de Paris ou Marseille (possibilité à titre exceptionnel d'un départ à la carte d'une autre ville : voir les conditions en terme de prix au cas par cas avec Morgan Tours).

Installation dans une chambre d'hôtel au cœur historique de Prague.

Dîner dans la brasserie emblématique « Art Nouveau » de la Maison Municipale.



La brasserie de la Maison Municipale.

Mardi 24 mai 2011 : Prague de Franz Kafka

Nous découvrirons Prague sur les pas de **Franz Kafka**. Avec la visite du château et du quartier juif, pilotés par la fondation Franz Kafka, nous revisiterons la pensée d'un contemporain de Freud appartenant au même contexte culturel. Une conférence sur l'écrivain se déroulera au sous-sol du local de la fondation non loin de la synagogue, au milieu de sa bibliothèque. Marie José Pahin, psychanalyste marseillaise, nous présentera sa perception d'une œuvre de Kafka en lien avec le thème du congrès de Pribor : « La colonie pénitentiaire ». C'est-à-dire l'aventure d'un gardien de bagné amoureux de son invention : une machine qui inscrit sur le corps du condamné sa sentence sans qu'il ne puisse la lire, avant de l'exécuter. Le commandant du camp ayant été relevé de ses fonctions et le procédé ayant été jugé barbare, il ne restera plus au malheureux bourreau qu'à s'offrir lui-même à sa machine pour en mourir dans une ultime étreinte. À noter que la traduction en langue tchèque de l'œuvre de Kafka vient d'être réalisée par la fondation. Freud, Kafka, une reconnaissance récente de ces deux enfants du Pays, de culture juive et germanophones.

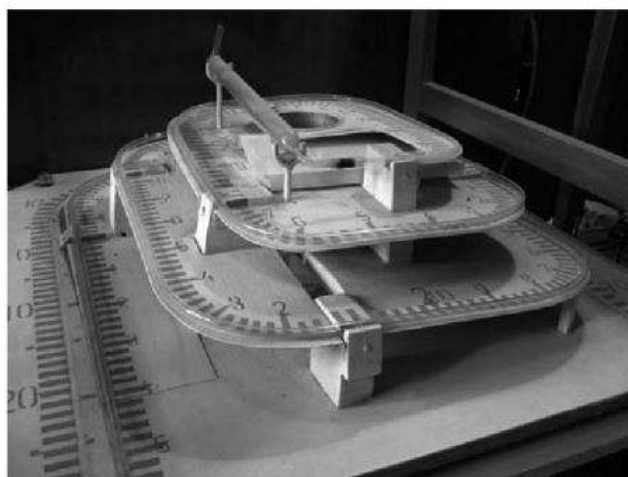


Franz Kafka.

En mai à Prague, c'est le célèbre festival de musique. En option, le soir, sera proposé un concert classique (programme connu en mars 2011).

Mercredi 25 mai 2011 : Hôpital Psychiatrique de Bohnicé, Hôpital de Jour Modra Laguna et soirée littéraire, à Prague

Le temps fort de notre visite à Bohnicé sera une rencontre : celle d'un docteur en psychologie à l'hôpital psychiatrique Bohnicé de Prague, Ales Kolarsky. Il a construit dans un pavillon mis à sa disposition, une machine artisanale avec des tubulures en verre et des graduations peintes sur du contreplaqué pour mesurer l'expansion du pénis en fonction des stimuli. Son laboratoire est en lien avec le service de sexologie qui compte sur lui pour évaluer l'efficacité des traitements mis en œuvre auprès des criminels sexuels qui ont choisi d'y séjourner plutôt que de rester en prison. Cette machine, utilisée sous une forme plus « moderne » au CHU, est une invention tchèque.



L'invention du Dr Kolarsky.

Ensuite nous serons reçus par le psychiatre Jan Cimicky, rédacteur de *Psy Cause* et co-organisateur du séminaire/congrès, dans son Hôpital de Jour « Modra Laguna ». (En République Tchèque les structures de soins extrahospitalières sont privées). Nous le retrouverons le soir dans la bibliothèque de la fondation Kafka, dans le cadre de l'académie de la littérature tchèque. Il nous parlera de son œuvre de romancier et des professeurs francophones de lettres nous présenteront les œuvres littéraires d'autres professionnels

de la psy tchèque. La dimension littéraire est de nos jours très présente chez les psy praguais. Un membre de notre groupe auteur d'une œuvre littéraire pourra aussi la présenter.



Jan Cimicky à Modra Laguna.



À l'accueil de Modra Laguna : les œuvres littéraires de Jan Cimicky.

L'après midi sera libre pour une découverte personnelle du centre de Prague où se trouvent nos hôtels.



Prague à proximité de nos hôtels.

Jeudi 26 mai 2011 : Olomouc, Opava, Pribor

Par bus nous traverserons la Bohême puis la Moravie pour rejoindre la ville natale de Freud : Pribor (Freiberg en 1856 lorsqu'y naquit le petit Sigmund). Olomouc est une ville historique de toute beauté de la Moravie centrale que nous allons prendre le temps de visiter. À noter la colonne de la sainte trinité érigée en 1740 à la fin d'une épidémie de peste, qui est inscrite au patrimoine mondial de l'UNESCO. Cette ville est injustement méconnue des circuits touristiques.

Nous poursuivons notre route en nous arrêtant à Opava dont l'Hôpital Psychiatrique est jumelé avec le Centre Hospitalier de Montfavet et qui entretient des liens privilégiés avec notre revue depuis sa création. Le psychiatre Petr Taraba, rédacteur de *Psy Cause* et co-organisateur du séminaire/congrès, organise une réception en notre honneur dans son établissement.

Nous arriverons le soir à Pribor, située à 30 kilomètres d'Opava. Les 40 premiers inscrits auront le privilège d'y être hébergés et, pourquoi pas, de boire le soir une bière à l'étiquette de Sigmund Freud avec Jane Mac Adam Freud.



Olomouc, la colonne de la sainte trinité.



Un pavillon de l'Hôpital psychiatrique d'Opava.

Vendredi 27 mai 2011 : Congrès de Pribor

À Pribor, nous avons rejoint le jeudi soir ceux qui ont choisi la version courte.

L'ouverture des travaux se fera à 10h30 pour permettre la visite en Français de la maison natale de Freud par petits groupes de 15 personnes. Ivan Galuszka, psychologue, rédacteur de *Psy Cause* et co-organisateur du séminaire/congrès, sera notre guide en ce lieu de mémoire.

L'accueil sur le lieu des conférences et des expositions, à la Maison de la Culture, sera ouvert à partir de 9 heures pour permettre aux congressistes tchèques qui le souhaitent, de s'inscrire sur place.

Deux expositions seront présentées en ce lieu :

- Celle liée au Festival Sigmund Freud, organisée par Mme Supova, présidente de la Société Sigmund Freud : des élèves et étudiants (de 3 à 26 ans) participent à une compétition de dessins et de peintures dont le but est de rappeler la personnalité « du grand compatriote Sigmund Freud ». Cette compétition est dénommée « Mon rêve ». Elle met ainsi l'accent sur l'œuvre maîtresse de l'inventeur de la psychanalyse (*L'interprétation des rêves*). Les œuvres primées seront exposées parmi d'autres documents.
- Celle liée à la présidence de nos travaux par Jane Mac Adam Freud. Arrière petite fille de Sigmund Freud, petite fille du plus jeune fils du grand homme, qui était architecte à Londres et y fit venir son père en 1938, fille du célèbre peintre londonien Lucian Freud, elle est tout naturellement une artiste. Elle exposera certaines de ses sculptures.

Le discours d'ouverture sera prononcé par Jane Mac Adam Freud. Suivront les communications scientifiques jusqu'au samedi midi. Le programme scientifique est en cours

d'élaboration. Il sera disponible en février 2011. Nous faisons bien entendu appel à communication parmi les congressistes. Des interprètes seront présents pour assurer la traduction des communications et des échanges.

Le déjeuner de travail et le dîner se déroulent à Pribor y compris pour ceux qui seront logés à l'extérieur. Des navettes relieront les hôtels éloignés avec le centre ville.



La maison de la naissance du maître.

Samedi 28 mai 2011 : Congrès et festival

Après la clôture de nos travaux à midi, débute le festival organisé chaque année en l'honneur du grand savant. Les ensembles folkloriques de la région se produisent en costumes nationaux. Cette manifestation conviviale favorise une rencontre entre les jeunes artistes qui ont concouru avec les danseurs et chanteurs... et n'en doutons pas, les congressistes seront également concernés.



Maison de Jane Mac Adam Freud à Pribor (à restaurer).

Dimanche 29 mai 2011 : Voyage Pribor-Vienne

Après les deux Journées de Pribor, nous traverserons la Moravie du sud via Kromeritz et Austerlitz, jusqu'à Vienne en Autriche. Nous suivrons ainsi la migration de la famille Freud après que le père, Jacob Freud, ait fait de mauvaises affaires à Pribor.

Lundi 30 mai 2011

Nous visitons l'appartement de Sigmund Freud à la Berggasse, avec un détour par le café Landtmann où Freud allait prendre son café, véritable institution viennoise où nous dégustons une pâtisserie avec le café viennois.

Nous achevons notre séjour avec une flânerie au cœur de la capitale autrichienne sur les traces de Sigmund Freud et de Stéphan Zweig, un ami et admirateur de l'inventeur de la psychanalyse, qui clôturera notre trilogie. En option le soir : un concert à Schönbrunn.



Berggasse : le salon de l'appartement de Freud où se réunissait la société psychologique du mercredi.

Version Pribor seul : du 26 au 29 mai

Pour ceux qui ne disposent que de peu de temps, nous proposons une formule courte : arrivée à Pribor via l'aéroport proche d'Ostrava le jeudi, congrès à Pribor le vendredi et samedi matin, le festival Sigmund Freud le samedi après-midi, retour depuis Ostrava le dimanche.

Partenaires de Psy Cause pour le projet (liste non définitive)

Pour la Tchéquie :

- la section tchèque de la Fédération Internationale Francophone de Psychiatrie,
- les hôpitaux psychiatriques de Prague et d'Opava,
- La Société médicale tchèque,
- l'Académie de la littérature tchèque,
- La Fondation Franz Kafka,
- La Société Sigmund Freud de Pribor.
- Mr le maire de Pribor.

Pour la France :

- Le Centre Hospitalier de Montfavet, (établissement jumelé avec l'hôpital psychiatrique d'Opava),
- l'association d'échanges franco-hongrois Piotr Tchaadaef,
- le laboratoire de clinique psychopathologique et interculturelle de l'université Toulouse II.

Pour la logistique et l'inscription : Morgan Tours, agence spécialisée dans les congrès et séminaires, 71 rue Didot, 75014 Paris. Téléphone 01 45 42 35 38 et 06 15 90 93 15. Dès réception de votre demande écrite, Morgan Tours vous adressera un formulaire d'inscription. L'inscription est aussi possible par téléphone.

Responsable du projet : Christiane Lutz.

Adresses e mail : morgan-toursjanet@wanadoo.fr et ancrages.clutz@gmail.com

Prix :

Voyage d'étude Prague – Pribor – Vienne : 2175 €, supplément chambre single 245 €

Version Pribor seul : 985 €, supplément chambre single 85 €

Arrhes pour réservation : Voyage d'étude : 650 €, Pribor seul : 300 €, à verser à Morgan Tours. Compte tenu des possibilités hôtelières limitées de Pribor, une chambre dans la ville natale de Freud ne sera possible que pour les 40 premiers inscrits.

Vous souhaitez communiquer à Pribor : écrire au Dr Jean-Paul Bossuat à l'adresse de la revue ou par mail à jpbossuat@numericable.fr

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Évrard (Avignon)

Brigitte Manivel (Avignon)

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

■ Administrateur trésorier

Guy du Bois (Roquemaure)

Adjoint : Michel Bayle (Le Paradou)

■ Secrétaires de Rédaction

Webmaster : Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique subsaharienne : Monique Wagner (Boulbon)

Afrique du Nord : Zahia Kissoum (Avignon)

Union Européenne : Jean-Yves Feberey (Pierrefeu du Var)

■ Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers)

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Tatiana Beregovăia (Marseille)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès)

Rachel Bocher (Nantes)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Yves Chmielewski (Avignon)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Myriam Livolant (Luzes)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Valère Nkelzok (Maroua, Cameroun)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Patricia Princet (Fains)

Mila Ramon (Béziers)

Anne Rivet (Avignon)

Claude Aline Rohman (Orléans)

Anne Sarrassat (Nice)

Sophie Sauzade (Réunion)

Dominique Schneider (Strasbourg)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Saskatoon,

Saskatchewan, Canada)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Cotonou, Bénin)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Correspondants

Jeanne Aguila (Marseille)

Ashraf Amin (Toulon)

Michèle Anicet (Avignon)

Joëlle Arduin (Avignon)

Geneviève Ayach (Paris)

Hervé Bokobza (Montpellier)

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

Anny Castel-Guilpart (Arles)

Fabienne Cayol (Laragne)

Jean-Paul Champanier (Grasse)

Jacques Dubuis (Lyon)

Baba Fall (Valence)

René-Louis Fayaud (Thuir)

Olivier Fossard (Avignon)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Bernard Javelot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orler (Cannes)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Jacques Rustan (Toulouse)

Pascal Schindelho (Papeete, Polynésie)

Béatrice Ségalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Dominique Texier (Thonon)

Martin Tindel (Pierrefeu)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Drissa Koné (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

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

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Avignon)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucher (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Daniel Bley (Arles)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Patrick Boyer (Uzès)

Ikrame Brando (Avignon)

Jean-Louis Champot (Aix)

Yves Coquelle (Pierrefeu du Var)

Boris Cyrulnik (Toulon)

Françoise Deraumont (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

Claudine Fuya (Avignon)

Alain Gavaudan (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Carole Mitaine (Antibes)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Régis Polverel (Martigues)

Madeleine Pulcini (Lyon)

Gérard Pupleschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

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 : Auteur (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 : Auteur (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).

**La pomme de Sigmund Freud :
Quelle est la vérité de la découverte
de l'inventeur de la psychanalyse ?**



**Sixième congrès international de Psy Cause
à Příbor, République tchèque**

Sous la présidence de Jane Mac Adam Freud

- Séminaire/congrès Prague, Příbor, Vienne, du 23 au 31 mai 2011
- Congrès de Příbor du 26 au 29 mai 2011
- Festival Sigmund Freud à Příbor le 29 mai 2011