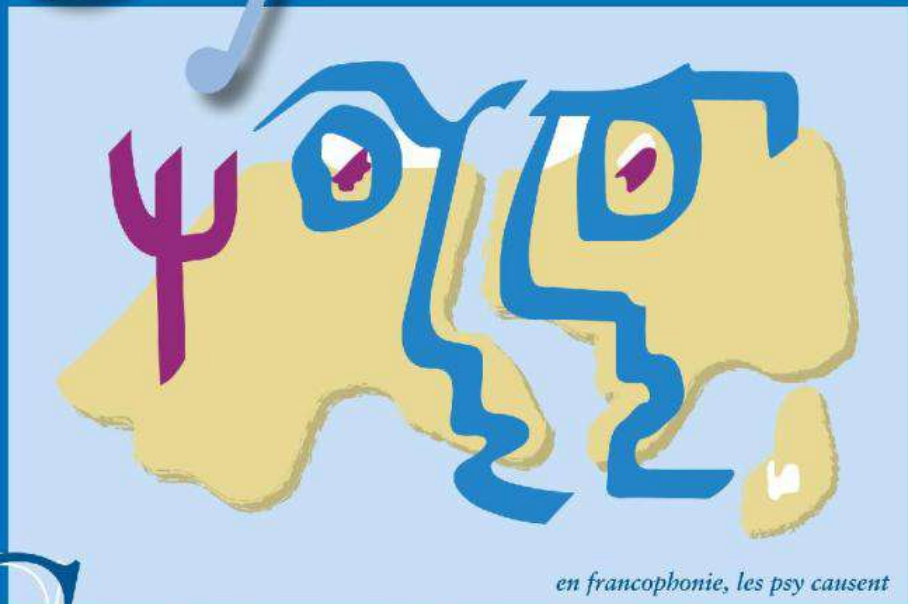


Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Francophonie en Afrique
- Cannabis et schizophrénie, symbolisation dans l'autisme

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Francophonie en Afrique Subsaharienne	3
Sorcellerie en Afrique : le paradigme psychologique des confessions publiques K. Drissa, M. Gbagbo, R. N. Bazare.....	4
La pédopsychiatrie au Niger : résultats d'une première expérience. Etude rétrospective réalisée au service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey de janvier 2008 à décembre 2009 C. Nascimento.....	10
Évaluation de la prévalence de la dépression chez les sujets âgés au Sénégal : étude préliminaire sur une série de 304 sujets avec l'Échelle de Dépression Gériatrique M. H. Thiam, K. Toure, P. L. Faye, F. Ba, I. Ba, S. Seck, M. Coume	16
Étude des troubles du comportement alimentaire par le <i>Bulimic Inven- tory Test Edinburgh</i> au Sénégal M. H. Thiam, P. L. Faye, K. Toure, F. Ba, I. Ba, S. Seck, M. Coume	21
Analyse d'aspects psychosociaux de la résistance thérapeutique d'un schizophrène P. L. Faye, F. Bâ, E. H. M. Bâ, M. H. Thiam, O. Sylla	26
« Les archanges », « Eux aussi sont des enfants ». Séjour au centre Vidjingni Bénin, 4 -18 novembre 2010 Geneviève Badoc.....	30
PsyCause II – Francophonie en Tunisie.....	35
Périnatalité et vulnérabilité à la schizophrénie F. Ellouze, M. F. M'rad	36
PsyCause III – Auteurs français	40
Schizophrénie et cannabis : quel lien? Guylaine Roche-Segura	41
Ces enfants qui ne jouent pas, comment soutenir le processus de symbolisation : intérêt des livres d'enfants Françoise Bérnard.....	47



Hiver en France, printemps au sud de la méditerranée

La psychiatrie française est en plein hiver et notre revue en ressent durement le contrecoup. Plusieurs facteurs se conjuguent pour ralentir en 2011 le rythme de nos parutions. Toute une génération de psychiatres qui ont mis en place la politique de secteur et se sont engagés à la tête de véritables équipes pluridisciplinaires, et qui ont fait *Psy Cause*, partent à la retraite de façon quasi simultanée sans relève assurée. À ce problème démographique médical qui ne concerne pas que les psychiatres, s'ajoute une véritable rupture en matière de politique de santé mentale. Dans le monde hospitalier, on assiste à un éclatement de la notion d'équipe avec des corps professionnels qui se replient chacun sur leur propre hiérarchie et, à défaut d'avoir les moyens d'analyser les phénomènes transférentiels mis en jeu par les patients, font appel au formalisme des protocoles et de la course en avant sécuritaire encouragée par le pouvoir politique et ses relais devenus les vrais patrons de l'hôpital, les administratifs. Quant à nos sponsors naturels, les laboratoires pharmaceutiques, ils sont en France victimes d'un amalgame entre avantages attribués à des médecins et soutien à des initiatives scientifiques. De plus en plus la révolte gronde parmi les professionnels mais l'hiver a encore de nombreux mois devant lui. Cette situation « gelée » n'empêche évidemment pas l'existence d'hommes et de femmes éclairés qui font ce qu'ils peuvent qu'ils soient psychiatres, infirmiers, psychologues etc... sans oublier des administratifs. Notre revue s'efforce d'avoir les moyens de leur donner la parole.

Au sud de la Méditerranée, la situation est inverse. Un puissant mouvement de liberté parti de Tunisie fait chuter les uns après les autres des régimes dictatoriaux et ouvre la porte à l'épanouissement d'une psychiatrie dont le terreau est l'humanisme. Ce mouvement est parti d'une culture arabe dont l'image détestable des tours jumelles de New York et des assassinats au nom de Dieu dans le sahel, n'avait pas permis d'imaginer que sa nombreuse jeunesse allait en bousculer les tabous. Ce qui se passe est tout simplement considérable et fait trembler le monde de l'Afrique subsaharienne jusqu'à la Chine. C'est un mouvement similaire à ce que l'Europe avait connu en 1848 dans lequel la jeunesse de l'époque dénonçait les privilèges d'une noblesse vouée à l'extinction.

Avec ce numéro, notre revue confirme son orientation francophone tant par ses articles que par son équipe rédactionnelle. Le support papier se complète d'une publication des numéros en ligne sur notre site (<http://psycause.fr.st/>) et de textes d'actualité sur notre blog (<http://revuepsycause.blogspot.com/>). La francophonie est d'abord une communauté de convictions et l'interactivité y est essentielle.

Zarzis le 15 juin 2011
Jean Paul Bossuat

*NDRL : tout à fait exceptionnellement, ce N°59 sera le seul de l'année 2011. Par lui, *Psy Cause* continue et la fréquence des parutions sera augmentée en 2012. L'abonnement concerne toujours quatre numéros.*

*Nous remercions nos collègues et rédacteurs tchèques Ian Cimicky, Ivan Galuszka et Petr Taraba pour leur engagement à Prague et à Pribor, ville natale de Sigmund Freud, qui fut déterminant dans la réussite de notre séminaire congrès en mai 2011. Nous y reviendrons dans le prochain numéro de *Psy Cause*.*

Francophonie en Afrique Subsaharienne

Dans ce numéro de l'année 2011, nous ouvrons une fois de plus nos articles avec les contributions de l'Afrique subsaharienne, et tout particulièrement avec un texte ivoirien qui nous a été adressé en pleine guerre civile. Nous espérons l'instauration d'une démocratie où chacun joue le jeu pour le plus grand bénéfice de tous les habitants de ce pays. Koné Drissa est professeur de psychiatrie à Abidjan et membre du comité de rédaction francophone de Psy Cause. Avec deux collaborateurs, il nous présente un travail sur des procès en sorcellerie arrachant des « aveux » alors que cette pratique, dans les temps troublés qu'a connu le pays lors de cette recherche, devenait un enjeu de pouvoir.

Notre second article est, lui aussi, un sujet d'actualité. Corentin Nascimento est pédopsychiatre à l'hôpital national de Niamey au Niger et membre du comité de rédaction francophone de Psy Cause. Il milite à travers son étude pour la création d'un service de pédopsychiatrie distinct de l'actuel service de psychiatrie générale.

Nous achevons ce premier dossier avec trois articles sénégalais. Dakar a longtemps accompli un rôle pionnier dans la psychiatrie africaine francophone. Elle est à présent bien présente dans notre équipe. Mamadou Habib Thiam, Maître de Conférences agrégé nous apporte un travail sur la dépression chez les sujets âgés au Sénégal ainsi qu'une recherche sur les troubles du comportement alimentaire dans son pays. Papa Lamine Faye est psychiatre au CHU de Fann. Il nous livre avec ses collaborateurs, une réflexion sur un cas clinique : celui d'un Mauritanien schizophrène dont la résistance au traitement est liée à une distribution dysfonctionnelle des rôles parentaux.

Jean Paul Bossuat



Lagune de Porto Novo.



Koné Drissa¹



Michel Gbagbo²



Raymond Nébi Bazare³

Sorcellerie en Afrique : le paradigme psychologique des confessions publiques

Résumé

Les auteurs interrogent la nécessité de redéfinir les paradigmes jusque là utilisés dans les recherches portant sur la sorcellerie en Afrique noire. En effet, qu'elles soient sociologiques, ethnologiques ou ethno-psychiatriques, celles-ci ont peu abordé la question des personnes accusées de sorcellerie par leur communauté et avouant une telle pratique lors de confessions publiques. Quel cadre relationnel organise ces aveux ? Ces personnes présentent-elles une psychopathologie ou des caractéristiques psychologiques spécifiques ? Une analyse de cette situation est une étape vers une anthropologie clinique générale. L'article se termine donc en proposant de nouvelles recherches dans ce sens.

Mots Clés : sorcellerie, confessions publiques, paradigmes, psychologie, Afrique

Summary

This article allows to the authors to wonder about the necessity to redefine paradigms to there used in researches concerning sorcery in Black Africa. In effect, that they are sociological, ethnological or ethno-psychiatric, these not much tackled the question of the people accused of sorcery by their community and to confess this kind of method during public confessions. Witch relational context organize these confessions? Are this people endowed a psychopathology or particular psychological characters? An analysis of this situation is a step of a general clinical anthropology. The article ends therefore by offering new researches in this sense.

Key Words : sorcery, public confessions, paradigms, psychology, Africa

Introduction

La question de la sorcellerie occupe au sein de la société ivoirienne une large place. Pour un examen scolaire, des funérailles, une élection ou tout événement important, quelque soit la classe sociale, l'âge et le niveau d'étude, l'interprétation des faits en termes de sorcellerie demeure commune. A la fois invariant culturel et enjeu moderne

de pouvoir et d'intégration sociale, la sorcellerie traduit l'inventivité de nouveaux citoyens qui interprètent l'environnement en s'appuyant sur les pré-requis culturels, de même que l'adaptation de cette pratique aux enjeux nouveaux de la ville.

L'objet de cet article consiste à essayer d'élargir au champ de l'anthropologie clinique générale, l'analyse des données disponibles portant sur la pratique de la sorcellerie en Afrique noire, et plus particulièrement en Côte d'Ivoire. Trois notions fondamentales sont couramment associées aux études sur le sujet : les sciences ésotériques ou sciences occultes, les sociétés secrètes, la matière vivante et / ou les systèmes vivants. Ceci, au double plan des études sociales et anthropologiques. Mais rarement, même dans le cadre des

1. Professeur Titulaire de psychiatrie
UFR Sciences Médicales Abidjan ; e-mail : k.drissa@hotmail.fr

2. Maître-Assistant en Psychologie
UFR Criminologie, Université de Cocody, Abidjan.

3. Docteur en Criminologie, Option Sociologie Criminelle
UFR Criminologie, Université de Cocody, Abidjan.

études ethno-psychiatriques, une importance a été accordée à la psychopathologie ou au profil psychologique des sujets se déclarant sorciers, lors de confessions publiques et acceptés comme tels.

I – La sorcellerie aujourd’hui

Dans la société traditionnelle africaine, aucun événement d’importance n’échappait à une causalité mystique. La mort et/ou la maladie faisaient en permanence (re) surgir les dimensions terrestre et cosmique de la vie, M-C. Adjoua (1988). En médecine traditionnelle existait un système d’analogie entre corps présent et mystique de sorte que l’atteinte du premier témoignait d’une faille dans le second, Michel Galy (1991). La sorcellerie, en tant que manifestation de la puissance magique des chefs, des aînés, semblait légitime dans la mesure où elle restait un instrument dangereux, mais contrôlé, et limité à la sanction des atteintes à l’ordre établi, M. Diop, A. Zempeni, P. Martino et H. Collomb (1964).

Aujourd’hui, malgré la modernisation accélérée du tissu social, ce discours autochtone persiste. Les individus se confrontent dans un univers social compétitif, hostile, et décryptent toute entrave à leur homéostasie sociale par recours aux invariants culturels, C. Vidal (1986). Bien mieux, au plan social, elle tend à devenir, relève M. Augé (1976), un instrument contestataire utilisé par les jeunes pour justifier leur exode rural par peur de l’« envoûtement ».

Si les auteurs insistent sur la prééminence des pratiques mystiques dans la société africaine moderne, P. Petit, (1998) et V. Baeke, (2000), ils analysent surtout ses avatars. La sorcellerie anthropophagique africaine fait ainsi face aux nouvelles exigences des citoyens, M. Dorés (1981), s’impose en dehors des membres de la communauté ethnique habituelle, M. Teixeira, (1998), et se trouve même impliquée dans le domaine des compétitions électorales, J. Tonda, P.-J. Laurent et A. Mary, (2001). Il se produit comme une désacralisation de ces pratiques, ouvertes maintenant à diverses ethnies de la ville, instrumentalisées et marchandisées. Elles deviennent « métissées », A. Mary, (1993). Cela soulève la question du devenir de la pulsion agressive dans la société moderne, (J.-M. Delacroix, 1994).

Cependant, reste que le schème principal du fonctionnement de cette pratique impliquant la croyance en rites pouvant entraîner des dommages sur autrui ou des protections (contre-sorcellerie) a traversé le temps et demeure inchangé. Il survit, entretenu par l’imaginaire collectif même si cela se fait de manière remaniée, Léon Fotzo (1997).

II – La sorcellerie comme objet de recherche

L’existence de la sorcellerie comme objet de recherche en science pose cependant problème. Phénomène non observable, non mesurable, et surtout non répétable, il

relève d’un corpus immatériel mais, qui n’en a pas moins un impact réel sur la vie de citoyens africains, par exemple en médecine (C. Lewertowski, T. Nathan, S. Blanche et al, 1999). Sa pratique reste en tous cas observable – c’est un fait empirique commun – et s’inscrit dans le champ général des sciences occultes. Mieux, celle-ci a un impact social varié, au triple plan criminologique, (A. Mbaisso, 1994), sociohistorique et anthropologique (P. Petit, 1998) et psychologique (P. Fermi, 2003). Un tel impact mérite donc l’attention du chercheur. Plus généralement, la sorcellerie a sa place dans l’édifice scientifique car elle éclaire le rapport entre croyances et régulation de la vie sociale, M. Augé, (1976).

Trois principales approches se distinguent pour tenter de définir notre objet.

Au niveau ethnographique, les études récentes (A. Hausstein, 1997, M. Adam, 2006), issues de l’anthropologie, reprennent l’idée que la sorcellerie appartient au corpus général de la magie ou de la pensée magique qui, comme l’avait montré S. Freud (1913, 2010), traduit la toute puissance des idées. La sorcellerie regroupe donc l’ensemble des croyances de divers peuples en la toute puissance des éléments de la nature, incluant des rites spécifiques (telle que la dendrolâtrie - ensemble de croyances et de cultes rendus aux arbres sacrés en Côte d’Ivoire par exemple). Ces rites permettent d’une part la jonction des deux mondes (terrestre et cosmique) ainsi qu’avec Dieu lui-même, et de l’autre une pratique, qui, comme l’a montré I. Sow (1977), permet la protection ou l’action néfaste contre le « phylum génétique » - l’axe existentiel - de l’homme. Une telle atteinte étant censée pouvoir entraîner divers maux qui frappent par leur gravité : stérilité, handicap physique, maladie mentale ou mort.

Au plan ethno-psychiatrique, la sorcellerie consiste sub-séquemment chez les peuples africains en une représentation culturelle de la vie et de la maladie témoignant de l’extra-causalité des troubles, L. Fotzo, (1997), D. Storper-Perez, (1975), P. Pignarre, T. Nathan et C. Grandsard (2002). Cette représentation sous-entend que l’approche étiologique traditionnelle noire soit généralement dictée par des considérations de prime abord métaphysiques, H. Memel-Fotê et al, (1998). Et elle explique ainsi l’utilité du « principe de complémentarité » de Georges Devereux au cours des soins en milieu transculturel, P. Fermi (2003), D. Pierre (2003).

Il est possible de relever ici deux approches complémentaires. Celle anglo-saxonne, incarnée par Evans-Pritchard E. E., (1965), distinguant entre *sorcery* (magie expérimentale basée sur l’usage d’amulettes) et *witchcraft* (décrivant la possession surnaturelle impliquant des actes involontaires). Et celle francophone, séparant les « bons sorciers » ou « contre sorciers » aux multiples dénominations (guérisseurs, charlatans, sorciers « positifs », voyants...) des sorciers agissant pour nuire. Cette double image se résume ainsi :

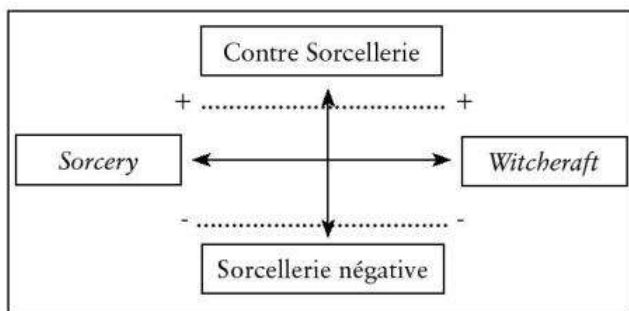


Figure 1 : Double image de la sorcellerie.

Généralement, la doxa entend par sorcellerie (cf. la Sorcellerie négative du schéma 1), cette pratique négative consistant pour un individu initié ou possédé, à participer individuellement ou au sein d'une confrérie, à l'aliénation de la santé mentale et/ ou physique d'autrui, au moyen de pratiques occultes.

Au plan sociologique, on peut, dans le cadre de la théorie interprétative d'ensemble de Marc Augé, (1975 et 1977), tenter aussi de définir la sorcellerie. Cette dernière relèverait d'un ensemble de croyances et de pratiques culturellement partagés portant sur la conviction de l'effet d'un ensemble de rites traditionnels sur le déroulement normal de l'existence de certains individus visés par ces pratiques. Néfaste ou non, en tous les cas contraignante, la sorcellerie s'apparente ainsi à un mode psychologique d'interprétation des vicissitudes sociales et de l'évolution des relations interindividuelles en termes d'agressions / protection dans le cadre familial et/ ou communautaire. C'est donc un mode de connaissance du réel privilégiant, à partir de l'observation de faits avérés (maladies, décès...) des explications de type épi-rationnel et pseudo-logiques et portant sur les rapports de force à l'intérieur des lignages et du village. C'est dire qu'à des faits concrets sont attribués des causes et explications irrationnelles tandis que de telles explications reposent toujours au minimum sur un ensemble de faits rationnels et avérés.

Cette dernière approche, bien définie par N. R. Bazare, (2009), inclue la théorie locale qui aux yeux des populations considérées rend compte des aléas de l'existence, du malheur, des maladies, de la mort, et des phénomènes d'attribution.

III – Le paradigme psychologique

3.1 Théorie interprétative d'ensemble

En acceptant pour principe l'extra-causalité de tout accident social et biologique, et suite à une enquête chez des populations de la basse Côte d'Ivoire, M. Augé, (1976), fait ressortir le fonctionnement « technique » puis social de la sorcellerie. Au premier plan, « Le sorcier, en Basse Côte d'Ivoire, est censé posséder un pouvoir psychique qui lui permet de s'attaquer à autrui. Ce pouvoir, *āwu* alladian, *logbo* ébrié, *esa* avikam gur dida, est celui d'une des « âmes » de la personne, ou, si l'on préfère un autre langage, d'une



des instances psychiques de la personne », (p. 129). Cette référence à la structure psychique implique une « toposisation » ou localisation topographique pré-freudienne « d'instances psychiques », certainement variable selon les cultures, mais dont trois points essentiels ressortent : l'existence d'une âme, (cf. le « phylum génétique » d'I. Sow), celle d'un « pouvoir mystique » impliquant l'adhésion et la croyance de la communauté, et permettant « l'attaque », celle d'une autre âme apparentant au sorcier, spécifique car dotée de ce pouvoir « d'attaque ». (figure 2)

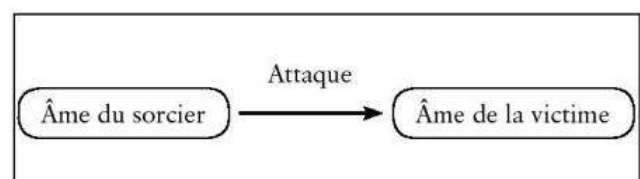


Figure 2 : Processus de l'attaque en sorcellerie.

Cette figure sous-entend l'existence de trois protagonistes qui sont : la victime, le sorcier (nocif) et la communauté. On peut éventuellement y ajouter un quatrième, le contre sorcier, ou sorcier « positif » ou encore guérisseur.

Au second plan – social – cette conception anthropophagique rappelant la « cuisine des sorcières » de N. Jacques-Chaquin, (1992), implique une distinction entre attaque *directe* (opérée par un membre du lignage), et *indirecte* (opérée à la demande d'un tiers). Traditionnellement, l'accusation était alors suivie d'une cérémonie de réconciliation destinée à préserver l'harmonie sociale.

3.2 – Attribution du statut de sorcier

Seul et méprisé, le sorcier était traditionnellement craint et redouté. Aujourd'hui, la compétition sociale aidant, la recherche d'un bouc-émissaire aux « malheurs » semble se développer en empruntant à ce canevas culturel, C. F. Fisiy (1990). En fait, la violence intrafamiliale est générale, et traduit, au plan macrocosmique, une tentative de refonder l'ordre social traditionnel, de retrouver l'adéquation du quotidien avec le monde céleste, R. Bertrand, (2008).

Seulement, le diagnostic constituant une épreuve de force entre individus et groupes, « ... seuls peuvent être effectivement accusés des marginaux ou des isolés qui n'ont qu'une des composantes de la force idéale (la vieillesse mais non la situation sociale par exemple); les autres, ceux que l'on soupçonne mais que l'on n'ose pas accuser, tirent éventuellement du prestige du soupçon qui pèse sur eux. », M. Augé, (1976, p. 133). En conséquence, la recherche de l'harmonie semble désormais s'établir par dichotomisation de l'image du sorcier ; la bonne – prestigieuse – servant tant de modèle que les intérêts du protecteur faussement admiré, tandis que la négative – induisant le sens donné au mot sorcier aujourd'hui – justifiant aussi bien les accidents sociaux survenus qu'une exclusion sociale parfois extrême de la personne indexée. C'est donc en définitive, à une scotomisation de l'image du sorcier négatif à laquelle nous assistons, sous l'effet des contraintes sociales.

Quant à cette accusation orientée, elle relève de deux sources : la population, (le cercueil « désignant » le coupable) et le charlatanisme (un exorciste, devin, voyant ou sorcier positif le démasque). Mais comme le note D. Signer,



(1999), cette « qualité » de sorcier relève en fait d'une extrapolation par la communauté sur la base de savoirs empiriques antérieurs sur le comportement de l'individu ou de ses ascendants.

Il en découle que mettre en relation les approches sociales de M. Auger et celles de l'attribution de H. Tajfel, (1972), permet d'une part d'insister sur l'importance de l'expérience sociale et des croyances comme déterminant de l'attitude de marginalisation voire d'exclusion, et d'autre part, dans une perspective phénoménologique (le sens des faits étant déterminé par les acteurs du contexte), de parler de processus de catégorisation.

Cependant, qu'en est-il alors du processus d'auto-attribution ou d'auto-catégorisation ? A partir de quoi - l'expérience, le savoir du sens commun, le jugement des autres – se forme-t-il ? Pour retourner à la personne s'accusant de sorcellerie, y'a-t-il des règles et/ou des contraintes internes et externes prédestinant à cette production ?

2.3 – Les aveux de sorcellerie lors de confessions publiques

L'auto-accusation pose en réalité le problème de la preuve, et donc de l'aveu. Le juge à la période coloniale avait déjà tenté de judiciaireiser certains comportements relevant de la morale et du religieux ; c'est dans cette trame que le législateur africain va vouloir transposer dans le droit positif africain les pratiques relevant de la sorcellerie, P. Ogo Seck, (2003). L'embarras des magistrats relève de leur mauvaise appréciation, en principe, des affaires surnaturelles, E. De Rosny, (2005). C'est pourquoi quand survient « l'aveu », c'est le trouble de l'ordre public¹ qui est retenu par le magistrat : la mise en détention du « coupable » permettant de lui sauver la vie et de ramener l'ordre.

Ainsi, Monsieur K, battu par les jeunes d'un village de Divo, [Grobiassoumé] se confesse : « Souvent, au lieu de tuer, on prend la chance des gens pour la donner à d'autres ou pour la mettre dans un canari... Pour tuer, c'est sur programme. Tant qu'on ne t'a pas encore programmé tu peux vivre à l'aise. Mais si tu es programmé, tant qu'on ne t'as pas encore eu, on te cherche toujours ».

Cet aveu, seul moyen d'obtenir la preuve, soulève cependant, du strict point de vue du droit, le problème de sa validité et de sa scientificité. Soumettre en effet un individu à la question, de surcroît par un agent non assermenté, invalide non seulement cet aveu, extorqué sous la pression et la contrainte (conditions émotionnelles particulières : deuil, maladie, situations originales), mais relève en plus

1. L'article 205 du Code Pénal Ivoirien stipule que : « Est puni d'un emprisonnement de 1 à 5 ans et d'une amende de 500 000 F à 1 000 000 F quiconque se livre à des pratiques de charlatanisme, sorcellerie ou magie susceptibles de troubler l'ordre public et porter atteintes aux personnes et aux biens. ». Le magistrat statue donc sur les conséquences (réelles ou possibles) de l'acte, et non sur l'acte lui-même, immatériel par nature. En cela, le juge accède à la volonté populaire de condamner un individu, pour espérer un retour au calme, bien que ne trouvant rien à lui reprocher.

de « l'infraction putative », n'existant que dans l'esprit de celui qui le fait.

Bien mieux, au plan psychologique, comment distinguer ces dires de l'auto-confession, voire de l'affabulation suite aux pressions exercées sur l'individu ? Le confessé lui-même n'aurait-il rien de particulier ? Que penser par exemple de l'état de santé mentale de la Mme D. – de Divo – qui nous déclare : « Je suis née sorcière... On transforme les gens en animaux et on les mange » ?

En fait, si le double processus d'accusation et d'aveu conduit d'une part à une tentative d'appropriation de la variabilité culturelle par la norme que constitue le Droit, et d'autre part, à une validation du modèle théorique d'ensemble de M. Augé, (Ibid.), une question pendante semble inexplorée : l'état psychologique des sujets faisant les aveux de sorcellerie lors de confessions publiques. En dehors de certains caractères sociaux probants (handicap, exclusion sociale, jeune âge, âge très avancé, comportements irrévérencieux, bénéficiaires supposés du malheur arrivé à autrui...) sur lesquels s'entendent les auteurs, M. Augé,

(Ibid.), N. R. Bazare, (Ibid.), C. F. Fisiy, (Ibid.), E. Le Roy, (1997), A. Cimpric, (2008), ces personnes avouant pratiquer la sorcellerie peuvent-elles être porteuses de particularités psychologiques ?

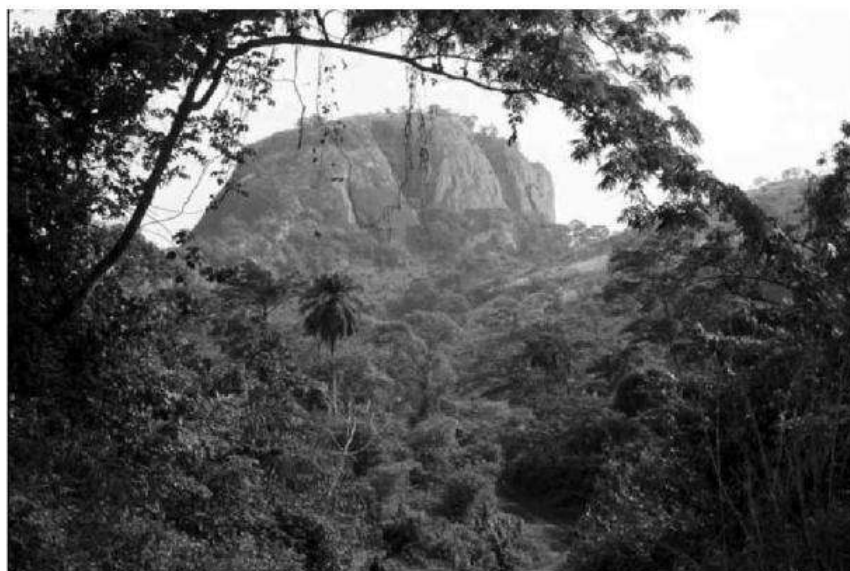
Conclusion

La sorcellerie, en tant que croyance, constitue bien un objet d'étude. Elle demeure un invariant culturel privilégié utilisé par les membres des diverses communautés ivoiriennes dans l'appréciation des aléas de l'existence. C'est la communauté, comme pour la maladie, qui reconnaît le statut de sorcier à un individu. Très souvent, ce dernier se confesse, à la suite de pressions, comme étant bien sorcier. Cette confession peut même l'amener en prison, en vertu de l'article 205 du code pénal ivoirien portant sur la préservation de l'ordre public. Toutefois, la question de la recherche de caractéristiques psychologiques spécifiques chez ces sujets, comme étape vers une anthropologie clinique générale reste posée. De nouvelles recherches – *in situ* – s'avèrent dès lors nécessaires.

References

- Adam M. : « Nouvelles considérations dubitatives : sur la théorie de la magie et de la sorcellerie en Afrique noire. », *Homme*, vol. 177-78, 2006, pp. 279-302.
- Adjoua M-C. : *Discours des jeunes : folie d'hier et d'aujourd'hui, thèse de Doctorat 3^{ème} Cycle*, Tome 1, Toulouse, Université de Toulouse- Le Mirail, 1988, 383 p.
- Augé M. : *Théorie des pouvoirs et idéologie. Étude de cas en Côte d'Ivoire*, Paris, Hermann, Collection Savoir, 1975, 439 p.
- Augé M. : « Savoir voir et savoir vivre : les croyances à la sorcellerie en Côte d'Ivoire. » : *Africa IAI*, Vol. 46, n°2, 1976, pp. 128-135.
- Augé M. : *Pouvoirs de vie, pouvoirs de mort. Introduction à une anthropologie de la répression*, Paris, Flammarion, 1977, 216 p.
- Baeke V. : « L'espace des hommes, des génies et des défunts chez les Wuli (Mfumte du Cameroun occidental). », *Civilisations*, vol. 47, n° 1-2, 2000, pp. 165-192.
- Bazare R.N. : *La criminalité liée aux pratiques de sorcellerie dans la Région de Divo (RCI)*, Doctorat Unique en Criminologie, Université de Cocody, Abidjan, UFR Criminologie, 2009, 156 p.
- Bertrand R. : « Politiques du moment colonial. Historicités indigènes et rapports vernaculaires au politique en « situation coloniale », *Questions de Recherche / Research in Question*, N° 26 – Centre d'études et de recherches internationales, Sciences Po, Octobre 2008, 49 p, en ligne, URL : <http://www.ceri-sciences-po.org/publica/question/qdr26.pdf>, page consultée le 6 mars 2011.
- Cimpric A. : « Sorcellerie et justice en République centrafricaine, Introduction aux thèmes du colloque », *Colloque de Bangui - 1^{er} et 2 août 2008*, consulté en ligne le dimanche 06 mars 2011, URL : http://recaa.mmsh.univ-aix.fr/site_Bangui/3.CIMPRIC08.html
- Dacher M. et Storper-Perez D. : « La folie colonisée », *Cahiers d'études africaines*, vol. 15, n° 58, 1975, p. 344.
- Delacroix J.-M. : *Gestalt-thérapie, culture africaine, changement. Du Père-Ancêtre au Fils Créateur*, Paris, l'Harmattan, Collection Psycho-Logiques, 1994, 268 p.
- Diop M., Zempleni A., Martino P. Collomb H. : « Signification et valeur de la persécution dans les cultures Africaines », *Congrès de psychiatrie et neurologie de langue Française, 62^{ème} session, Comptes rendus*, tome I, Paris, 1964, pp 333-343.
- Dores M. : *La femme-village : maladies mentales et guérisseurs en Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1981, 215 p.
- Ellis S. & Hibou B. : « Armes mystiques : Quelques éléments de réflexion à partir de la guerre du Liberia : Pouvoirs sorciers », *Politique africaine*, vol. 79, 2000, pp. 66-82.
- Evans-Pritchard E.E. : *La religion des primitifs, à travers les théories des anthropologues*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1965, 152 p.
- Fermi P. : « Psychothérapie et représentations culturelles ». In Collignon R. et Gueye M. (décembre 2003) : *Psychiatrie, Psychanalyse, Culture, Premier Congrès panafricain de Santé mentale*, Dakar, SPHMD, 18-20 mars 2002, pp 409-415.
- Fisiy C. : « Le monopole juridictionnel de l'Etat et le règlement des affaires de sorcellerie au Cameroun », *Politique africaine*, 40, 1990, pp. 60-71.
- Fodzo L. : *Psychiatrie en Afrique, l'expérience camerounaise*, Paris, Montréal, L'Harmattan-France, L'Harmattan-Canada, 1997, 202 p.

19. Fordham G. : « Moral panic and the construction of national order: HIV/AIDS risk groups and moral boundaries in the creation of modern Thailand. », *Critique of anthropology*, vol. 21, n° 3, 2001, pp. 259-316.
20. Freud S. : *Totem et Tabou*, Paris, Presses Universitaires de France, Collection Quadrige/PUF, 1913, 2010, 229 p.
21. Galy M.: « Le corps fragile. Ecologie du corps et syncrétisme médical chez les Avikam, lagunaires de Côte d'Ivoire » in *Sciences sociales et Santé*, Volume 9, Numéro 9-1, Année 1991, pp. 5-19.
22. Hauenstein A. : « La dendrolâtrie en Côte d'Ivoire », *Ethnographie*, vol. 93, n° 121, 1997, pp. 89-99.
23. Heider F. : Language as a conceptual tool. In F. Heider : *The Psychology of Interpersonal Relations*, New York, Wiley, 1958, pp. 7-18.
24. Jacques-Chaquin N. : « Feux sorciers », *Le Feu*, Numéro 19, octobre 1992, pp. 5-16.
25. Lévi-Strauss C. : *La pensée sauvage*, Paris, Plon, Collection Agora, 1962, 1990, 2007, 347 p.
26. Lewertowski C., Nathan T., Blanche S. et al. : « VIH : Interprétations de la maladie dans une famille zaïroise », *Psychologie française*, vol. 44, n° 1, 1999, pp. 33-46.
Mary A. : « Le bricolage africain des héros chrétiens », *Religiologiques*, vol. 8, 1993, pp. 73-94.
27. Mbaisso A. : « Structure familiale et délinquance juvénile en Afrique », *Psychologie & éducation*, n° 19, 1994, pp. 67-82.
28. Memel-Fotê H. et al. : *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, Paris, Montréal, L'Harmattan-Paris et L'Harmattan-Montréal, 1998, 209 p.
29. Ogo Seck P. : « Justice et sorcellerie en Afrique occidentale et centrale (1900-1960) », *Droit et cultures*, n°46 (1), Université X Nanterre, 2003, pp. 117-144.
30. Petit P. : « Ngoy, mère et fille, potières luba de Lenge (Katanga, Congo) », *Anthropos*, vol. 93, n° 4-6, 1998, pp. 363-379.
31. Pierre D. : « Dieu qu'elle devait être seule ! Histoire d'une brève rencontre entre deux mondes : Rêves, songes, présages », *L'Autre*, vol. 4, n° 1, 2003, pp. 53-70.
32. Pignarre P., Nathan T. et Grandsard C. : « De deux manières de soigner : Peut-on faire l'ethnopsychiatrie de la dépression ? », *Psychologie française*, vol. 47, n° 3, 2002, pp. 17-20.
33. Sow I. : *Psychiatrie dynamique africaine*, Paris, Payot, 1977, 280 p.
34. Teixeira M. : « Bouleversements sociaux et contre-sorcellerie manjak. Guinée-Bissau/Sénégal », *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, n° 30, 1998, pp. 63-87.
35. Tonda J., Laurent P.-J. et Mary A. : « Des affaires du corps aux affaires politiques : Le champ de la guérison divine au Congo », *Social compass*, vol. 48, n° 3, pp. 2001, pp. 403-420.
36. Vidal C. : « Funérailles et conflit social en Côte d'Ivoire », *Politique africaine, Côte d'Ivoire, la société au quotidien*, n° 24, décembre 1986, pp.9-19.
37. Wilby E. : « The witch's familiar and the fairy in early modern England and Scotland », *Folklore*, vol. 111, n° 2, 2000, pp. 283-305.



Paysage de forêt du nord de la Côte d'Ivoire (photo Google).



Corentin Nascimento

La pédopsychiatrie au Niger : résultats d'une première expérience

Etude rétrospective réalisée au service de
psychiatrie de l'hôpital national de Niamey
de janvier 2008 à décembre 2009

Résumé

Le service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey reçoit des enfants et des adolescents. Les patients de sexe masculin sont majoritaires (57 %). Les pathologies observées sont diverses : les états psychotiques (51 %), les états dépressifs (4 %), les troubles anxieux (4 %) et l'épilepsie (32 %). La tranche d'âge 13 à 18 ans est la plus représentée (43 %). 38 % des patients sont sans situation professionnelle. Les mères accompagnent souvent les patients (62 %), elles assurent la continuité des soins à domicile.

Les prises en charges permettent de restaurer, au moins en partie, du lien social parfois altéré.

7 % des patients de notre échantillon ont été hospitalisés parmi les adultes.

Il y a lieu de créer des structures spécifiques à l'enfant, à l'adolescent ; de penser à la formation du personnel si l'on veut faire une prise en charge qualitative et développer le travail en réseau avec les maternités et les services de pédiatrie.

Mots clés : pédopsychiatrie – prise en charge – hôpital national de Niamey Niger.

Abstract

The Department of psychiatry in the national hospital of Niamey receives children and adolescent. Males are in majority (57%) Observed pathologies are: Psychotics states (51%), depressive states (4%), anxiety disorders (4%) and epilepsy (32%). 13-18 old people are the most represented in active file (43%). 38% of patients are without professional status. Mother are often present (62%). They ensure the continuity of care after come back house. The care helps to restore a part of social link, often broken. 7% of young patient are hospitalized in an adult psychiatric department. It is important to build specific structure for children and adolescent, to think about formation of team to favorise a good care and develop the network with maternity and pediatric service.

Key-words : pedopsychiatry-care-national hospital of Niamey, Niger

Introduction

Notre pratique quotidienne de la psychiatrie au pavillon E de l'hôpital national de Niamey nous a permis de prendre en charge des enfants et des adolescents. Ces jeunes accueillis sont le plus souvent en grande souffrance psychique. Ce sont des sujets largement dépendants de leur entourage ; leur organisation psychique ne peut donc se comprendre qu'en référence à l'organisation affective et relationnelle du groupe familial.

Les troubles psychiques chez l'enfant et chez l'adolescent ont souvent eu en Afrique une explication traditionnelle. En effet l'enfant qui naît est toujours porteur d'un message ; il est l'incarnation d'un ancêtre ou il apporte la preuve d'un mauvais fonctionnement d'un système familial. Le recours aux guérisseurs et aux marabouts est de première intention. PIDOUX C. (1) écrivait : « *quand un homme ou une femme présente certains maux ou certains troubles de comportement c'est le signe qu'un génie veut prendre possession de son être. Il convient alors pour faire cesser ces troubles et rendre à l'intéressé une vie normale de le conduire chez les «zimas» (prêtre et médecin à la fois)* ».

Les enfants malades mentaux ne sont pas exemptés d'un tel circuit au Niger. Ils arrivent en consultation, dans la grande

majorité, après un ou plusieurs passages chez un guérisseur. Longtemps ignorées par la population comme objet de la médecine moderne, ces affections neuropsychiatriques infanto juvéniles sont, après des campagnes de sensibilisation menées ça et là au Niger, des motifs fréquents de consultation en psychiatrie.

Ces affections de l'enfant et de l'adolescent sont peu décrites dans nos contextes de travail en ce sens qu'elles n'apparaissent dans aucune statistique du service comme une entité à part entière.

De plus les prises en charge en pédopsychiatrie sont totalement différentes même lorsque les troubles appartiennent à une lignée commune à l'adulte et elles sont variables selon les contextes socioculturels.

Le résultat de ces deux années d'expérience de pédopsychiatrie dans le service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey va permettre d'apporter une contribution à l'édifice d'une psychiatrie infanto juvénile au Niger.

Cette étude a pour objectifs :

- **objectif général** : contribuer à l'amélioration de la prise en charge globale en pédopsychiatrie à l'Hôpital National de Niamey (HNN),
- **objectifs spécifiques** :
 - déterminer les différents types d'affections infanto juvéniles que reçoit le service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey,
 - décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients vus en consultation de pédopsychiatrie,

- décrire les méthodes et les limites du travail avec les patients.

Cadre, matériel et méthode de travail

Notre étude se déroule au NIGER, à l'hôpital national de Niamey, dans le service de psychiatrie communément appelé pavillon E. Il s'agit d'une étude, rétrospective descriptive qualitative, qui a été menée à partir des dossiers des patients. La population cible est représentée par les patients de 0 à 18 ans célibataires, vus en consultation de pédopsychiatrie et ayant fait ou non l'objet d'une hospitalisation. L'échantillonnage est constitué de dossier des patients reçus en 2008 et 2009, et suivis régulièrement. Un échantillon de 188 patients a été obtenu à partir de 293 dossiers portant sur la période de l'étude.

Sont exclus de cette étude tous les mineurs émancipés, tous les patients dont le dossier médical est incomplet, ceux qui ne sont pas réguliers dans la prise en charge ou qui sont perdus de vue.

Ainsi les données relatives aux profils sociodémographiques (âge, sexe, situation sociale) des patients ont été obtenues. Il en est de même pour le mode de traitement (en ambulatoire ou en hospitalisation) initial instauré et le lien de l'accompagnant au patient.

Les données quantitatives recueillies ont été rendues anonymes, codées puis saisies sur micro-ordinateur. Ceci nous a permis d'analyser les résultats et de mener une discussion.



Porte d'entrée du service de psychiatrie à l'intérieur de l'hôpital national de Niamey.



Façade du bâtiment qui abrite les bureaux et qui donne accès aux salles d'hospitalisation.



Pavillon d'hospitalisation : les hommes à l'étage, les femmes et les enfants au rez de chaussée.

Résultats

Tableau I : Répartition des patients en année et selon le sexe.

	Masculin		Féminin		Total	
	N	%	N	%	N	%
2008	40	57	30	43	70	100
2009	68	58	50	42	118	100
Total	108	57	80	43	188	100

Le nombre de nouveaux consultants a connu une hausse significative de 2008 à 2009.

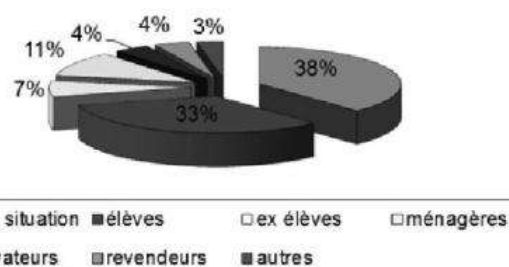
Les patients de sexe masculin sont majoritaires avec un sexe Ratio de 1,3.

Tableau II : Répartition des patients selon les pathologies.

Pathologies	N	%
Psychoses	75	39 %
Epilepsie Psychose	19	10 %
Pharmaco psychoses	4	2 %
Dépressions	8	4 %
Troubles anxieux	7	4 %
Epilepsies	60	32 %
IMC Epilepsie	3	2 %
Enurésies	4	2 %
Débilité	2	1 %
Confusion mentale	1	1 %
Trisomie 21	1	1 %
Autres organicités	4	2 %
Total	188	100 %

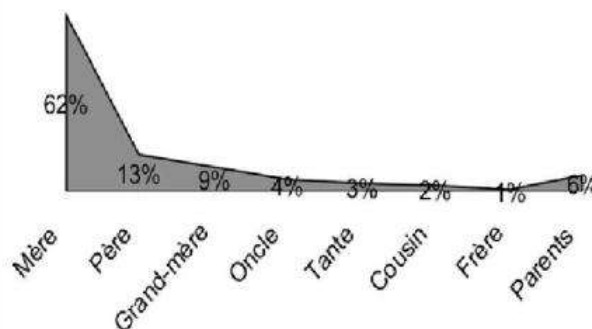
Les états psychotiques (psychoses infantiles, Autisme de Kanner, Epilepsie Psychose, Pharmaco psychoses) représentent 51 % des pathologies rencontrées.

Répartition selon la situation sociale



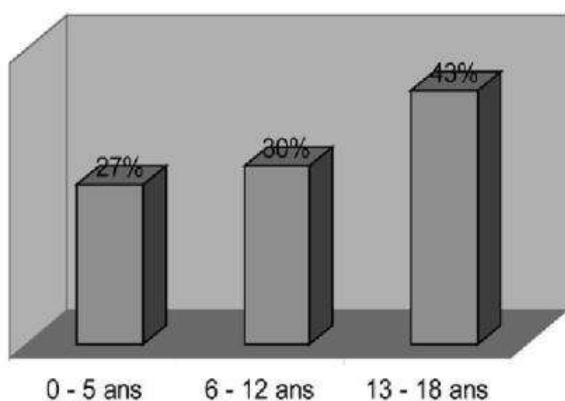
Graphique 2 : 38 % des patients sont sans situation et 3 % (autres) sont constitués de berger, de boucher et d'apprenti mécanicien.

Répartition selon les accompagnants des patients



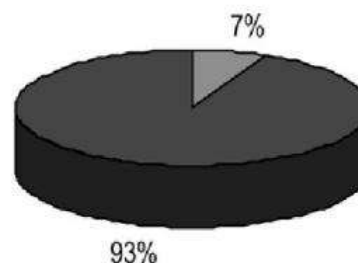
Graphique 3 : La plupart des patients (62 %) arrivent en consultation accompagnés par leur mère.

Répartition selon les tranches d'âges



Graphique 1 : Les tranches d'âges 0-5 ans et 6-12 ans constituent le groupe des enfants ; ils représentent 57 % de l'échantillon. 43 % des patients ont un âge compris entre 13 et 18 ans.

Répartition des patients hospitalisés et non hospitalisés



Graphique 4 : 93 % des patients ont débuté leur traitement en ambulatoire.

Discussion

Les consultations de pédopsychiatrie ont été instaurées à l'hôpital national de Niamey en Novembre 2007. Une telle initiative vise à donner un caché particulier à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent en souffrance psychique ; à inciter les responsables administratifs à mettre en place une structure de pédopsychiatrie qui va effectivement permettre « de développer des pratiques innovantes » (2). Ainsi, nous constatons que le nombre de nouveaux cas ayant fait l'objet d'une prise en charge augmente chaque année. Il passe de 70 en 2008 à 118 en 2009 (Tableau I) et déjà en juin 2010 nous avons 113 nouveaux consultants. Depuis fin 2007 le service de psychiatrie a été renforcé par l'arrivée de 3 psychiatres ; ce qui a permis d'améliorer la qualité des soins.

Plusieurs parents disent avoir pris la décision d'amener leurs enfants en consultation parce qu'ils ont suivis une émission radiophonique ou télévisée ou, parce qu'ils ont constaté une amélioration clinique chez l'enfant du voisin qui est suivi en psychiatrie.

Dans notre échantillon **les sujets de sexe masculin sont prédominants** (57 %) avec un sexe ratio de 1,3 (Tableau I) alors que dans la population Nigérienne on compte 52 % de femmes. Cette surdétermination masculine est aussi retrouvée dans le travail de BETTSCHART(3). Ceci nous conduit au questionnaire suivant : les garçons sont-ils conduits systématiquement aux soins parce que la famille veut les voir autonome et assurer dans l'avenir leur rôle de chef de famille ?

Nous répondons par l'affirmatif car, en Afrique les garçons sont plus investis dans un avenir (le travail, la responsabilité).

Une autre raison explique la prédominance du sexe masculin ; c'est l'existence de psychoses induites par la prise de substances psycho actives observées uniquement chez les garçons dans notre échantillon (2 %).

Les pathologies rencontrées sont diverses (Tableau II) ; il s'agit des états psychotiques (51 %), des états dépressifs (4 %), des états anxieux (4 %), et des épilepsies (32 %).

Les états psychotiques sont constitués de psychoses infantiles et d'autisme de Kanner (39 %), de psychoses survenant chez l'enfant épileptique que nous avons désigné sous la rubrique Epilepsie psychose (10 %) et de pharmacopsychoses (2 %) à type de Bouffée délirante aiguë.

Ces états psychotiques perturbent beaucoup les parents surtout lorsqu'ils surviennent avant 3 ans. Les mères sont indexées : il leur est reproché d'avoir fréquenté des endroits qu'elles ne devraient pas pendant la grossesse ; de sortir après le crépuscule pendant les quarante jours précédant l'accouchement ou d'avoir transgressées une quelconque loi. Ses mères désemparées verbalisent les difficultés relationnelles qu'elles ont avec le mari et/ou la belle famille suite à la naissance de cet enfant qui n'est pas comme les autres.

Au Niger l'enfant psychotique n'est pas toujours perçu comme un malade mental mais comme un possédé. Il n'y a rien de culturel qui permet une intégration sociale de ces enfants.

Ailleurs, notamment dans les pays côtiers, l'enfant psychotique est celui là qui ne parle pas comme les autres, qui agit différemment, qui est un peu dans son monde et qui semble communiquer avec des gens d'un autre monde. Pour une meilleure acceptation, on pense qu'il est l'envoyé d'un dieu ou qu'il porte en lui un message des ancêtres. Au paroxysme des décompensations ou en période de crise, des cérémonies sont faites et permettent de désangoisser la famille afin de donner un regain d'énergie à ceux qui s'en occupent. L'enfant est alors magnifié, ses parents et l'entourage l'accepte tel qu'il est avec son handicap.

Les états dépressifs observés surviennent chez des élèves en classe d'examen, des aînés de circonstances et réalisent un tableau de brain fag syndrom comme décrit par Raymond Prince.

Les épileptiques représentent 32 % de l'échantillon ; parmi eux nombreux sont arrivés après un échec thérapeutique ou un traitement inadapté par insuffisance des doses. On retrouve chez ces patients, dans les antécédents et dans la biographie des épisodes fébriles avec convulsions, des souffrances fœtales, des faibles poids de naissance et une réanimation après l'accouchement.

Des troubles mentaux ont été observés chez 19 épileptiques (épilepsie psychose) de notre échantillon. Un bon nombre de ces sujets a un APGAR inférieur ou égal à 5 à la première minute de vie.

Les mauvaises conditions de l'accouchement, le retard à prodiguer des soins chez les enfants sont bien souvent responsables de la survenue des épilepsies.

La tranche d'âge 13-18 ans est la plus représentée : elle est de 43 % (Graphique1). Elle constitue une population d'adolescents qui pose beaucoup de problèmes (cas des psychotiques) dans la prise en charge individuelle ou de groupe. Longtemps laissés à eux même ils ont du mal à s'accrocher à une médiation dans le cadre institutionnel. Ils sont lassés de tout à moins de 10 minutes d'activité, manifestent une angoisse, une agressivité pour exprimer leur désir de tout arrêter. Par contre ces adolescents n'éprouvent aucune difficulté à porter un intérêt sur une activité qui se déroule hors de l'hôpital (activités vélo, jardinage). Il y a donc une difficulté chez ces adolescents à s'approprier du cadre institutionnel parce que très restreint et très encombré avec la présence des malades adultes. Il faut noter que ces enfants et ces adolescents sont reçus les mardis toute la journée, les jeudis après midi et les samedis dans la matinée. Ce sont des jours où il est censé avoir moins d'affluence dans le service mais cela ne semble pas créer un cadre sécurisant.

Chez les enfants les jeux de six Ludo, l'activité colorage, l'activité construction avec des dominos permettent de tisser rapidement des liens de confiance. Ces enfants prennent conscience qu'ils existent pour ce qu'ils sont, et pas uniquement pour les symptômes qu'ils présentent.

Ces médiations mises en œuvre auprès des patients permettent de restaurer, au moins en partie, du lien social parfois altéré.

Ce principe s'inspire de la relation d'aide selon Carl Rogers (4) : « il y a centration sur l'individu et non sur le problème. Le but n'est pas de résoudre tel problème particulier, mais d'aider l'individu à atteindre la maturité qui lui permettra de faire face au problème actuel [...]. La plupart des inadaptations ne sont pas dues à un manque de savoir [...]. Le savoir est inefficace parce qu'il est bloqué par les satisfactions émotionnelles que l'individu tire de son actuelle inadaptation ».

La situation socioprofessionnelle des patients (Graphique 2) est un élément important dans le pronostic de la pathologie infanto juvénile. L'enfant ou l'adolescent sans situation est celui là qui ne fait rien, qui n'a aucune activité c'est-à-dire qu'il ne va pas à l'école, il ne fait aucun apprentissage et ne fait aucune activité ménagère. Dans notre cohorte nous avons 38 % des sujets qui sont sans situation professionnelle. Ce taux très élevé englobe les enfants de 0 à 5 ans qui sont de l'ordre 27 %. A cet âge effectivement même l'école ne leur ouvre pas ses portes. L'âge de scolarisation pour le commun des Nigériens est de 7 ans.

L'inactivité de ces patients est responsable des phénomènes régressifs, de l'absence d'élan vers une autonomisation et de l'absence d'une parfaite adhésion au traitement. Comment un patient peut-il s'accrocher à son traitement s'il n'a pas un objectif de vie à atteindre ? Un apprenti tailleur épileptique avoue prendre régulièrement ses cachets parce qu'il ne veut pas tomber dans l'atelier devant ses camarades.

33 % des patients sont des élèves. Il existe en effet une politique de développement de l'offre éducative pour les enfants handicapés, au Niveau du Ministère de l'Education Nationale et son partenaire Handicap International, De ce fait de nombreux enseignants ont reçu une formation sur les déficiences physique, visuelle, auditive et intellectuelle. Ils contribuent ainsi à dépister certains troubles de comportements, suggèrent aux parents de conduire les enfants en consultation au niveau des CSI (Centre de Santé Intégré) et acceptent mieux les enfants avec leur handicap. Le traitement pharmacologique et les séances d'activités permettent souvent d'atténuer les troubles et un retour à une vie sociale acceptable.

Les ex-élèves (7 %) ont arrêté leur scolarisation au moins 3 ans avant d'être vu en consultation. Tous les enfants qui ont moins d'un an d'interruption de la scolarisation ont été réintroduits dans le système scolaire. Un membre de l'équipe prend attache avec l'enseignant et l'inspection scolaire d'origine pour négocier la reprise des classes. Des rencontres se font avec certains enseignants qui souhaitent partager leurs difficultés et ensembles des solutions sont trouvées.

Même si l'enfant doit évoluer à son rythme, le maintien de la scolarisation nous paraît déterminant car cette dernière favorise une élaboration psychique qui est thérapeutique et permet l'accès de l'enfant ou de l'adolescent à un espace psychique personnel.

Pendant la période de soins les parents (celui qui accompagne le patient communément appelé l'accompagnant) **jouent un rôle important.** Ils administrent les médicaments mais aussi reprennent certaines activités avec le patient à domicile. Ils assurent « la continuité des soins ». Nous n'avons pas d'hôpital de jour à l'image du projet Kër Xaleyi du Centre Hospitalier National de Fann à Dakar (5) et nos temps d'activités en individuel ou en groupe ne dépassent guère 60 minutes. Les accompagnants sont donc mis à contribution dans la prise en charge. C'est pourquoi ils doivent répondre aux critères suivants : vivre avec le patient et être régulier aux soins.

Dans la majorité des cas les accompagnants sont les mères (62 %). Les deux parents accompagnent le patient dans une proportion de 6 %. 13 % des pères amènent, seuls, leurs enfants en thérapie (Graphique 3). On retrouve également des cousins, des oncles, des tantes, des frères et des grand mères qui s'impliquent dans le suivi du sujet parce que la mère est décédée ou empêchée par une maternité, une maladie ou parce que le couple est divorcé. Tous les membres de la famille s'occupent de l'enfant malade en Afrique contrairement à l'occident où l'enfant déficient, lorsqu'il n'est pas placé en institution, est l'apanage du couple.

Les mères, en général, sont très attentionnées de l'état de santé de leurs enfants parce qu'elles les ont portés physiquement et psychologiquement mais aussi parce qu'elles savent que la société les rend responsable de tout ce qui arrive de mal à l'enfant.

Dans notre étude 14 patients (7 %) ont fait l'objet d'une hospitalisation dans des tableaux de psychose, d'épilepsie (grand mal), de dépression et de confusion mentale. Un seul patient est âgé de 8 ans les autres ont un âge compris entre 14 et 18 ans.

L'hôpital National de Niamey ne dispose pas d'un service de Neurologie c'est pourquoi le service de psychiatrie reçoit les troubles psychiatriques sur terrain épileptique et les échecs au traitement chez les épileptiques.

L'hospitalisation des enfants et des adolescents dans le service de psychiatrie nous laisse perplexe. Les adultes hospitalisés arrivent souvent en grande agitation ce qui rend le cadre insécurisant pour les enfants et même pour certains adolescents. Il est aussi difficile de placer tous nos patients dans un service de pédiatrie en raison de la présence ou de la crainte de survenue de l'agitation psychomotrice.

Il y a cependant une très bonne collaboration avec nos confrères Pédiatres, ORL, Neurologues et kinésithérapeutes dans le suivi des patients.

Conclusion

Cette expérience de soins, aux enfants et aux adolescents, qui fait recours à la pharmacothérapie, la psychothérapie, la sociothérapie et la médiation mérite d'être poursuivie et renforcée. Ces soins contribuent à atténuer la souffrance du patient, à tendre vers une rémission de ses troubles de comportement, à lui offrir un minimum d'autonomie.

Les limites de la pratique de la pédopsychiatrie dans notre contexte Nigérien se résument en une absence de cadre institutionnel et une insuffisance du personnel qualifié.

Le travail en réseau avec les services de maternité, de pédiatrie et de pédopsychiatrie doit être initié afin de permettre une bonne surveillance du développement psychomoteur des enfants et un dépistage précoce de toute anomalie. En effet les résultats sont bien souvent concluant lorsque les prises en charge sont précoces. Il nous revient donc de nous investir pour repérer tout déficit psychique lors des consultations post natales, pédiatriques et neurologiques. L'effort doit être fourni par les autorités administrative et politique afin de créer des structures spécifiques aux enfants et aux adolescents.

Nous, praticien, devons fournir un peu d'effort pour offrir un petit espace, un peu de nous mêmes, aux jeunes pour les prévoir un lendemain meilleur afin qu'ils ne viennent plus gonfler la longue file des adultes devant nos bureaux de consultation.

Références

1. PIDOUX C. Désordre et santé mentale en Afrique du sud du Sahara, 1979.
2. OUEDRAOGO A. Aspects culturels de la psychiatrie en Afrique de l'ouest 2^{ème} partie : Psychiatrie infanto-juvénile. Perspectives Psychiatriques, 47, 1-68.
3. BETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M., La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations d'enfants, Psychiatrie de l'enfant, XXI, 1, 297-304.
4. Roger C., Zigliara J. P., La relation d'aide et la psychothérapie, ESF, 1999 : 42.
5. Lamine F., Mamadou H. T., Omar S., Momar G., (2008), Près de quarante ans de pratique de pédopsychiatrie au Sénégal, Perspectives Psychiatriques, 47, 1-68.



Le fleuve Niger à l'ouest de la République du Niger (photo Google).



Mamadou Habib Thiam

Auteurs : Mamadou Habib Thiam¹,
Kamadore Toure², Papa Lamine Faye³,
Fatimata Ba³, Idrissa Ba³, Sokhna Seck³,
Mamadou Coume⁴

Évaluation de la prévalence de la dépression chez les sujets âgés au Sénégal : étude préliminaire sur une série de 304 sujets avec l'Échelle de Dépression Gériatrique

Résumé

Introduction. La dépression est une affection mentale fréquente chez la personne âgée. Peu d'études ont été réalisées en Afrique. L'objectif de cette étude était d'estimer sa prévalence dans une population de personnes âgées sénégalaises.

Méthodologie. Une étude de type transversal a été menée de janvier à août 2002 à Dakar, au Sénégal lors d'une enquête porte à porte. Le « Geriatric Depression Scale » a été utilisé et auto-administré à des personnes âgées de 55 ans et plus habitant 3 quartiers de Dakar pour le dépistage de troubles dépressifs. Des données sociodémographiques (âge et sexe) ont été aussi collectées.

Résultats. La population à l'étude (304) avait un âge moyen de 67,8 ans ($\pm 6,4$). Cent quarante cinq (47,7%) avaient la dépression dont 124 (40,8%) de type mineur et 21 (6,9%) de type majeur par rapport à la population d'étude. L'âge était associé de manière statistiquement significative à la dépression majeure alors que la dépression mineure variait selon le sexe.

Conclusion. Il est nécessaire de mener des études pour mieux comprendre l'épidémiologie de cette affection chez la personne âgée sénégalaise.

Mots-clés : Dépression, Personnes âgées, Sénégal, Échelle de Dépression Gériatrique.

Introduction

La dépression est une affection fréquente et grave du fait des complications qui peuvent en découler surtout chez les personnes âgées. La dépression et les syndromes dépressifs sont fréquemment rencontrés lors de la survenue de la maladie d'Alzheimer. Ainsi, de nombreuses études ont montré que les états dépressifs sont fortement associés à la survenue de la démence [1, 2, 3] ainsi qu'à la détérioration cognitive modérée [4].

1. Maître de Conférences Agrégé

Clinique Psychiatrique du C.H.N.U. de Fann, BP : 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

2. Maître-Assistant, Médecine Préventive et de Santé Publique Faculté de Médecine, U.C.A.D. de Dakar-Sénégal

3. Psychiatre

Clinique Psychiatrique du C.H.N.U de Fann, BP : 5097, Dakar, Sénégal.

4. Maître-Assistant, Médecine Interne, Clinique médicale C.H.N.U. Aristide le Dantec, BP : 6237, Dakar, Sénégal.

Correspondance : Dr Mamadou Habib THIAM, Maître de Conférences Agrégé, Psychiatre des Hôpitaux, CHNU de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal ; Tél. : +221.776 394 441 ; +221.338 691 830 ; E-mail : mhthiam@refer.sn et mhthiam@orange.sn

Pourtant, ces états dépressifs sont sous-estimés dans 30 à 50 % des cas dans les pays développés [5]. Cela est dû au fait que ces états dépressifs sont intriqués parfois avec les caractéristiques propres au vieillissement ou avec d'autres pathologies organiques ou iatrogènes, fréquentes dans le troisième âge [6], mais aussi aux dimensions sociales, psychologiques, environnementales et biologiques de l'individu.

Au Sénégal, le système de santé comporte des structures spécialisées avec des gériatres, des neurologues et des psychiatres. Aucune étude n'a encore été réalisée sur les troubles dépressifs dans cette population de personnes âgées. C'est à cet effet que ce travail a été mené pour estimer la prévalence de cette affection dans cette communauté.

Matériel et méthode

La population à l'étude

Il s'agit de personnes âgées de 55 ans et plus, habitant trois quartiers de Dakar, la capitale du Sénégal. L'étude de type transversal, s'est déroulée de janvier à août 2002 (08 mois) et a consisté à interviewer 328 personnes choisies au hasard. Les critères de sélection étaient l'absence d'antécé-

dent psychiatrique, l'absence de pathologie organique actuelle ou récente en particulier neurologique (accident vasculaire cérébral, démence, maladie de parkinson) ainsi ont été exclus 24 sujets en tenant compte de ces critères de sélection prédéfinis pour les besoins de l'étude :

- 7 cas de séquelles d'accidents vasculaires cérébraux avec handicap moteur;
- 6 cas d'antécédents personnels de troubles psychiatriques;
- 3 cas de diabète dont un avec une hypertension artérielle maligne à 24/14;
- 3 cas de troubles visuels sévères dont 2 cécités;
- 3 cas de maladie de parkinson dont un cas est associé à un emphysème pulmonaire;
- 1 cas d'adénome de la prostate avec une sonde urinaire à demeure;
- 1 cas de syndrome démentiel.

Ainsi, notre population était composée de 304 personnes âgées dont 209 hommes et 95 femmes. Nous avons procédé à une enquête de porte-à-porte.

La collecte des données

L'instrument utilisé était le « Geriatric Depression scale : GDS » (voir en annexe). Cette échelle de dépression gériatrique est le seul des outils d'évaluation de la dépression, élaboré pour une population de sujets âgés [7]. Actuellement, c'est l'échelle la plus connue et la plus utilisée [7, 8, 9]. Il s'agit d'un questionnaire comportant 30 items, auto-administré en rapport avec ce qu'éprouve la personne au moment où elle est interrogée ou au cours de la semaine écoulée.

Le questionnaire est utilisé pour les personnes qui savent lire et écrire. Pour certaines personnes analphabètes ou instruites dans une langue autre que le français, nous avons procédé par une lecture des questions et une réponse a été obtenue. Chaque question appelle une réponse oui ou non. Lorsque la réponse est en faveur de l'existence d'une dépression, l'item est coté 1. Pour 20 questions, la réponse « oui » indique une possible dépression, alors que dans les 10 autres items (n° 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30), c'est la réponse « non » qui l'indique. Après l'administration, un score est calculé. Ainsi, si le score est entre 15 et 22, on a conclu à une dépression légère. Quand il dépassait 22, la personne a été considérée comme présentant une dépression sévère [7].

Après cette enquête, un examen psychiatrique et médical d'une quarantaine de minutes a été effectué à la recherche d'une pathologie médicale et psychiatrique effectué par deux d'entre nous.

Les variables à l'étude

Il s'agit de l'état thymique (selon le score obtenu avec le GDS) (qui a exprimée en normal, dépression probable, dépression légère et dépression sévère), sexe, prescription médicamenteuse, troubles de la vision (port de lunettes correctrices), de l'audition, pathologie organique ou psychiatrique actuelle ou passée pouvant compromettre la

réponse aux questions. Ces variables ont été dichotomiques en présence ou absence. L'âge a été exprimé en années.

Analyses des données

Ainsi, les données recueillies ont fait l'objet d'analyse descriptives (uni et bivariées) avec le logiciel SPSS version 8 et Systat 8.0. Les résultats ont été exprimés avec un risque d'erreur de $\alpha = 5\%$.

Résultats

Le tableau 1 nous donne les caractéristiques de notre population à l'étude. Ainsi, 304 sujets ont été recrutés durant la période de l'étude composée de 209 hommes (68,8%). La moyenne d'âge était de 67,8 ans ($\pm 6,4$ ans) avec des extrêmes de 58 ans à 88 ans et 50,2% de nos patients avaient 65-74ans. La moyenne des scores par le GDS était 13,7 ($\pm 5,8$) avec des extrêmes de 2 et 28 (Tableau 1).

Il y a 145 personnes qui ont eu un score de dépression supérieur ou égal à 15 soit une prévalence globale de la dépression de 47,7%. De cette population de patients avec une dépression, 124 (40,8%) ont eu un score entre 15 et 21 (dépression légère) et 21 (6,9%) un score supérieur à 22 (dépression sévère).

La répartition de la dépression selon l'âge et le sexe est représentée dans le tableau 2 (Tableau 2). Ainsi, la dépression était beaucoup plus fréquente dans la tranche d'âge de 65-74 ans et cette différence était non significative pour la dépression globale, légère et significative pour la dépression sévère ($p < 0,00005$). La répartition de la dépression globale et sévère selon le sexe montre qu'elles étaient plus

Figure 1 : Caractéristiques de la population
(Population's characteristics).

Variables	Fréquence absolue	Fréquence relative (%)
Age		
• Moyenne : 67,8ans $\pm 6,4$		
• Minimum : 58 ans		
• Maximum: 88		
• 55-64ans	107	35,2
• 65-74ans	150	50,2
• 75ans et plus	47	15,5
Sexe		
• Homme	209	68,8
Score au GDS		
• Moyenne: 13,7 $\pm 5,8$		
• Minimum : 2		
• Maximum : 88		
Dépression		
• Oui	145	47,7
Dépression légère		
• Oui	124	40,8
Dépression sévère		
• Oui	21	6,9

Figure 2 : Dépression et caractéristiques sociodémographiques (*Social and demographic characteristics of depression*).

variables	Dépression globale	Pvalue	Dépression légère	Pvalue	Dépression sévère	Pvalue
Sexe		NS*		0.00000**		NS*
• Homme	109		91		18	
• Femme	36		3		3	
Age		NS*		NS*		0.00005**
• 55-64ans	64		44		1	
• 65-74ans	82		60		12	
• 75ans et plus	17		15		9	
NS* : significatif						
** : différence significative						

fréquente chez l'homme que chez la femme sans qu'il y ait de différence significative. Quant à la dépression légère, il existait une différence significative entre les hommes et les femmes ($p < 0.00000$).

Discussions

Le GDS est d'abord un instrument de dépistage, destiné à détecter la dépression dans toutes les situations médico-sociales pouvant être l'occasion de ce diagnostic. Le questionnaire peut également être utilisé pour évaluer un changement sous traitement, mais les travaux en cours démontrant sa sensibilité aux thérapeutiques psychologiques ou médicamenteuses ne sont publiés qu'en partie. De ces deux applications il en résulte que ce questionnaire pourrait au moins aider dans la pratique clinique et dans la recherche, pour des travaux épidémiologiques ou des essais thérapeutiques. Parmi les raisons qui sont avancées dans la sous-estimation du trouble dépressif chez l'âge, la tendance à banaliser le ralentissement et le découragement observés joue un large rôle. Les facteurs de risque sont également insuffisamment repérés comme tels [10].

La dépression est fréquente au troisième âge dans notre échantillon. Les hommes sont plus déprimés que les femmes toutes proportions gardées. Les syndromes dépressifs du sujet âgé apparaissent pour la première fois au cours de la sénescence sont fréquents, surtout au moment de la cinquantaine et plus tard au moment de la retraite mais ils sont trop souvent méconnus [11]. La dépression survient au tout début du troisième âge et diminue au fur et à mesure que l'âge avance. Soit parce qu'il y a plus de troubles cognitifs et donc plus de difficultés à comprendre les questions, soit il y a de la peine à ne plus travailler. Leger [12] affirme aussi qu'une des raisons de la sous-évaluation de l'état dépressif serait la pudeur des sujets vieillissants à communiquer leurs troubles.

Au niveau de la forme, certains sujets de discussion ne peuvent être abordés de la même façon selon l'âge de l'interlocuteur, surtout en Afrique où certains domaines de la connaissance humaine sont tabous et ne se discutent pas en public. Ce qui fait que des questions ayant trait à l'avenir (la culture africaine est très fataliste et fanatique), aux centres d'intérêts et aux engagements, à la sexualité (sujet tabou par excellence dans la culture africaine), doivent nécessairement être formulées ou envisagées avec précaution auprès de personnes âgées. Ce qui justifie la nécessité d'une adaptation de ce questionnaire au contexte culturel du sujet d'où une limitation de la portée de nos résultats.

L'esprit du dépistage actuel est de considérer que la constatation de symptômes dépressifs durables doit être prise en compte même s'ils ne réunissent pas les critères DSM IV de dépression majeure [10].



Conclusion

La fréquence de la dépression du troisième âge est confirmée. Avec les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie et d'hygiène des populations, l'espérance de vie a augmenté au Sénégal et partant de là, le nombre de personnes âgées. Mais il y a sans doute une influence des facteurs culturels : en effet le GDS est surtout un outil de dépistage et il faut le comparer avec une variable extérieure

tel que le diagnostic clinique. Ce travail soulève donc une question de recherche ultérieure en prenant en compte tous ces paramètres et aspects socioculturels.

Le vieillissement de la population couplé au développement urbain avec le primat de l'individualisme et de la compétition ainsi que l'éclatement de la famille, risque de compromettre cet équilibre social et ainsi ébranler par conséquence l'équilibre émotionnel des personnes âgées sénégalaises dans cette société qui était profondément gérontocratique.

Références

- ALEXOPOULOS GS, YOUNG RC, MEYERS BS. Geriatric depression: age of onset and dementia. *Biol Psychiatry*. 1993; 34; 3: 141-145.
- GREEN RC, CUPPLES LA, KURZ A, AUERBACH S, GO R, SADOVNIK D ET AL. Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study. *Arch Neurol*. 2003; 60; 5: 753-759.
- NYENHUIS DL, GORELICK PB. Vascular dementia: a contemporary review of epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. *J Am Geriatr Soc*. 1998; 46; 11: 1437-1448.
- HÄNNINEN T, HALLIKAINEN M, TUOMAINEN S, VANHANEN M, SOININEN H. Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand*. 2002; 106; 3: 148-154.
- BONIN-GUILLEAUME, CLÉMENT JP, CHASSIN AP, LÉGER JP. Évaluation psychométrique du sujet âgé: Quels instruments? Quelles perspectives d'avenir? *Encéphale*, 1995, XXI: 25-34.
- COHEN C.I., CROSBY M., ZEMAN D. The role of labeling processes in the assessment of geriatric depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1988; 3: 209-217.
- YESAVAGE JA, BRINK TL, ROSE TL, LUM O, HUANG V, ADEY MB ET AL. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res*, 1983; 17; 1: 37-49.
- SHEIKH JI, YESAVAGE JA. Geriatric depression scale (GDS). *Recent evidence and development of a shorter version*, In: Brink, T.L., (eds), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*, New York. The Haworth Press, 1986: 165-173.
- WAINTRAUB L. Échelle d'auto-évaluation de l'humeur, In : Guelfi JD, eds. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*, Paris, Éditions Médicales Pierre Fabre, tome II; 1996 : 433-438.
- THOMAS P, HAZIF-THOMAS C. Démotivation, apathie : Où commence la dépression ? *Rev Gériatr*, 2002; 27; 6 : 457-463
- BALIER C. *Troubles névrotiques de la sénescence*. Encycl Méd Chir, Paris, Psychiatrie, 11-1976, 37530 A30, 8p.
- LEGER JM. Dépression et vieillissement : In : *Séminaire de Psychiatrie biologique* « (Hôpital Sainte-Anne : approches cliniques, biologiques et thérapeutiques des maladies dépressives), 1996; 26 : 129-150.
- MARC LG, RAUE PJ, BRUCE ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16; 11: 914-921.
- SMALBRUGGE M, JONGENELIS L, POT AM, BEEKMAN AT, EEFSTING JA. Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? *Aging Ment Health*, 2008; 12; 2: 244-248.
- CHAYA M, SIBAI AM, ROUEIHEB ZE, CHEMAITELLY H, CHAHINE LM, AL-AMIN H, MAHFOUD Z. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int Psychogeriatr*. 2008; 20; 3: 571-581.
- BROEKMAN BF, NYUNT SZ, NITI M, JIN AZ, KO SM, KUMAR R, FONES CS, NG TP. Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population. *J Affect Disord*. 2008; 108; 3: 285-290.
- JONGENELIS K, GERRITSEN DL, POT AM, BEEKMAN AT, EISSES AM, KLUITER H, RIBBE MW. Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22; 9: 837-842.
- WEINTRAUB D, XIE S, KARLAWISH J, SIDEROWF A. Differences in depression symptoms in patients with Alzheimer's and Parkinson's diseases: evidence from the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22; 10:1025-1030.
- BROWN PJ, WOODS CM, STORANDT M. Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychol Aging*. 2007; 22; 2: 372-379.
- CHAU J, MARTIN CR, THOMPSON DR, CHANG AM, WOO J. Factor structure of the Chinese version of the Geriatric Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2006; 11; 1: 48-59.
- WANCATA J, ALEXANDROWICZ R, MARQUART B, WEISS M, FRIEDRICH F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114; 6: 398-410.
- SEGULIN N, DEPONTE A. The evaluation of depression in the elderly: a modification of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44; 2: 105-112.
- MARC LG, RAUE PJ, BRUCE ML. Screening performance of the 15-item geriatric depression scale in a diverse elderly home care population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16; 11: 914-921.
- SMALBRUGGE M, JONGENELIS L, POT AM, BEEKMAN AT, EEFSTING JA. Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes

in nursing home patients? *Aging Ment Health*. 2008; 12; 2: 244-248.

CHAAYA M, SIBAI AM, ROUEIHEB ZE, CHEMAITTELY H, CHAHINE LM, AL-AMIN H, MAHFOUD Z. Validation of the Arabic version of the short Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int Psychogeriatr*. 2008; 20; 3: 571-581.

BROEKMAN BF, NYUNT SZ, NITI M, JIN AZ, KO SM, KUMAR R ET AL. Differential item functioning of the Geriatric Depression Scale in an Asian population. *J Affect Disord*. 2008; 108; 3: 285-290.

JONGENELIS K, GERRITSEN DL, POT AM, BEEKMAN AT, EISSES AM, KLUITER H, RIBBE MW. Construction and validation of a patient- and user-friendly nursing home version of the Geriatric Depression Scale. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22; 9: 837-842.

WEINTRAUB D, XIE S, KARLAWISH J, SIDEROWF A. Differences in depression symptoms in patients with Alzheimer's and

Parkinson's diseases: evidence from the 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2007; 22; 10: 1025-1030.

BROWN PJ, WOODS CM, STORANDT M. Model stability of the 15-item Geriatric Depression Scale across cognitive impairment and severe depression. *Psychol Aging*. 2007; 22; 2: 372-379.

CHAU J, MARTIN CR, THOMPSON DR, CHANG AM, WOO J. Factor structure of the Chinese version of the Geriatric Depression Scale. *Psychol Health Med*. 2006; 11; 1: 48-59.

WANCATA J, ALEXANDROWICZ R, MARQUART B, WEISS M, FRIEDRICH F. The criterion validity of the Geriatric Depression Scale: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 114; 6: 398-410.

SEGULIN N, DEPONTE A. The evaluation of depression in the elderly: a modification of the Geriatric Depression Scale (GDS). *Arch Gerontol Geriatr*. 2007; 44; 2: 105-112.

Annexe

Échelle d'auto-évaluation de l'humeur (Geriatric Depression scale : GDS), T.L. Brink et J.A. Yesavage

01 - Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui		non	*
02 - Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	*	non	
03 - Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	*	non	
04 - Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	*	non	
05 - Envisagez-vous l'avenir avec optimisme ?	oui		non	*
06 - Êtes-vous souvent préoccupé(e) par des pensées qui reviennent sans cesse ?	oui	*	non	
07 - Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui		non	*
08 - Craignez-vous un mauvais présage pour l'avenir ?	oui	*	non	
09 - Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	oui		non	*
10 - Avez-vous souvent besoin d'aide dans vos activités ?	oui	*	non	
11 - Vous sentez-vous souvent nerveux (se) au point de ne pouvoir tenir en place ?	oui	*	non	
12 - Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que d'en sortir ?	oui	*	non	
13 - L'avenir vous inquiète-t-il ?	oui	*	non	
14 - Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	*	non	
15 - Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	oui		non	*
16 - Avez-vous souvent le cafard ?	oui	*	non	
17 - Avez-vous le sentiment d'être désormais inutile ?	oui	*	non	
18 - Ressassez-vous beaucoup le passé ?	oui	*	non	
19 - Trouvez-vous que la vie est passionnante ?	oui		non	*
20 - Avez-vous des difficultés à entreprendre de nouveaux projets ?	oui	*	non	
21 - Avez-vous beaucoup d'énergie ?	oui		non	*
22 - Désespérez-vous de votre situation présente ?	oui	*	non	
23 - Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre, que les autres ont plus de chance que vous ?	oui	*	non	
24 - Êtes-vous souvent irrité(e) par des détails ?	oui	*	non	
25 - Éprouvez-vous souvent le besoin de pleurer ?	oui	*	non	
26 - Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	*	non	
27 - Êtes-vous content(e) de vous lever le matin ?	oui		non	*
28 - Refusez-vous souvent les activités proposées ?	oui	*	non	
29 - Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui		non	*
30 - Avez-vous l'esprit aussi clair qu'autrefois ?	oui		non	*

Total

* Attribuer un point quand la case près de l'astérisque est cochée et faire la somme

SCORE



Mamadou Habib Thiam

Étude des troubles du comportement alimentaire par le *Bulimic Inventory Test Edinburgh* au Sénégal

Auteurs : Mamadou Habib Thiam¹,
Papa Lamine Faye², Kamadore Toure³,
Fatimata Ba², Idrissa Ba², Sokhna Seck²,
Mamadou Coume⁴

Résumé

Ce travail avait pour objectif d'évaluer la prévalence des conduites boulimiques dans une population d'étudiantes de l'université Cheikh Anta Diop de Dakar avec le questionnaire BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh). C'est un auto-questionnaire à 33 items proposé par Henderson & Freeman (1987) pour identifier les personnes souffrant de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire. L'enquête est de type transversal. Sur le plan symptomatique les auteurs ont trouvé que 3,19% des sujets avaient un comportement boulimique possible et 31,47% avaient un comportement alimentaire inhabituel et pour lesquels un entretien clinique était nécessaire. Pour l'échelle de sévérité 1, 19% des sujets avaient un haut degré de sévérité. Pour les comportements compensatoires : 9,96% des sujets utilisent seulement des coupe-faim ; 1,19% se font vomir occasionnellement. Contrairement à ce qui est avancé dans la littérature médicale occidentale, les comportements boulimiques existent bien dans la race noire mais il existe très peu d'études épidémiologiques sur la question.

Mots-clés : Conduite boulimique, Prévalence, Auto-questionnaire, BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh), Race noire, Afrique, Sénégal.

Abstract: This work was designed to evaluate the prevalence of bulimia in a population of students of the University Cheikh Anta Diop in Dakar with the BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh) questionnaire. This work is based on an auto-questionnaire to 33 items proposed by Henderson & Freeman (1987) to identify people suffering from bulimia or binge eating access symptoms. The investigation is a cross-sectional study. At the symptomatic level we found that 3.19% of subjects had a possible bulimic behavior. For this population, a clinical interview was necessary. For severity level 1, 19% of subjects had a high degree of severity. For compensatory behaviors: 9.96% of subjects use only appetite suppressors; 1.19% use occasionally vomiting. Contrary to what is advanced in Western medical literature, bulimic behavior exists in the African populations but there are very few epidemiological studies on the issue.

Keywords : Driving bulimic, prevalence, Auto-questionnaire, BITE (Bulimic Inventory Test Edinburgh), black, Senegal Africa.

1. Maître de Conférences Agrégé

Clinique Psychiatrique du C.H.N.U. de Fann, BP : 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

2. Psychiatre

Clinique Psychiatrique du C.H.N.U de Fann, BP : 5097, Dakar, Sénégal.

3. Maître-Assistant, Médecine Préventive et de Santé Publique
Faculté de Médecine, U.C.A.D. de Dakar-Sénégal

4. Maître –Assistant, Médecine Interne, Clinique médicale
C.H.N.U. Aristide le Dantec, BP : 6237, Dakar, Sénégal.

Correspondance: Dr Mamadou Habib THIAM, Maître de Conférences Agrégé, Psychiatre des Hôpitaux, CHNU de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal ; Tél. : +221.776 394 441 ; +221.338 691 830 ; E-mail : mhthiam@refer.sn et mhthiam@orange.sn

Introduction

La boulimie (*bulimia nervosa*) est un trouble du comportement alimentaire caractérisé par une contrainte intense à manger excessivement de façon plus ou moins paroxystique mais toujours avec un sentiment de perte de contrôle. Elle survient en général chez des adolescentes très préoccupées par ailleurs par leur poids et leur apparence corporelle. Initialement considérée comme un symptôme secondaire de l'anorexie mentale (Beumont et al. 1976), elle n'a été identifiée comme entité clinique distincte qu'en 1979 par Russel (1979).

La majorité des études épidémiologiques et cliniques qui ont été réalisées dans les pays occidentaux et surtout nord-américains a montré des prévalences de 0,6 à 9,7% des adolescentes (Flament et al. 1993). Devaud et al. (1995) ont rapporté dans une revue de la littérature qui va de 1970 à 1993, une prévalence de 2 à 5 % environ dans des populations de femmes âgées de 15 à 45 ans exposées à ces troubles du comportement alimentaire.

En Afrique, nous n'avons retrouvé qu'une dizaine d'études publiées portant sur les troubles du comportement alimentaire entre 1988 et 1994. L'existence même de ces troubles dans la race noire a longtemps été contestée. C'est pourquoi il nous a paru nécessaire de rapporter ce travail réalisé au Sénégal et dont l'objectif principal est d'évaluer la prévalence des comportements boulimiques dans la population étudiante.

Matériel et méthodes

Elle concerne les étudiantes d'une résidence universitaire de Dakar qui accueille aussi bien des Sénégalaises que des étudiantes provenant de la sous-région ouest-africaine. Ce site d'étude a été tiré au hasard parmi un lot de huit résidences universitaires ayant toutes des caractéristiques statistiques épidémiologiques comparables.

Pour le recrutement des participants, un nombre de 260 questionnaires Bulimic Inventory Test Edinburgh (BITE) a été distribué à l'ensemble des sujets de cette cité universitaire qui constituent la population d'étude. Les sujets sont toutes de race noire et de sexe féminin. Les questionnaires ont été exploités et analysés à l'aide du logiciel Excel. Le degré de signification statistique retenu pour l'analyse des données était de 5%.

L'inventaire d'Edinburgh est conçu pour identifier les personnes souffrant de symptômes boulimiques ou d'accès de frénésie alimentaire (Bouvard & Cottraux 1996). Les sujets ont été conviés à répondre chacun à un questionnaire anonyme, à le remettre ensuite à un collecteur une à deux heures après l'avoir reçu. Pour chacun d'eux nous avons calculé l'Index de Masse Corporelle ou Body Mass Index (BMI) : $BMI = P/T$ (avec P = poids du sujet en Kilogrammes et T = la taille en mètre).

L'inventaire de la boulimie d'Edinburgh peut être utilisé

comme instrument de dépistage ou comme indice de sévérité du trouble. Dans notre étude, il est utilisé dans un but de dépistage et de sévérité. Le questionnaire est constitué de deux sous-échelles. Une échelle de symptômes qui évalue le nombre de symptômes présents, une échelle de sévérité qui fournit un indice de la sévérité du comportement de frénésie alimentaire ou de purge en fonction de leur fréquence. Lorsqu'il est utilisé comme instrument de dépistage, le sujet doit répondre en s'appuyant sur ses sentiments et comportements durant les trois derniers mois (Bouvard & Cottraux 1996). L'échelle de symptômes est constituée des 30 questions non marquées d'un astérisque. Les questions 1, 13, 21, 23, 31 sont cotées 1 point pour une réponse « non ». Les 25 autres questions sont cotées 1 point pour une réponse « oui ». L'échelle de sévérité est constituée des trois questions non marquées d'un astérisque (6, 7, 27). Le score total est obtenu en faisant la somme des résultats obtenus à ces trois questions.

Les études de validation ont été réalisées sur des populations cliniques et contrôles (Henderson & Freeman 1978). La version française n'a pas été étudiée. La fidélité test-retest est à 0,87 chez des sujets contrôles et à 0,68 chez des sujets boulimiques. La consistance interne est satisfaisante pour l'échelle de symptômes et l'échelle de sévérité. Les deux échelles différencient les sujets contrôles des sujets boulimiques. La validité convergente est satisfaisante chez des sujets boulimiques avec l'inventaire des troubles alimentaires et l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale. Ainsi la corrélation avec l'échelle de boulimie et l'inventaire des troubles alimentaires est à 0,67 et la corrélation avec l'échelle d'auto-évaluation de l'anorexie mentale est à 0,68. La sensibilité au changement est bonne (Bouvard & Cottraux 1996).

D'après Henderson & Freeman (1987), la note seuil pour l'échelle de symptômes serait 20 et celle de l'échelle de sévérité serait 5.

- Pour l'échelle de symptômes, un score élevé (20 et plus) signe la possibilité d'une boulimie. Tandis qu'un score moyen (10 à 19), indique un comportement alimentaire inhabituel et nécessite un entretien clinique. Enfin un score bas (inférieur à 10) est considéré comme normal.
- Pour l'échelle de sévérité, un score de 5 est cliniquement significatif. Il équivaut à la possibilité d'une boulimie. Et un score de 10 signifie un haut degré de sévérité.

Résultats

Sur les 260 questionnaires distribués, nous avons collecté 251, soit un taux de 96,54% de répondantes. La moyenne d'âge de ces répondantes était de 23,16 ans, plus ou moins 2,26 avec des extrêmes de 18 ans et 30 ans.

Échelle de symptômes

Score supérieur à 20 : huit sujets (3,19% de l'échantillon) avaient un diagnostic possible de boulimie. Score de 10 à 19 : 79 sujets (31,47%) avaient un comportement alimen-

taire inhabituel. Un entretien est nécessaire pour confirmer un trouble du comportement alimentaire. Score inférieur à 10 : 164 sujets (65,34%) avaient un comportement normal.

Échelle de sévérité

- Score supérieur à 10 : trois sujets dans l'échantillon avaient un haut degré de sévérité (1,19%).
- Score de 5 à 9 : 55 sujets avaient un tableau cliniquement significatif : possibilité d'une boulimie (21,91%) ;
- Score inférieur à 5 : 193 sujets étaient concernés (76,89%)

Score de symptômes et score de sévérité

- Score de symptômes supérieur à 20 et score de sévérité supérieur à 10 : aucun sujet
- Score de symptômes supérieur à 20 et score de sévérité inférieur à 10 : huit sujets répartis comme suit :
 - Deux sujets avec un score de sévérité à six-pas de données manquantes dans les items 6, 7 et BMI normal pour un et BMI supérieur à 25 pour l'autre d'où la possibilité d'un *Binge Eating Disorder* (BEDD) et un score de sévérité qui se situe entre deux et quatre ;
 - Six autres ont des scores de sévérité entre 0 et 4. Mais quatre sujets sur les six ont une à deux données manquantes dans les items 6, 7 et 27, ce qui ne permet donc pas de tenir compte du score. Par ailleurs, 4 sujets ont un BMI inférieur à 17,5 (ils sont probablement anorexiques) et 2 sujets ont un BMI supérieur à 25.

Comportements compensatoires

Un seul comportement compensatoire : nous avons trouvé 35 sujets avec un seul comportement compensatoire (coupe-faim, vomissements, diurétiques, laxatifs) répartis comme suit :

- 25 sujets utilisent seulement les coupe-faim (9,96%) occasionnellement : 14 sujets ; une fois par semaine : 1 sujet ;

deux à trois fois par semaine : 2 sujets ; quotidiennement : 4 sujets ; deux à trois fois par jour : 1 sujet ; chez trois sujets la fréquence n'était pas stipulée.

- Parmi les sujets qui utilisent seulement les coupe-faim, 79% le font plus d'une fois par semaine : trois sujets se font vomir occasionnellement (1,19%) ; deux sujets utilisent des diurétiques occasionnellement et cinq sujets utilisent seulement les laxatifs occasionnellement (1,99%).

Deux comportements compensatoires : cinq sujets utilisent deux comportements compensatoires différents (1,99%) dont : un sujet utilise des coupe-faim et des diurétiques occasionnellement ; un sujet utilise des diurétiques et des laxatifs occasionnellement ; un sujet utilise des coupe-faim et des laxatifs occasionnellement ; un sujet provoque des vomissements une fois par semaine et utilise des laxatifs une fois par semaine ; un sujet utilise des coupe-faim deux à trois fois par jour et provoque des vomissements cinq fois par jour ou plus.

Au total, dans la stratégie de contrôle du poids, 11 sujets (4,4%) utilisent soit des laxatifs, soit des diurétiques, soit, ils se font vomir.

Variations pondérales

BMI inférieur à 17,5 : 46 sujets :

- Score de symptômes : > à 20 et score de sévérité < à 5 : 4 sujets
- Score de symptômes : de 10 à 19 et score de sévérité 5 à 9 : 6 sujets
- Score de symptômes : de 10 à 19 et score de sévérité < à 5 : 7 sujets
- Score de sévérité égal à 7 et score de symptômes < à 10 : 1 sujet
- Score de sévérité égal à 10 et score de symptômes < à 10 : 1 sujet



- Autres sujets avec Score de symptômes < à 10 et score de sévérité < à 5.

BMI supérieur à 25 : 23 sujets :

- Score de symptômes supérieur à 20 (3 sujets)
- Score de sévérité égal à 6 (1 sujet)
- Score de sévérité inférieur à 5 (7 sujets)
- Score de symptômes de 10 à 19 : 8 sujets dont trois sujets avec un score de sévérité égal à 6 et 5 sujets avec un score de sévérité inférieur à 5.
- Score de symptômes égal à 5 (score de symptômes inférieur à 10): 3 sujets
- Les autres ont un score de symptômes inférieur à 10 et score de sévérité inférieur à 5.

Commentaires

La boulimie représente le trouble des conduites alimentaires le plus fréquent touchant environ 1 à 3% des jeunes femmes. Sa prévalence est estimée en France à environ 2 % de la population féminine générale et à 4 à 8% de la population féminine estudiantine (Aimez & Michaut 1987). Dans ce qui est considéré comme la première grande étude française sur les conduites boulimiques réalisée par l'INSERM, cette prévalence a été évaluée à 1% des adolescentes (Teyssedou 2000). En suisse, une étude de Ferrero et al. (1987) a montré une prévalence du risque boulimique de 4 à 6% des femmes de la population de l'université de Genève.

Ces résultats sont proches des nôtres, ce qui permettrait de lever le doute sur l'existence de ces troubles dans les populations africaines de race noire. En réalité, ce serait plutôt un manque d'informations pour l'ensemble du continent africain (Guillemot & Laxenaire 1997), quelques rares publications faisant état de la présence du syndrome en Afrique noire en particulier, et de façon plus globale celles des troubles du comportement alimentaire. C'est ainsi que Nwaefuna (1981) avait rapporté en 1981 un cas d'anorexie mentale chez une Nigériane de 22 ans avec utilisation de laxatifs pour se faire maigrir. Plus tard, en 1984, Buchan & Grégory (1984) rapportent un cas d'anorexie mentale chez une Zimbabwéenne de 20 ans.

C'est en 1992 que Peltzer (1992) rapporte le premier cas de boulimie au Kenya en s'attachant en particulier à décrire le modèle alimentaire, la psychodynamique et le traitement psychothérapeutique qui consistait en une combinaison de thérapie cognitivocomportementale et une approche psychodynamique familiale. L'auteur a souligné en particulier la ressemblance de ce cas à ce que l'on trouve dans les cultures occidentales. Cette observation a conforté les hypothèses selon lesquelles l'incidence de l'anorexie et de la boulimie s'accroît au fur et à mesure que les villes africaines connaissent des changements de type occidental. Ainsi, beaucoup d'auteurs pensent qu'il y aurait probablement un problème de méthodologie : les questionnaires auto-administrés ne permettraient pas à eux seuls de déterminer les conduites déviantes. En effet, le recueil des données par

questionnaire devrait être complété par un entretien clinique auprès des cas dépistés pour confirmer le diagnostic de boulimie (Devaud et al. 1995 ; Sanchez-Cardenas 1990).

Quant au *Binge Eating Disorder* (BED), il est évalué dans une revue critique de la littérature par Connors & Johnson (1987) à 2 à 90% des femmes. Si l'on inclut le critère « vomissement », cette prévalence du comportement boulimique passe à environ 1 à 3 % dans notre travail.

C'est en 1959 que Stunkard (1959) a décrit pour la première fois chez quelques sujets obèses ce trouble du comportement alimentaire qu'il appelle *Binge Eating Disorder* (BED). Les principales perturbations rencontrées dans cette forme clinique sont l'absence de satiété, fringales nocturnes et les grignotages liés à une émotion (Gaillac & Samuel-Lajeunesse 1992). Au Nigéria, Oyewumi & Kazarian (1992) ont rapporté une prévalence du BED à 21,16% dans un échantillon de 649 jeunes Nigériennes. Le BED se caractérise également par la survenue récurrente de crises de boulimie.

Une crise de boulimie répond aux deux caractéristiques suivantes : (1) absorption, en une période de temps limitée (par exemple, moins de deux heures), d'une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens absorberaient en une période de temps similaire et dans les mêmes circonstances ; (2) sentiment d'une perte de contrôle sur le comportement alimentaire pendant la crise.

Pour la stratégie de contrôle de poids, nos résultats sont proches de ceux trouvés par Bouvard et al. (1992) en ce qui concerne l'utilisation de laxatifs (3,5%), de diurétique (3,7%) et les vomissements (moins de 2%). Le recours aux vomissements provoqués à l'usage de laxatifs, de diurétiques ou à la pratique d'exercices physiques et sportifs est fréquemment retrouvé chez ces malades, dans le but de contrôler leur poids.

Dans leur étude, Oyewumi & Kazarian (1992) ont trouvé chez les adolescentes nigériennes boulimiques divers comportements compensatoires : 4,70% d'utilisation de coupe-faim, 6,60 % de recours aux diurétiques, 19,60% d'utilisation de laxatifs et 26, 20% de cas de vomissement.

Cette première étude à Dakar nous semble présenter une importance certaine. Toutefois des facteurs limitant la valeur des résultats obtenus sont à relever. Il s'agit essentiellement de l'absence de pré-test, du caractère spécifique de la population étudiée (étudiantes) et de la période de l'année où le travail s'est déroulé (stress à l'approche des examens de fin d'année, ce qui pourrait avoir un impact sur les comportements boulimiques).

Conclusion

À première vue, l'examen de ces résultats laisse apparaître une incidence des conduites boulimiques comparable à celle rapportée dans nombre de travaux occidentaux. Si la prévalence de la maladie a été initialement sous-estimée dans les pays en développement, c'est parce que le diagnostic de

boulimie n'était pas bien documenté dans ces pays (Ford 1992). Toutefois, l'approche clinique devrait être couplée à l'administration des questionnaires, ce qui permettrait probablement de réévaluer au rabais cette incidence.

L'absence de validation de l'échelle utilisée ne devrait pas être un élément limitatif de la portée de notre étude : dans le travail de Zittoun & Fischler (1992) qui ont recensé les études épidémiologiques relatives à la boulimie depuis une dizaine d'années, peu d'entre elles ont utilisé un question-

naire validé. D'autre part, beaucoup d'auteurs n'interrogent lors d'un entretien que les sujets ayant des scores élevés au questionnaire. Ces analyses complémentaires n'apporteraient donc pas de renseignements sur la sensibilisation de l'instrument même en fonction du contexte culturel.

Enfin, la variabilité des normes socioculturelles et des instruments de mesures en matière de conduites alimentaires interdit d'extrapoler les résultats obtenus d'un pays à l'autre et d'une époque à une autre.

Références

- AIMEZ P., MICHAUD S. (1987) « La boulimie en France. Approche épidémiologique » *Actualités Psychiatriques*, 9 : 10-19.
- BEUMONT P.J.V., GEPRGES G.C.W., SMART D.E. (1976) « Dieters and miters and purgers in anorexia nervosa » *Psychol. Méd.*, 6 : 617-622.
- BOUVARD M., COTTRAUX J. (1996) *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Paris : Editions Masson.
- BOUVARD M.P. ET AL. (1992) « Les perturbations alimentaires dans une population étudiante. Données épidémiologiques » *Encéphale*, 15 ; NS 11 : 219-226.
- BUCHAN T., GREGORY L.D. (1984) « Anorexia nervosa in black Zimbabwean » *Br. J. Psychiatry*, 14: 326-330.
- CONNORS M.E., JOHNSON C.L. (1987) « Epidemiology of bulimia and bulimic behaviors » *Addictive behaviors*, 2: 165-179.
- DESAUD C., MICHAUD P.A., NARRING F. (1995) « L'anorexie et la boulimie : des affectations en augmentation ? Une revue de littérature sur l'épidémiologie des dysfonctions alimentaires » *Rev. Epidem. Et santé Publ.* 43 ; 4 : 347-360.
- FERRERO F., ARCHINARD M., JEANNERET R., LUKA L., REVERDIN N. (1987) « Les troubles alimentaires dans une population étudiante » *Psychiatrie et psychobiologie*, 2 ; 5 : 334-342.
- FLAMENT M.F., LEDOUX S., JEAMMET P., CHOQUET M., DANTCHEV N., REMY B., LAGET J. (1993) « Boulimie et autres troubles des comportements alimentaires à l'adolescence : étude épidémiologique dans une population française scolarisée » *Ann. Méd-psychol.*, 151 ; 9 : 635-642.
- FORD K.A. (1992) « Bulimia in an Egyptian student: a case study. » *Internat. J. Eating Disorders*, 11 ; 4 : 407-411.
- GAILLAC V., SAMUEL-LAJEUNESSE B. (1992) « Les obèses boulimiques : un sous-groupe méconnu » *Ann. Psychol.*, 150 ; 6 : 440-443.
- GUILLEMOT A., LAXENAIRE M. (1997) *Anorexie mentale et boulimie. Le poids de la culture*. Paris : Masson, 2ème édition, 138p.
- HENDERSON M., FREEMAN C.P.I. (1987) « A self-rating for bulimia The Bite » *Br. J. Psychiatry*, 150 : 18-24.
- NWAEFUNA A. (1981) « Anorexia nervosa in a developing country. » *Br. J. Psychiatry*, 138: 270-271.
- OYEWUMI L.K., KAZARIAN S.S. (1992) « Abnormal eating attitudes among a group of Nigerian youths. I: Bulimic behaviour » *East African med.* 69; 12 : 663-666.
- PELTZER K. (1992) « Bulimia nervosa in a black Kenyan » *Psychopathol. Afric.*, 24; 3: 331-347.
- RUSSELL G.F. (1979) « Bulimia nervosa : an ominous variant of anorexia nervosa » *Psychol. Méd.*, 9 : 429-448.
- SANCHEZ-CARDENAS M. (1990) *Le comportement boulimique*. Paris: Masson, 112p.
- STUNKARD A.J. (1959) « Eating patterns and obesity » *Psychiatr. Q.*, 33 :284-292.
- TEYSSÉDOUA. (2000) « La boulimie : 1%des adolescentes. » *Nutrition*, 9 : 8-10.
- ZITTOUN C., FISCHLER C. (1992) « Boulimie et épidémiologie. » *Encéphale*, XVIII : 407-412.



Papa Lamine Faye

Analyse d'aspects psychosociaux de la résistance thérapeutique d'un schizophrène

Auteurs : Papa Lamine Faye¹,
Fatoumata Bâ², El Hadj Makhtar Bâ³,
Mamadou Habib Thiam⁴, Omar Sylla⁵

Résumé

Les auteurs ont tenté dans ce travail, d'apporter un éclairage socio-familial à une schizophrénie résistante. Il s'agit d'un mauritanien de 22ans, suivi en ambulatoire en Mauritanie. L'exacerbation des troubles a justifié son hospitalisation au Sénégal, par sa famille soucieuse d'échapper à la stigmatisation. Cette admission a duré deux mois sans rémission clinique après une intolérance aux neuroleptiques classiques de forme injectable. Les efforts d'adaptation du patient imposés par le contexte migratoire dans ce milieu nouveau, semblent avoir été compromis par une perception de la réalité déjà altérée par la maladie. Le retour à domicile et une réorganisation du schéma de fonctionnement familial ont engendré une sédation des symptômes en 15 jours. Sous cet angle, l'agitation persistante en cours d'hospitalisation a pu constituer une réponse partielle du patient à une distribution dysfonctionnelle des rôles parentaux.

Mots-clés : Institution psychiatrique • Schizophrénie • Résistance thérapeutique • Famille • Afrique

Abstract

The authors have attempted in this work to shed light on family socio-resistant schizophrenia. This is a Mauritanian 22years, followed by outpatient Mauritania. The exacerbation of disorders justified his hospital in Senegal, his family anxious to escape the stigma. This admission has lasted two months in clinical remission. Adaptation efforts imposed by the context of migration in this new environment appear to have been compromised by a perception of reality already affected by the disease. The return home and a reorganization of the scheme of family functioning have produced symptoms of sedation in 15 days. From this perspective, the ongoing turmoil during hospitalization could be a response to a dysfunctional distribution of parental roles.

Keywords : Schizophrenia • Psychiatric Institution • Resistance • Family therapy • Africa

Introduction

Traiter une maladie psychiatrique comme si elle n'existait que dans la chimie du cerveau ou dans les pensées de l'individu, c'est ignorer une partie importante du fonctionnement humain que constitue le contexte interpersonnel et social de cette maladie [3]. Et l'intervention familiale peut canaliser les forces de la famille et faciliter l'émergence d'énergies

créatrices qui se manifestent rapidement dans le quotidien familial [6].

D'ailleurs les échecs de la thérapie se construisent à l'intérieur du système parce que l'offre thérapeutique globale ne s'intéresse pas à la maltraitance dont certaines familles font l'expérience pendant le traitement [5].

Notre expérience clinique nous a révélé que souvent la famille est prompte à extirper le malade de son lieu de vie

1. Maître-assistant

Clinique Psychiatrique Moussa Diop de Fann

2. Psychiatre

Clinique Psychiatrique Moussa Diop de Fann

3. Interne en psychiatrie des hôpitaux

Clinique Psychiatrique Moussa Diop de Fann

4. Professeur Agrégé de psychiatrie

Clinique Psychiatrique Moussa Diop de Fann

Correspondance : Dr Papa Lamine Faye, Psychiatre des Hôpitaux, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5097, Dakar-Fann, Dakar, (Sénégal), Tél. : +221.77.657.18.03 ; +221.33.869.18.30 ; E-mail : papelaminefaye@yahoo.fr

habituel pour l'« enfermer » à l'hôpital et se soustraire de la honte liée à la stigmatisation de la maladie mentale.

Dans ce travail, les auteurs ont tenté d'interroger le sens du symptôme psychotique quand le milieu familial peut se révéler plus efficace dans son éradication et dans la reconstruction de la personnalité.

Observation

Nabil est un Mauritanien de 22 ans, cadet d'une fratrie utérine de trois enfants. Il a été suivi en Mauritanie pendant plusieurs mois pour des troubles psychotiques d'allure schizophrénique. Ses parents se sont décidés à le faire hospitaliser au Sénégal, pays frontalier en Afrique de l'ouest pour échapper à la stigmatisation, à la suite d'apparition de manifestations hétéro-agressives. Le traitement neuroleptique par voie parentérale instauré d'emblée, était à base d'halopéridol, de chlorpromazine et de diazépam. Un tableau d'hyperthermie isolée à 40° et une rigidité musculaire légèrement généralisée après une dose avaient nécessité son transfert au service des maladies infectieuses. Les investigations cliniques et paracliniques n'avaient pas mis en évidence de foyer infectieux après 07 jours d'hospitalisation. Il avait néanmoins bénéficié d'un traitement antibiotique non spécifique avec 2 g de ceftriaxone, 160 mg de gentamycine et une réhydratation parentérale. L'évolution était favorable avec apyrexie totale. Mais nous l'avons réadmis en service de psychiatrie devant la persistance des symptômes psychiatriques avec tendance à l'aggravation.

Il arrachait les perfusions, présentait des conduites de gâtisme et une recrudescence de l'agitation. Il se débattait pour partir, urinait sur ses habits, n'exprimait aucune plainte et poussait des cris. Les claquements de langue qu'il émettait à intervalles irréguliers s'associaient à des coups violents qu'il s'administrait sur la cuisse droite. Il suscitait la fascination des autres malades qui craignaient de s'approcher de lui. Un sourire discordant barrait souvent son visage quand il réussissait à s'agripper violemment aux habits des membres de l'équipe de soins, s'il ne les connaît pas. Le personnel soignant dissimulait difficilement la crainte qu'il avait eue de ce patient dont l'agressivité était imprévisible et l'observance thérapeutique inconstante.

Les effets collatéraux survenus en début de traitement avaient empêché un nouveau recours aux neuroleptiques classiques. Les neuroleptiques de nouvelle génération n'étant pas disponibles en forme injectable dans notre service. L'inefficacité du diazépam incitait le père, à recourir régulièrement à la contention physique. Une corde attachée à la cheville du malade est reliée à sa jambe pour l'immobiliser. Le père s'adressait en pleurs à l'équipe de soins : « aidez-nous, nous sommes fatigués ».

Nabil se montrait surtout agressif vis-à-vis de sa mère. Et le père brandissait souvent une chaussure en signe de menace pour le contenir.

Des difficultés relationnelles se sont installées progressive-

ment entre la famille et le personnel de soins qui jugeait la famille intrusive et critique vis-à-vis du traitement. Le père suppliait, en pleurs l'équipe de soins d'utiliser les « bons médicaments » pour calmer l'agitation de Nabil. Nous avons finalement décidé de procéder à une contention physique au lit avec des draps face à l'échec de la chimiothérapie. Les jours suivants, il extériorisait une gestuelle ample et désordonnée d'allure choréique. L'avis neurologique requis avait émis l'hypothèse d'une leucoencéphalopathie pour laquelle aucun des examens demandés (une électroencéphalographie de veille et de sommeil, un scanner cérébral, une imagerie par résonance magnétique et une numération-formule sanguine) n'avait pu être effectué du fait de l'agitation.

L'équipe médicale avait eu plusieurs fois recours aux autres méthodes thérapeutiques pratiquées dans le service notamment les réunions institutionnelles ou « penc » qui sont des rencontres hebdomadaires entre soignants, malades et accompagnants. Il s'agit durant ces réunions de redonner la parole aux patients pour entre autres, leur permettre de mettre des mots sur leur ressenti afin de réduire les conduites de l'agir.

Un entretien avec le frère de Nabil venu lui rendre visite nous avait permis de comprendre partiellement la dynamique familiale. Le père s'émeut facilement et fait souvent face à ses responsabilités de chef de famille avec appréhension. La mère se laisse difficilement ébranler par les épreuves de la vie. Elle est décrite comme perspicace, parfois distante, parfois chaleureuse. Nabil est habituellement réservé. Il est plus proche de son père et voue un profond respect mêlée de crainte à sa mère malgré les critiques qu'elle formule souvent à l'encontre des décisions paternelles.

La sortie avait été finalement demandée par les parents de Nabil après deux mois d'hospitalisation sous 4 mg de rispéridone et 2 mg de lorazépam en deux prises matin et soir chacun. Nous avons conseillé à la mère d'intervenir le moins possible dans la relation de Nabil à son père qui devait gérer son fils avec un peu plus de fermeté. Le retour à domicile en Mauritanie avait été marqué par une sédation progressive des symptômes qui s'étaient presque totalement amendés en deux semaines avec le traitement de sortie. Le père qui s'était résigné avait, selon ses propres termes, opéré davantage un retour vers la foi religieuse qui exhorte les fidèles à rester endurants face aux épreuves de l'existence. Son comportement était devenu plus pondéré, moins empreint de débordement émotionnel. Il avait relâché son étreinte autour du malade sans se détourner de lui. Il lui imposait néanmoins des heures de coucher régulières et manifestait à son endroit une attitude ferme et bienveillante. Nabil exécutait les ordres simples que lui donnait son père. L'agitation s'est calmée et le discours s'est éclairci. Son état clinique s'est amélioré en 15 jours. Il a pu reprendre ses études. A la consultation suivante trois mois plus tard, il se montre coopérant avec un contact de bonne qualité, se souvenant avoir été hospitalisé dans le service sans en connaître suffisamment les détails. La famille nous



a assuré n'avoir apporté aucun changement à la prise en charge malgré notre insistance pour comprendre la manière dont l'état clinique de Nabil s'est amélioré hors des murs de l'hôpital. Les rendez vous trimestriels ont confirmé la consolidation de l'amélioration.

Commentaires

1. Un contexte migratoire aliénant

Liauzu [4] pense que, l'individu privé de raison, est accessible au traitement moral c'est-à-dire à la crainte, à l'espoir, aux sentiments, à l'honneur. L'absence d'amélioration clinique de Nabil pouvait dès lors être envisagée dans une perspective dynamique. Il est possible en effet que cette hospitalisation ait été vécue comme une injustice et un rejet familial. L'hospitalisation l'avait immergé dans un environnement étranger dont il n'avait jamais fait l'expérience après avoir été extirpé de son milieu de vie habituel. Ce déplacement géographique motivé par le souci d'éviter de ternir l'image familiale, avait peut être contraint Nabil à un effort d'adaptation dans un monde qu'il tente de reconstruire de manière morbide.

Sa santé a pu s'améliorer contre toute attente à la faveur semble t-il d'une intégration réussie dans sa communauté d'origine.

2. Un système familial dysfonctionnel

Son entourage a pu, sans s'en rendre compte, développer des stratégies de comportement en faveur d'une atténuation symptomatique et d'une réduction des incapacités sociales. Il a fallu que le père et la mère suivent la consigne dictée par les soignants pour que s'amorce le changement de Nabil. Ses troubles peuvent avoir représenté une forme de protestation contre un dysfonctionnement familial dans lequel les places des uns et des autres sont bousculées. Cette situation

a pu autoriser ainsi la confusion psychotique de Nabil. La reprise en main du rôle de chef de famille par le père a permis à Nabil d'investir le pôle paternel comme modèle identificatoire. La violence extériorisée contre sa mère peut être compréhensible dans un certain sens. N'était-ce pas une manière de s'autoriser une agressivité toujours contrôlée envers le pôle maternel disqualifiant vis-à-vis du père. Ceci corrobore l'idée de Bantman [1] selon laquelle toute crise familiale contient en germe sa solution.

3. Compréhension psychopathologique du symptôme

Au désinvestissement préalable, de la réalité s'associe logiquement celui d'un système perçu comme contradictoire aux exigences d'apaisement de souffrance [3]. Le malade mental est susceptible de garder des parties saines de sa personnalité qui lui permettent d'appréhender la réalité extérieure tout au moins en partie. Il peut, à défaut du verbe, communiquer son ressenti par son comportement. Il peut s'opposer, s'agiter, extérioriser une peur que voile habilement une agressivité qu'en grande partie on s'acharne à taire.

Il peut dès lors manifester à l'endroit de ses proches de l'agressivité lorsqu'une hospitalisation lui est imposée. Le vécu en est exprimé par un sentiment d'exclusion et de rejet familial qu'il va tenter d'annihiler par des comportements de régression avec gâtisme à même de focaliser l'attention de la famille sur lui. Ce sentiment va déteindre sur une relation thérapeutique empreinte de réticence voire de refus de coopérer et dans laquelle s'entremêlent agitation et agressivité. Ce processus qui va se dérouler à un niveau non-verbal est souvent la manifestation désorganisée d'un langage dont le décryptage passe par des interrogations multiples sur le sens du symptôme.

Sous ce point de vue, l'agitation et l'agressivité peuvent avoir valeur de revendication contre sa famille et le système de soins. Chazaud [2] pense que l'agitation est parallèle au défaut de moyens et d'occasion d'expression et à certain type de relations.

De par sa résistance à l'épreuve thérapeutique, le symptôme de Nabil met en échec l'institution thérapeutique malgré tout l'acharnement déployé pour l'éradiquer. Le malaise du personnel soignant résidait dans la difficulté à le calmer. Fallait-il pour autant mettre fin à l'hospitalisation sous prétexte que l'institution ne disposait d'une réponse chimiothérapique sédatrice susceptible d'aménager un cadre thérapeutique dans lequel s'ouvrirait des espaces de parole ?

On sait que se forcer, faire preuve de volonté, face à la résistance, ça ne sert à rien sauf à la renforcer [4].

Nous pensons que la tendance obstinée à calmer le symptôme est susceptible de rendre inopérant la prise en charge. Le refus inconscient de guérir paraît figurer en bonne place parmi les stratégies inconsciemment mises en place par Nabil

pour faire entendre une souffrance psychologique au-delà de l'expression manifeste des symptômes.

Conclusion

Ce travail peut permettre de se rendre compte que la famille détient des ressources thérapeutiques qu'elle est loin de soupçonner quelquefois et qui contribuent à la réhabilitation du malade mental. Transplanter celui-ci vers des structures de prise en charge alors qu'il peut en disposer dans sa communauté d'origine semble représenter un facteur supplémentaire de stress et d'aggravation des troubles. Outre la fonction du symptôme dans cette famille, la résistance thérapeutique paraît s'enraciner dans la difficulté de cette famille à s'inscrire dans le nouveau contexte social à partir duquel la thérapie semble tirer l'essentiel de son efficacité. Ces ressources familiales en apparence modestes ont peut être créé un environnement plus structurant pour Nabil qui a pu graduellement reconstruire une personnalité en déliquescence.

Bibliographie

1. Bantman P. – De la psychiatrie de secteur à une – quelle place pour la famille ? *Vie Sociale et Traitement*, 1997 ; 52 : 16-18.
2. Chazaud J. – *Introduction à la thérapie institutionnelle*, Collection Regard, Editions Privat, 1978, 59-85
3. Gerin Y.- *Souffrance et psychose : psychopathologie sociale clinique*- Editions L'Harmattan, 1997, 368 pages
4. Liauzu J.-P. – Pathologies résistantes et pathologies résiduelles, *Nervure*, 1998 ; XI ; 4 : 16-18.
5. Minuchin S., Elizur J.- *Maladie mentale et hospitalisation psychiatrique : famille, psychothérapie et société*- De Boeck Université, 2008, 224 pages
6. Villeneuve C.- *L'intervention en santé mentale : le pouvoir thérapeutique de la famille*- PUM, 2006, 143 pages



Dakar : monument de la renaissance africaine (photo Google).



Geneviève Badoc

« Les archanges », « Eux aussi sont des enfants ». Séjour au centre Vidjingni Bénin, 4 -18 novembre 2010

Résumé

Deux psychologues d'Avignon ont effectué un stage au Bénin dans un lieu de vie et de soins pour enfants psychotiques et autistes abandonnés par leur famille et accueillis là par des religieuses. L'auteur décrit le fonctionnement institutionnel de ce centre et la participation des deux professionnelles intervenant dans le cadre de l'association France Bénin Vaucluse.

Mots clés : autisme, Bénin, psychose infantile, psychothérapie institutionnelle.

Abstract

Two psychologists of Avignon completed an internship in Benin in children center for psychotic children and autistic abandoned by their families and greeted by nuns. The author describes the institutional functioning of the center and the participation of the two professional of the association France Benin Vaucluse.

Key words : autism, Benin, infantile psychosis, institutional psychotherapy.

Origine du projet

C'est par Pierre Évrard et Monique Wagner de l'association France Bénin Vaucluse que j'ai eu connaissance du centre et de la demande exprimée par la responsable : soutenir le personnel dans son travail quotidien auprès des jeunes. C'est ainsi que nous nous sommes rendues, ma collègue Anne et moi-même à Dekanmé, village de 2 500 habitants, à 65 km de Cotonou dont 35 kms de piste après Ouidah, pour une durée de deux semaines.

Présentation du centre

Le centre qui dispose d'eau et d'électricité a été construit avec l'aide de « Terre des hommes », ONG suisse, financée par l'Union européenne à hauteur de 60 millions de francs CFA (94000 €), pour être un lieu d'accueil pour des enfants¹ souffrant de troubles psychiques graves, autisme et psychoses.

Sœur Sabine mandatée par sa communauté est venue s'y installer avec les premiers enfants en 1995.

Psychologue clinicienne
Avignon – 06 70 38 56 15

1. Les termes « jeunes » ou « enfants » désignent indifféremment les personnes accueillies au centre

Le centre se compose :

- D'un bâtiment qui accueille la communauté de huit Sœurs Augustine du Bénin dont Sœur Sabine, infirmière puéricultrice, est la responsable. Toutes sont béninoises.
- D'une boulangerie et d'une boutique donnant sur la rue.
- D'un bâtiment, composé de quatre chambres, d'une salle à manger et de sanitaires précédé d'une paillote en ciment qui accueille 21 jeunes de 5 à 35 ans. Deux sœurs s'occupent des enfants dont l'une d'entre-elles est infirmière à la retraite.
- D'un internat sous la responsabilité d'une sœur qui accueille une dizaine d'enfants orphelins de 18 mois à 17 ans. Les enfants fréquentent l'école primaire, le CEG ou le lycée. L'ensemble de ces installations est entouré d'un mur de clôture.
- D'une ferme, éloignée d'une dizaine de kms dont une sœur est responsable. Quelques jeunes déficients y logent et y travaillent ; d'autres jeunes du centre viennent aider ponctuellement.

L'idée de créer une ferme est venue à Sœur Sabine à la suite d'un séjour en Italie dans un hôpital où la ferme faisait travailler et nourrissait les patients. La ferme devrait permettre l'autosuffisance alimentaire et financière. Elle a commencé en 2000, sur une surface de 17 hectares. Outre les jeunes qui y travaillent, l'équipe comprend également un gardien et 5 ouvriers.

Les activités de la ferme sont nombreuses et variées. On y trouve :

- De l'élevage : poules pondeuses, lapins, chèvres laitières pour la production de fromage et de yaourt destinés à la consommation du centre. L'élevage de porcs pour la vente, décimé par la peste porcine, redémarre dans une nouvelle porcherie moderne.
- De l'apiculture, de la pisciculture.
- De la production végétale : manioc, maïs, ananas, agrumes. On transforme le manioc en gari (farine grillée) et les agrumes en sirop et jus de fruit.
- Du maraîchage qui a disparu avec l'inondation d'octobre 2010 : carottes, tomates, aubergines, feuilles.

L'accueil des pensionnaires

Le centre accueille 21 jeunes de 5 à 37 ans dont 7 filles, quelques unes sont de pays voisins. Sœur Sabine accueille les enfants à condition :

- qu'ils soient orphelins et qu'ils n'aient pas de famille pour s'occuper d'eux,
- qu'ils aient des troubles psychiques et qu'ils aient été reçus en consultation psychiatrique.

Ce sont très souvent des enfants abandonnés et trouvés. Les enfants reçoivent souvent le prénom du Saint du jour pour se rappeler de la date de leur arrivée.



La pagode.

L'équipe du centre

Les jeunes sont entourés par 5 « tatas » (nom donné aux femmes qui s'occupent de ces jeunes). La plus ancienne y est depuis 8 ans et dirige l'équipe. Elle a négocié de pouvoir rentrer dormir au village le soir. Elle a un CAP de comptable et parle français. Trois autres sont là depuis deux ans et une depuis quatre mois. Deux d'entre elles parlent un peu le français mais pas les deux autres qui n'ont jamais été à l'école. Elles gagnent 35000 francs CFA par mois (environ 28 euros), dont 18000 leur est retiré pour leur pension.

L'équipe est actuellement insuffisante. Il faudrait deux ou trois tatas supplémentaires pour leur permettre d'avoir un

jour de repos par semaine. Elles attendent d'avoir fêter Noël au centre pour avoir leur congé en famille. D'après Sœur Sabine ce sont des personnes en difficulté qui ont été contentes de trouver un travail pour permettre à leurs enfants d'étudier. Au regard des difficultés de la vie quotidienne dans le pays, elles ne se plaignent pas de leur sort.

À cette équipe s'ajoutait une kinésithérapeute qui, enceinte, a cessé de venir au cours de cette année.

Le psychiatre vient surtout pour les jeunes qui sont en fauteuil roulant ou intransportables du fait de la difficulté à les gérer, les autres se déplacent éventuellement à son cabinet.

Tous ont des traitements sauf deux enfants : Jean de Dieu et Antoinette. Le financement des traitements est problématique. Actuellement il existe 7 parrainages de 20 euros par mois et par personne et Sœur Sabine doit se démener pour récolter des dons pour assurer le traitement de tous. Elle a passé un contrat avec une entreprise pharmaceutique locale qui lui fabrique des génériques.

La vie quotidienne du centre

Notre première journée a été une journée d'observation.

Le centre se réveille à partir de 6 heures du matin. Une fois les tatas prêtes, elles balaient l'espace cimenté ainsi que la latérite et les cailloux autour de la paillote. Pendant ce temps les jeunes et les enfants se lèvent, juste en culotte ou en tee-shirt à moitié habillés et vident leur pot de chambre dans les toilettes. Ce temps est calme. Ils sont quatre ou cinq par chambre, dans certaines chambres une tata dort avec les enfants.

Après la douche et l'habillage par les tatas les enfants déjeunent. Tous les repas sont précédés du bénédicité et suivis des grâces ; les tatas sont très présentes autour des besoins primaires des enfants : nourrissage, propreté... avec une certaine passivité concernant le vécu corporel des enfants qui sont changés deux fois par jour mais à qui on ne propose pas d'aller aux toilettes.



Vie quotidienne.

Ce matin, nous avons passé la matinée avec les jeunes. Chaque matin il leur est proposé de travailler. Le décortiquage du sésame occupe de façon plus ou moins intense la moitié d'entre eux. Peu sont affairés à leur tâche ; les autres vont et viennent autour de la paillote, émondant quelques graines, se chamaillant et repartant. Sœur Joseph-Élisabeth, infirmière de formation, est restée au centre de la paillote décortiquant le sésame et surveillant les enfants. Les tatas installées dos à l'espace commun, ont dépiauté des petits poissons qui viendront agrémenter la sauce du repas de midi. Généralement les tatas n'interviennent pas dans les échanges des enfants à part pour gronder ceux qui se chamaillent et récupérer ceux qui s'éloignent.

Sur le planning est inscrit un temps pour des activités plus créatives ou stimulantes : massage, chorale, promenade... mais, à cause du manque d'encadrement, ce temps là n'apparaît pas occupé et il est pris par l'activité de décortiquage du sésame ou d'épluchage du maïs qui s'étend à toute la matinée.

Angelo et Hilda sont deux jeunes du centre qui sont maintenant adultes ; ils aident les tatas dans une position de grand frère et grande sœur. Nous nous sommes posé la question de l'infantilisation de ces adultes qui vivent la même vie que les enfants. Angelo a une chambre indépendante, c'est faute de place qu'Hilda n'en bénéficie pas. Comment les différencier en raison de leur âge et de leur capacité et quel avenir leur proposer ?

Le repas de midi se prend dans la salle à manger joliment décorée où chacun à sa place à table puis c'est le déjeuner des tatas, la sieste jusqu'à 15h, le goûter, la douche, le pliage du linge.

Le chapelet a lieu tous les jours à 17h ; c'est un temps de prière très structuré ; différentes tatas, une sœur, une résidente, récitent à tour de rôle une dizaine de prières correspondant à une dizaine de grains de chapelet. L'animateur récite la moitié des prières et les autres répondent. Ceux qui ne parlent pas font un son guttural au moment de la récitation collective. Les sœurs et les tatas se tiennent ensemble sans se mélanger aux enfants. C'est le seul temps où l'ensemble du groupe se retrouve autour d'une activité partagée.

Le repas du soir a lieu vers 18h, assis par terre dans le couloir, puis les enfants se couchent et les tatas dînent.

Chaque journée est structurée de la même manière, les jeunes se repèrent très bien et se plient au déroulement de la journée sans difficulté.

La pratique religieuse est source de diversité. Le dimanche certains jeunes les plus tranquilles, vont à la messe au village voisin. Des tatas les accompagnent. Les fêtes religieuses et surtout Noël sont l'occasion de réjouissances, repas de fête, cadeaux. Tous les jeunes ont une nouvelle tenue à cette occasion, confectionnée par la couturière employée du centre. En dehors du fait que les prières structurent le cadre de la journée, la pratique religieuse est un espace commun entre jeunes, tatas et sœurs. C'est un élément qui lie la communauté. C'est peut-être cet élément fort qui fait que

ces conditions de travail qui nous apparaissent très difficiles sont ici acceptées librement. Pour les tatas c'est un partage de vie, un apostolat comme le dit sœur Sabine, en plus d'un travail faiblement rémunéré.

Nos activités

Activité conte

J'avais pensé à ce support pour goûter ensemble à un moment calme, apaisé, l'histoire éveillant l'intérêt, fixant l'attention des enfants. Nous en avons parlé avec Augustine, la tata référente la plus ancienne. Après lui avoir fait part de notre projet nous lui avons demandé d'assurer la traduction pour les enfants et les autres tatas. Déjà le premier jour, quand nous nous sommes présentées à tous les enfants elle a traduit nos propos. Les tatas se sont facilement prêtées à regrouper tous les enfants y compris ceux qui sont en fauteuil où ceux qui sont attachés du fait de leur handicap.



Activité conte animée par Geneviève Badoc.

J'ai conté l'histoire de Boucle d'Or et les trois ours. Anne a montré les images aux résidents et Augustine a traduit prenant très à cœur son rôle ; à la fin, elle a même recommencé l'histoire en prenant la place de conteuse. L'intérêt était vif pour certains mais tous étaient attentifs et très intéressés par les illustrations même si seulement deux semblent avoir compris le sens de l'histoire. *Un peu comme au chapelet, ce fût un moment où il y a eu une contenance du groupe, mais nous étions davantage présents et dans l'interaction, alors qu'au temps du chapelet nous étions plus passifs, portés par le rituel.*

Nous remarquons qu'il fût facile de regrouper ces enfants, d'obtenir leur attention, leur calme ou encore le respect du cadre proposé. À la fin du conte ils étaient encore en demande d'activité, ne bougeant pas de leur place, très avides de ce qu'on pourrait leur proposer.

Le deuxième récit a été fait à la demande de Jérôme qui nous a tendu le livre. Le conte a été traduit par tata Micheline qui l'a adapté à la vie africaine. Nous l'avons proposé quelques autres fois.

Activité motricité

Le ballon que nous avons acheté à Cotonou était réclamé par les résidents depuis notre arrivée. Nous avons réfléchi à l'introduire dans une activité groupale autour de l'échange, jeux de passes à la main ou tirs au but avec le pied. Nous n'avons pas eu la participation des tatas et des sœurs et nous avons été parfois débordées par certains enfants. La première fois nous avons mis un CD et proposé de faire une ronde pour ramener un peu de calme. Nous avons constaté qu'il était difficile de faire une activité sans traductrice.

Un petit groupe d'enfants est très en demande pour jouer au ballon tous les jours, ils nous sollicitent pour y jouer.

Pauline-Ange et Noé ont du mal à se défaire du ballon pour le renvoyer. Les enfants ont besoin d'être encadrés et seul Jean de Dieu a besoin d'être stimulé pour participer au jeu. Seuls, les enfants ne sont pas en capacité de se faire des passes.

L'objectif, prendre en compte l'autre dans le jeu de passe, a été difficile à réaliser.

Les tatas qui ne participaient pas au jeu ont été quelquefois très observatrices. Nous nous sommes posés la question du sens que pouvez avoir une activité faite sans les elles.

La salle d'activité

Nous l'avons découverte en demandant du matériel à Sœur Sabine. Nous fûmes surprises qu'on ne nous en ait pas parlé plus tôt. La salle n'a plus fonctionné depuis 18 mois faute de disponibilité des tatas, moins nombreuses. La salle est très riche en matériel divers : jouets, puzzles, feutres, jeux de tous niveaux.

Une tata utilisait la salle avec des enfants mais s'est vite épuisée faute de formation spécifique. Elle essayait de faire du préscolaire avec les enfants, ce qui apparaît difficile face aux lacunes d'acquisitions de base en terme de repères

Nous avons passé une après midi à remettre en état le lieu. Les enfants (Maxime, Noé, Antoinette, Jérôme, Jean de Dieu) habitués à cette pièce ont été très heureux d'y revenir, très disciplinés et concentrés pendant une heure.

Sœurs Yvette et Augustine sont venues observer et Augustine en a profité pour nous demander clairement comment elle



La salle d'activité.

devait se comporter pour que Jean de Dieu progresse. Elle a pris des notes sur nos indications. Elle a exprimé sa difficulté à cadrer cet enfant. Depuis quelques jours Jean de Dieu, 5 ans, part ; il quitte le centre tout seul, il ne sait pas revenir et tout le monde est affolé. Chacun cherche une solution. Les tatas proposent de l'enfermer ou de l'attacher. Sœur Sabine refuse et dit qu'il va devenir une bête sauvage. Malgré tout, les tatas ont commencé à l'enfermer et à l'attacher, ce qui ne l'a pas empêché pas de récidiver.

Le dernier jour, il est difficile de fermer la salle, les enfants ont compris que nous partions le lendemain.

Les réunions

Elles ont été proposées à notre initiative mais il a été difficile de les mettre en place, des priorités venant bousculer les prévisions, le temps africain n'est pas le nôtre. Il me semblait important d'avoir des temps d'échanges formalisés avec le personnel pour connaître leurs attentes, leurs difficultés mais cela n'était pas dans leurs habitudes, nécessitait confiance et patience et ne pouvait sans doute pas s'envisager sans la sœur responsable. Il est préférable de développer les échanges lorsque les occasions se présentent comme avec Sœur Sabine qui nous racontait souvent l'histoire des enfants lors de nos déplacements en voiture. Nous n'avons eu qu'une rencontre avec les tatas au cours de laquelle celles-ci se sont plaintes de leur difficulté à être au contact de ceux qui bavent, urinent ou défèquent sur eux. Certains jouent avec leurs matières à la sieste ou durant la nuit ; certains sont changés plusieurs fois par jour. Ce qui est difficile c'est quand ils ne sont pas coopérants.

Chaque semaine les tatas changent de tâche : donner le repas aux personnes qui ne mangent pas seules, coucher les 5 personnes incontinentes et non autonomes, nettoyer tous les locaux, plier le linge.

Réunion institutionnelle

Sœur Sabine propose habituellement une réunion avec le personnel le lundi mais ces derniers temps, il y a eu beaucoup d'empêchements.

Cette réunion présidée par sœur Sabine et traduite par ses soins se tient dans le réfectoire en présence des tatas et des religieuses qui s'occupent des enfants. Les enfants sont sous la paillote, ils se gardent seuls. Sœur Sabine ouvre la séance par une prière et nous demande de faire part de nos observations et de leur donner des conseils.

Nous les remercions de leur accueil et soulignons la difficulté de la tâche des tatas, peut-être la plus difficile au centre. Le travail le plus pénible comme elles le répéteront elles-mêmes est d'être confronté à la bave, au pipi, aux excréments de ceux qui ne sont pas propres et qui jouent avec leurs matières fécales.

Nous avons observé que les enfants se frappent constamment et qu'ils sont frappés également. Ils peuvent ne pas comprendre pourquoi ils sont frappés alors que nous leur interdisons de le faire entre eux, ne pas faire le lien entre ce qu'ils ont fait et la punition ; il faudrait trouver d'autres

façons de leur signifier notre mécontentement comme leur tenir les mains, les regarder dans les yeux, les amener à Sœur Sabine pour rester quelques minutes à genoux devant Saint Joseph. Sœur Joséphine dit que c'est dans la mentalité du pays de corriger, de frapper les enfants qui font mal.

Dans la salle d'activité les séances d'une heure environ sont parfois agitées, d'autres calmes, l'essentiel est de tenir dans la régularité, mieux vaut faire moins de séances et les tenir que de laisser passer beaucoup de temps sans séance. Le but n'est pas de se préparer à lire ou à écrire mais que les enfants aient un espace où ils peuvent créer, imaginer dans le respect des règles vis-à-vis des autres et du matériel qu'il est interdit de détruire. La sœur nous dit que ce n'est pas dans la mentalité du pays de laisser jouer les enfants, qu'il doivent dès que possible être autonomes et travailler. Ici, dans la mesure du possible, quelques enfants ont une tâche, porter les seaux d'eau, les vider, essuyer la vaisselle, guider Mikaël aveugle.

Nous relevons que quelques jeunes ne sont pas dans le groupe. Régis attaché et halluciné ne bouge pas de la journée du fond du couloir ; avant on le promenait mais il n'y a plus assez de personnel ; Carlo et Sanson ne sont pas non plus dans le groupe car ils sont peu socialisés.

Nous avons observé la présence d'adultes au côté de jeunes et d'enfants. Faute de place il n'y a actuellement que Sanson et Angelo qui ont une chambre à part en raison de leur âge. Les enfants sortent peu du centre. Quelques uns vont à la ferme de temps en temps ; quelques autres, les plus adaptables vont en « colonie » avec ceux de l'internat, 8 jours par an.

La santé mentale au Bénin

Sœur Sabine nous dit que les gens du village n'ont pas compris quand elles sont venues s'y installer pourquoi elles s'occupaient de ces enfants ; maintenant le village accepte mieux parce qu'il voit les enfants grandir et en progrès.

L'infanticide est interdit au Bénin.

Il y a des croyances, comme l'enfant qui pousse sa première dent sur la mâchoire inférieure porterait malheur. Dans certaines régions, les enfants susceptibles de porter malheur ou handicapés étaient renvoyés à la mer sur une calebasse ou dans un radeau, ils se noyaient. Celui dont la mère est morte en le mettant au monde serait un enfant sorcier. C'est le cas de Carlo recueilli avec le cordon ombilical, on ne pouvait demander Les matrones qui s'en sont occupé l'ont vraisemblablement délaissé en raison de leur croyance. Les jumeaux peuvent porter bonheur ou malheur.

Cependant certains parents les élèvent, alors que d'autres les délaissent, les abandonnent car ils ne peuvent pas travailler.

Le centre a reçu la visite d'agents envoyés par le ministère de la famille, deux sociologues en mission pour faire un état des lieux et un recensement des besoins des orphelinats du Bénin. D'après eux il n'existe pas d'autre lieu dans le Bénin qui accueille des enfants avec des troubles psychiques dont certains sont associés à diverses formes de handicaps moteurs ; l'hôpital psychiatrique Jacko à Cotonou n'accueille

pas d'enfants, la prise en charge de ces enfants est le fait de communautés religieuses ou d'initiatives privées.

Ce séjour fut pour moi très enrichissant et questionnant

Qu'est ce qui fait :

- que des jeunes d'âges, de pathologies, d'handicaps et de comportements très différents, pris en charge par des tatas sans formation cohabitent dans une ambiance familiale relativement paisible et sans grande violence, les cris n'étant le fait que de quelques uns ?
- que le travail pénible et non valorisé de ces femmes 24h sur 24h, sans repos depuis plusieurs mois, ne suscite de leur part aucune protestation ?

La croyance et la pratique religieuse fondent et lient les divers groupes, le centre, l'internat, la communauté religieuse donnant ainsi un sens et une contenance psychique au travail de chacun. Cela s'inscrit dans un pays très religieux (adeptes du Vaudou, chrétiens avec un grand nombre de sectes, musulmans) où l'on se réfère à une puissance autre qui intervient dans la vie.

La population est très solidaire, les gens s'entraident par nécessité, pour faire face aux difficultés.

Le centre fonctionne pour une partie (investissements dans les locaux et traitements des jeunes) grâce aux dons. Cette précarité amène à vivre plus intensément le temps présent, nécessite beaucoup de patience et de confiance, les projets pouvant subir beaucoup d'aléas.

J'ai trouvé ma place en étant présente aux activités de la journée, en essayant d'être à l'écoute, en questionnant Sœur Sabine notamment sur l'histoire des enfants. Nous avons répondu à sa demande, faire part de nos observations et leur donner des conseils, conseil suivi pour Antoinette trop syntone à l'ambiance agitée du centre qui s'épanouit maintenant à la ferme où elle vit et travaille un peu.

L'intérêt que j'ai pour les enfants et la sollicitation du personnel m'amènent à envisager un nouveau séjour en collaboration avec Cécile, psychomotricienne. Sa compétence sera appréciée des jeunes qui parlent peu et qui sont en grande difficulté dans la gestion de leur corps (nutrition, propreté, marche, coordination, instabilité, agitation). Connaissant le centre et avec la venue de la responsable en France, nous pourrions mieux nous préparer tout en restant disponibles à accueillir l'imprévu.

Les séjours de personnes ayant une pratique clinique sont très appréciés par l'institution. Cela permet d'accueillir, de contenir les souffrances et les difficultés que nous renvoient ces enfants. Partager notre vécu, nos émotions puis essayer d'élaborer des hypothèses redonne un peu de souffle à une équipe qui prend ainsi un peu de distance.

Le plus difficile est de laisser nos modes de pensée, nos façons de voir pour accueillir cette souffrance dans un milieu socioculturel qui nous est étranger.

Avril 2011

Francophonie en Tunisie

Après la Côte d'Ivoire qui a ouvert le Premier dossier, c'est la Tunisie qui s'engage dans un processus de liberté et de démocratie, qui constitue ce second dossier. Faten Ellouze est psychiatre à l'hôpital Razi de Tunis et membre du Comité de rédaction francophone de notre revue. Elle nous propose un texte écrit avec un collaborateur qui suggère qu'un meilleur suivi périnatal peut diminuer les risques de schizophrénie.

Le comité de rédaction de Psy Cause a rédigé la motion suivante : « Le Comité de Rédaction de la revue francophone pluriprofessionnelle de psychiatrie Psy Cause, réuni au Centre Hospitalier de Montfavet le 21 janvier 2011, réaffirme son attachement aux libertés, salue le courage du peuple tunisien, exprime sa solidarité aux professionnels de la psychiatrie de ce pays et se met à leur disposition pour contribuer autant qu'ils le souhaitent à la diffusion de leurs expériences et à la mise en place de rencontres ». Cette motion a été publiée dans le blog de notre revue (<http://revuepsyc ause.blogspot.com>) le 23 janvier 2011.

Jean Paul Bossuat





Faten Ellouze

Auteurs : Faten Ellouze¹,
Mohamed Fadel M'rad²

Périnatalité et vulnérabilité à la schizophrénie

Résumé

Plusieurs arguments étayent l'hypothèse selon laquelle les incidents périnataux pourraient être des facteurs de risque pour la survenue d'une schizophrénie à l'âge adulte. Dans cette étude, les auteurs se proposent de relever dans une population de patients schizophrènes les complications périnatales, les troubles du comportement infantiles et les troubles du développement précoce. 50 mères ont répondu au questionnaire de JM Moussou concernant leurs enfants malades et leurs enfants sains qui constituaient le groupe témoin. Ce questionnaire permettait d'explorer les périodes de la grossesse, de l'accouchement, les grandes étapes du développement, les perturbations cognitives et les troubles du comportement durant l'enfance. Parmi les patients schizophrènes, on note plus d'antécédents périnataux et plus de troubles du comportement au cours de l'enfance.

L'amélioration du suivi de la grossesse, des conditions d'accouchement pourrait diminuer le risque de schizophrénie.

Mots clefs : Schizophrénie, trouble du développement, complication périnatale, grossesse.

Summary

The purpose of this study is to seek for behavioural disorder, prenatal incidents and developmental disorders during infancy among schizophrenic patients. 50 schizophrenics' mothers completed questionnaire about their psychotic children and their non psychotic children. The two groups were compared. The questionnaire was about pregnancy, delivery, cognitive and behavioural disorders during infancy. Among schizophrenic patients, there were more pregnancy incidents and neonatal disorders.

Key words : Developmental disorders, pregnancy, prenatal incidents, schizophrenia.

Introduction

Selon le modèle neurodéveloppemental de la schizophrénie, il existerait des anomalies structurales cérébrales séquentielles de perturbations précoces du neurodéveloppement (fœtale ou périnatale) qui pourraient se traduire à l'adolescence ou au début de l'âge adulte par le développement de la schizophrénie (9,18). L'étude des antécédents prémorbides révèle que les patients schizophrènes ont plus fréquemment que les sujets normaux :

- des anomalies obstétricales (7).
- une histoire d'incidents périnataux. Selon une meta-

analyse récente (7), les schizophrènes ont une probabilité deux fois plus grande de présenter des antécédents périnataux que les sujets contrôles

- des perturbations cognitives et relationnelles, une mauvaise adaptation sociale et scolaire, des troubles des interactions sociales sont aussi plus fréquemment retrouvés parmi les enfants qui développent une schizophrénie à l'âge adulte (3,18).
- des perturbations psychomotrices : acquisition retardée de la marche, troubles du langage, du contrôle sphinctérien, de la lecture et de l'écriture sont plus fréquemment rapportés chez les patients schizophrènes (1,2,17).

Le but de notre étude est de retrouver les prévalences dans une population de patients schizophrènes des complications périnatales, des troubles du comportement infantile et des troubles du développement moteur

1. Assistante en psychiatrie

2. Professeur de psychiatrie

Service de psychiatrie « ibn jassar » Tunisie

E mail : dr_ellouze_faten@yahoo.fr

Matériel et méthode

50 mères ont répondues au questionnaire de JM MOUSSOU (11) concernant leurs enfants malades et leurs enfants sains qui constituent le groupe témoin. Le 1^{er} groupe est formé de 50 patients schizophrènes diagnostiques selon le DSM IV. Le groupe témoin est constitué de 50 frères et sœurs. Les 2 groupes sont appariés selon l'âge et le sexe.

Le questionnaire de JM MOUSSOU comprend 5 parties :

- des données sur la grossesse : âge, parité, histoire obstétricale, médicale, traumatisme, menace d'accouchement, prise de médicaments...
- des données sur l'accouchement : durée du travail, poids à la naissance, réanimation, hospitalisation...
- des données sur les grandes étapes du développement : âge de la marche, 1^{er} mot, 1^{ere} phrase, acquisition du contrôle sphinctérien....
- les éléments susceptibles dans les 6 premières années de vie d'entraîner une souffrance cérébrale : convulsion, trauma crânien, antécédents somatiques...
- perturbation cognitive ou comportementale : trouble de l'interaction sociale, à l'école ou en famille, trouble du langage, trouble de la motricité

Résultats

Le nombre de patients schizophrènes est de 50. L'âge moyen de début de la maladie est de 26,4 ans, l'âge moyen est de 36ans. Le sexe ratio est de 19/31. Les formes cliniques se répartissent comme suit : indifférenciée 48% des cas,

désorganisée 20% des cas, résiduelle 4% des cas, trouble schizoaffectif 12% des cas.

Le nombre de témoins est aussi de 50, le sexe ratio est le même que celui du groupe d'étude, l'âge moyen est de 38ans.

On retrouve parmi nos patients schizophrènes significativement plus d'incidents survenus leur de la grossesse comparés à la fratrie. Il s'agit essentiellement de prise médicamenteuse, d'hospitalisation ou de pathologies somatiques graves de la mère 32% vs 14% $p=0,05$.

On retrouve aussi parmi nos patients schizophrènes plus d'incidents lors de l'accouchement comparativement à la fratrie, cependant la différence n'est pas significative (12% vs 8%) $p=0,5$

On retrouve parmi nos patients schizophrènes significativement plus d'antécédents néonataux comparé à la fratrie. Il s'agit essentiellement d'hospitalisation, de faible poids de naissance, de prématurité ou d'infection (28% vs 10%, $p=0,02$)

On ne retrouve pas parmi nos deux groupes de différence significative concernant l'âge de la marche ou l'âge de l'acquisition de la propreté nocturne.

Par contre, les patients schizophrènes présentent significativement plus d'antécédents de difficultés scolaires (28% vs 12%, $p=0,04$) et de troubles du comportement de type retrait, timidité, inhibition ou préférence pour les jeux solitaire (36% vs 10% $p=0,002$). Ce dernier résultat étant le plus significatif de tous.



Discussion

Limites de notre étude

La principale limite de cette étude est due à son mode de recueil des données rétrospectif sur les antécédents infantiles avec potentiellement un biais de mémorisation. Une autre limite est le nombre réduit de notre échantillon.

Complications obstétricales

Dans notre étude nous avons retrouvés significativement plus de complications lors de la grossesse, mais pas lors de l'accouchement parmi les patients schizophrènes comparés à la fratrie. Plusieurs auteurs ont souligné l'importance de ces complications comme facteur de risque pour la schizophrénie (2,16).

Plusieurs événements survenant lors de la grossesse pourraient intervenir dans la genèse de la schizophrénie : malnutrition sévère de la mère, exposition au virus influenza, un stress important... Des études multivariées et des métaanalyses montrent que le risque de schizophrénie est multiplié par 2 en cas de complications de grossesse notamment par le diabète, l'incompatibilité rhésus, le saignement, la prééclampsie, la rupture prématurée des membranes, la prématurité... (1,4,6). Toutes ces complications obstétricales peuvent entraîner une hypoxie et occasionner une souffrance fœtale aigue. Des altérations ces circuits nerveux semblables que celles retrouvés chez les patients schizophrènes sont expérimentalement reproduites chez les rats après une répétition de stress et d'hypoxie périnatale. Chez l'homme, les conséquences de l'hypoxie varient d'une échelle allant de l'association des troubles cognitifs et du développement psychomoteur chez certains enfants aux perturbations subtiles du comportement chez d'autres (1).

Néonatales

Dans notre étude nous avons retrouvé plus de complications néonatales parmi les schizophrènes que dans la fratrie. d'autres études vont dans le même sens (5,8,14). Rosanof fut le 1^{er} à émettre l'idée que certaines formes de schizophrénies seraient secondaires à un traumatisme périnatal, il apparait que les schizophrènes ont une probabilité 2fois plus grande de présenter des antécédents périnataux que les sujets contrôles (19). Massou et al (11) retrouvent 20% d'événements périnataux sévères parmi les schizophrènes contre 10% dans la fratrie. Ces taux sont proches de ceux retrouvés dans notre étude.

Grandes étapes du développement

Dans notre étude on ne trouve pas de différence significative entre nos deux groupes pour ce qui de l'âge moyen de la marche ou de l'acquisition du contrôle sphinctérien. Par contre on retrouve plus de difficultés scolaires et plus de comportement de type retrait, inhibition et préférence pour les jeux solitaires dans la population de sujets schizophrènes. Ces résultats sont conformes à ceux rapportés par la littérature

(10,15). En effet de nombreuses études ont montré que dans les 1^{eres} années de la vie peuvent être mises en évidence chez les futures schizophrènes, des déviations mineures du développement psychomoteur. Le plus souvent infra cliniques ainsi que des particularités comportementales et relationnelles, c'est ainsi qu'une étude portant sur les antécédents infantiles de sujets schizophrènes issus d'une cohorte de plus de 5000 enfants et évaluée de manière prospective de la naissance jusqu'à l'âge de 43ans, montre que les acquisitions psychomotrices sont discrètement plus tardives chez les futures schizophrènes. Les différences les plus nettes concernent l'âge de la marche et l'acquisition du langage. Sur le plan comportemental et relationnel, les futures schizophrènes préfèrent les jeux solitaires pendant la petite enfance et sont plus anxieux dans la situation sociale (11).

Dans le même sens Verdous et al (18) mettent en évidence plus fréquemment chez les sujets schizophrènes que chez des patients souffrant d'autres pathologies psychiatriques des antécédents de troubles de l'acquisition de la propreté, une préférence pour les jeux solitaires, une anxiété de séparation. les futures schizophrènes ont aussi tendance à avoir présenté des troubles du sommeil à avoir, été jugé timide par l'entourage, à avoir eu des performances scolaires médiocres, leur adaptation prémorbide était moins bonne que les autres et ce dès l'enfance.

La latence d'apparition des manifestations cliniques de ces lésions cicatricielles pourrait être due au délai de maturation cérébrale en particulier les processus de myélinisation et d'élimination de connexions synaptiques excédentaires qui se poursuit jusqu'à l'adolescence. L'expérimentation animale a montré qu'une anomalie structurale cérébrale liée à des perturbations du neurodéveloppement peut ne devenir cliniquement patente que lorsque la maturation cérébrale est achevée (13).

Conclusion

Ces complications obstétricales, les incidents néonataux ainsi que les troubles du développement sont aussi retrouvés chez les patients psychotiques autres que schizophrènes, bien que moins fréquents. Se pose donc la question de savoir si ces troubles et incidents traduisent une continuité de vulnérabilité ou s'ils sont plutôt des indices non suffisamment discriminants pour permettre la différenciation de marqueurs de vulnérabilité spécifiques.

Références

1. Boog G, Obstetrical complications and subsequent schizophrenia in adolescent and young adult offspring in their relationship. *schizophr res.* 2003;60:239-58.
2. Buka S. Goldstein JM, Seidman LJ. Tsuang MT. Maternal recall of pregnancy history : accuracy and bias in schizophrenia research. *Schizophr bull.* 2002; 26:323-34.

3. Cannan TD, Bearden CF, Hollister JM, Ross IM, Sanchez LE, Hadley T. childhood cognitive functioning in schizophrenia patients as their unaffected siblings : a prospective cohort study. *Schizophr res.* 2003;61:67-73.
4. Done DJ, Johnstone EC, Frith CD, Golding J, Schepherd PM, Crow TJ. Complications of pregnancy and delivery in relation to psychosis in adult life: data from the british perinatal mortality survey sample. *Eur j obstet gynecol reprod boil.* 2004; 114:130-6.
5. Ellenboek BA, Van Den Krooneberg PT, Cools AR, The effects of an early stressful life event on sensorimotor gating in adult rats. *Am j psychiatry* 1994; 3:368-71
6. Fuller Torrey E, Rawlings R, Yolken RH, The antecedents of psychoses : a case control study of selected risk factors. *Psychiatry res.* 1989;3:233-9.
7. Goldstein JM, Seidman LM, Buka SL, Horton NJ, Donatelli JL, Reider RO, Tsuang MT. Impact of genetic vulnerability and hypoxia on overall intelligence by age 7 in offspring at high risk for schizophrenia compared with affective psychosis. *Schizophr Res.* 1998;30:251-60.
8. Gurejo O, Bamidele R, Raji O. Early brain trauma and schizophrenia in Nigerian patients. *Schizophr res.* 2000; 1:17-23.
9. Lewis DA, Levitt P. Schizophrenia as a disorder of neurodevelopment. *Schizophr bull.* 1994;3:423-32.
10. Lobato ML, Belmonte DE, Abreu P, Kniplik D, Ghisolfi E., Henriques A. a neurodevelopmental risk factors in schizophrenia. *Annu rev neurosci* 2002;25:409-32.
11. Massou JM, Laffy Beaufils B, Développement de l'enfant et risque schizophrénique : une recherche retrospective . *ann med psychol*, 2000 ;158-148-57.
12. Niemi LT, Suvisaari JM, Tuulio-Henriksson A., Lonnqvist JK, Childhood developmental abnormalities in schizophrenia : evidence from high-risk studies. *Rev prat.* 2002;52:1194-7.
13. Opjordsmoen S, Is there any connection between structural brain change and schizophrenia? *Arch gen psychiatry.* 1977;7:789-99.
14. Reider RO, Roman SH, Rosenthal D. The offspring of schizophrenics II. Perinatal factors and IQ. *Annu rev neurosci.* 2002;25:409-32
15. Roff JD, Fultz JM, Childhood antecedents of schizophrenia: developmental sequencing and specificity of problem behavior. *J Neural Transm.* 2002;109:101-17.
16. Schwarzkopf SB, Nasrallah HA, Olson SC, Coffman JA, McLaughlin JA. Perinatal complications and loading in schizophrenia preliminary finding. *Neuropsychopharmacology.* 1996;14:1-11.
17. SPERANZA M, Younes N. Developmental disorders and schizophrenia. *Schizophr res.* 2000;44:121-8.
18. Verdaux H, Pauillac P, Fournet O, Bergey C, Liraux F, Gonzales B, Assens F, Abalan F, Beassier JP, Gaussares C, Etchegaray B, Bourgeois M. Antécédents infantiles dans les troubles psychotiques spécificité diagnostique et relations avec l'âge de début. *Ann med psychol*, 1998 :156 :659-67.



Tophet à Carthage.

Auteurs français

Deux articles d'auteurs français ont été retenus dans ce troisième dossier. Le premier est une recherche d'une jeune psychiatre exerçant au Mas Careiron à Uzès. Son travail porte sur le lien entre schizophrénie et cannabis. La méthodologie explore la comorbidité selon l'orthodoxie de l'EBM et trace des ponts biologiques entre l'action du cannabis et la physiologie de la schizophrénie. L'originalité de son hypothèse ouvre des perspectives innovantes dans la compréhension clinique de cette proximité entre une drogue et une maladie mentale.

Le second article est la réflexion d'une psychologue exerçant en pédopsychiatrie au Centre Hospitalier de Montfavet. Son travail se situe dans la relation avec des enfants autistes ayant de gros problèmes avec l'accès à des conduites symboliques. Pour soutenir le processus de symbolisation, elle a recours à la lecture de livres pour enfants. Ses observations reposent sur trois années de prise en charge avec cette technique d'une enfant présentant des traits autistiques. Cette longue durée a permis de mettre en évidence trois processus opérants.

La mise en parallèle de ces deux textes dans un même dossier, illustre que dans deux méthodologies de recherche aux références théoriques très éloignées, la curiosité intellectuelle, l'esprit critique et la rigueur scientifique débouchent sur de nouvelles pistes novatrices.

Jean Paul Bossuat



Notre Dame, Paris.



Guylaine Roche-Segura

Schizophrénie et cannabis : quel lien?

Résumé

La co-morbidité schizophrénie-cannabis n'est pas rare. Elle représente une préoccupation de tous les jours. Le cannabis est une drogue d'usage largement répandue en France et surtout chez les jeunes. Il correspond à une variété de chanvre et le composé actif le plus abondant est le tétrahydrocannabinol (THC).

Aujourd'hui, la loi sépare les choses entre trafic et usage ayant pour finalité de soigner les toxicomanes et de porter atteinte au trafic. L'usage de drogue relève aujourd'hui du code de la santé publique et c'est la loi du 31 décembre 1970 qui s'applique à l'usage des drogues.

Le THC est le principe actif agissant sur les récepteurs CB1 et CB2, présent dans le cerveau et dans les cellules immunitaires. Le cannabis est responsable d'une toxicité générale mais aussi spécifique notamment du système nerveux central, du système cardiovasculaire et du système de reproduction.

Le lien entre cannabis et schizophrénie est connu depuis l'antiquité, mais la nature de ce dernier reste complexe. Ce travail tourne autour de cette question et nous l'illustrerons d'une observation clinique.

Mots clés : cannabis, comorbidité, drogue, schizophrénie

Abstract

Co-morbidity schizophrenia-cannabis is not uncommon. It is an everyday concern. Cannabis is a drug widely used in France and especially among young people. It is a variety of hemp and the most abundant active compound is tétrahydrocannabinol (THC). Actually, the law separates between traffic and use with the purpose to treat drug addicts and to interfere with traffic. Drug use is now legislated in the public health code and in the law of December 31, 1970, which applies to the use of drugs. THC is the active principle acting on receptors CB1 and CB2, present in the brain and immune cells. Cannabis is responsible for a systemic, but also specific toxicity of the central nervous system, cardiovascular system and the reproductive system. The link between cannabis and schizophrenia is known since antiquity, but the nature of the latter remains complex. This work revolves around this issue and we will illustrate it by a clinical observation.

Keywords : cannabis, co-morbidity, drug, schizophrenia

Introduction

La co-morbidité cannabis, schizophrénie n'est pas rare et devient de nos jours, au vu de l'augmentation de la consommation de cannabis chez nos jeunes, une préoccupation quotidienne. Cette réflexion s'est appuyée sur l'observation et le suivi d'un cas clinique. Celui d'une jeune patiente tout juste majeure, hospitalisée d'abord dans une unité de psychiatrie temps plein adulte et ensuite suivie sur le CMP de secteur sur une période d'environ trois ans. Au travers de cette observation clinique, nous avons abordé

le problème des conduites addictives au cannabis chez ces patients atteints de maladie schizophrénique. Nous nous sommes questionnés :

- Quel lien existe t-il entre le cannabis et la schizophrénie?
- S'agit t-il d'une co-morbidité simple?
- L'utilisation de cannabis est t-elle à visée auto-thérapeutique?
- Est t-elle agent inducteur de schizophrénie, agent causal ou peut être les deux?

Nous tenterons au travers de notre cas clinique et de la littérature médicale de faire le point actuel sur ces notions.

Observation

Virginie est âgée de 17 ans lors de notre première rencontre. Ses parents sont divorcés, elle vit chez sa mère et fréquente le lycée professionnel. Elle ne présente pas d'antécédents particuliers. Il semblerait que l'adolescence soit un peu difficile quant à ses relations avec ses parents, transgressant facilement les interdits, développant notamment des conduites addictives essentiellement au cannabis.

Lors de sa première hospitalisation le motif était trouble du comportement à type d'irritabilité avec tendance à l'hétéroagressivité, repli, mise en incurie, dans un contexte de consommation importante de cannabis. Sa présentation était négligée et le contact médiocre. On notait une agressivité verbale, une insolence, pas d'éléments dissociatifs ou délirants. L'humeur était de tonalité dépressive et l'anxiété était majeure. Les consommations de cannabis étaient confirmées et non déniées par la patiente.

L'évolution fût rapidement favorable permettant une sortie de l'hôpital et un suivi sur le CMP de secteur. Le diagnostic retenu selon le DSM IV (1) était Trouble dépressif moyen sans symptômes somatiques : F32.10 et troubles mentaux et troubles du comportement liés à la prise de cannabis, intoxication aiguë sans complications : F12.00.

Une deuxième hospitalisation avait eu lieu quelques mois plus tard pour épisode délirant aigu à thématique de persécution dans un contexte de prise importante de cannabis. On notait des éléments cliniques de dissociation et une anxiété majeure. La mère nous expliquera que très rapidement après sa sortie d'hospitalisation sa fille n'avait pas donné suite à ses soins et avait à nouveau repris sa consommation de cannabis.

L'évolution fût à nouveau favorable, au terme d'un mois d'hospitalisation, nous pouvions dire que le tableau clinique de l'entrée avait disparu. Le diagnostic retenu cette fois ci fut troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, troubles psychotiques d'allure schizophréniques : F12.50.

L'évolution de cette patiente durant trois ans fût marquée par une symptomatologie qui s'était précisée et fixée permettant de poser le diagnostic de schizophrénie paranoïde.

Le cannabis

Le cannabis est une drogue d'usage largement répandu dans la population française, et en particulier chez les jeunes. Elle est au centre d'un débat passionné sur son classement en drogue «dure» ou «douce», sa législation, tolérance... Le cannabis reste pour beaucoup de gens une grande inconnue quant à ses réels effets et conséquences scientifiques.

Le cannabis utilisé comme drogue correspond à certaines variétés de Chanvre. Le composé actif le plus abondamment trouvé dans le cannabis est le Tétrahydrocannabinol (THC). Sa teneur dans les herbes varie de 4 à 9%. En France, le cannabis est essentiellement consommé sous forme de résine

fumée mélangée à du tabac. La teneur en THC de la résine de Cannabis varie de 8% («marocain»), à 30% («afghan»). Il est à noter que des variétés ont fait leur apparition depuis quelques années, présentant des taux de THC bien plus importants.

Législation

D'un point de vue législatif, il est à noter deux notions, l'usage et le trafic aboutissant à une séparation juridique très nette entre le consommateur et le trafiquant. En réalité, la distinction n'est pas toujours aussi nette. Il existe des revendeurs consommateurs et des toxicomanes petits vendeurs. La finalité de cette législation est de soigner le toxicomane et de porter atteinte au trafic. Jusqu'au 1^{er} mars 1994, toutes les dispositions concernant les drogues figuraient dans le Code de la Santé Publique. Ces dispositions étaient fondées sur la loi N° 70-1320 du 31 décembre 1970 (2).

Avec l'entrée en vigueur du Nouveau Code Pénal, le 1^{er} mars 1994, toutes les dispositions à l'exception de celles ayant trait à l'usage de drogue, sont transférées dans ce dernier. L'usage de drogue, parmi lesquelles le cannabis, relève donc aujourd'hui du Code de la Santé Publique.

Après la loi du 31 décembre 1970, Le Ministère de la justice a publié différentes circulaires, adressées aux procureurs, avec des directives plus précises sur les procédures (juridiques) à suivre. La loi du 31 décembre 1970, s'applique à l'usage de drogue, parmi lesquelles le cannabis. En vertu de l'article L-628 du Code de la Santé Publique, tout usage de drogue est interdit, et par conséquent répréhensible (3).

Par ailleurs, il n'est pas question de toxicomanie dans la loi mais d'usage simple de substances classées comme stupéfiants, sans distinction entre drogues dures et drogues douces, ni même entre usage en privé ou en public, ou encore entre usage régulier et usage occasionnel. Toute personne qui enfreint la loi, commet un délit et est donc un délinquant selon la loi. Il s'expose à des sanctions allant jusqu'à un an de prison et/ou une amende de 500 à 25000 francs.

L'infraction à la loi n'entraîne cependant pas de poursuites judiciaires ; la loi du 31 décembre offre en effet, la possibilité de les prévenir grâce à une injonction thérapeutique. Cela implique le choix pour le procureur de proposer à l'usager de drogue, à titre d'alternative aux poursuites judiciaires, le suivi d'un traitement médical, tel qu'une cure de désintoxication. Si l'usager peut présenter un certificat médical, dans lequel il apparaît qu'il s'est soumis à un traitement médical de ce genre depuis l'infraction, le procureur ne peut pas procéder aux poursuites judiciaires. En cas de récidive, le procureur examine s'il faut passer ou non aux poursuites judiciaires. Enfin, il existe encore la possibilité pour le procureur de classer l'affaire, sur la base du principe d'opportunité des poursuites.

Pour ce qui est du trafic, la loi prévoit des peines allant jusqu'à 20 ans d'emprisonnement et 50 000 000 Francs d'amende pour tout contrevenant à l'interdiction du trafic

de stupéfiants. Les tentatives sont punies comme les délits. Il y a extension des sanctions issues du maniement de l'argent de ce trafic, à toute complicité, ou délivrance d'ordonnance fictive ou de complaisance. Ces peines sont complétées par l'interdiction de séjour sur le territoire pour les étrangers, retrait du passeport ou du permis de conduire.

Pharmacologie

Le THC agit sur le corps humain en activant un récepteur porté par les cellules, récepteur CB1 OU CB2. Les récepteurs CB1 sont essentiellement retrouvés au niveau du cerveau, alors que les récepteurs CB2 sont présents sur les cellules immunitaires. Dans le cerveau, les récepteurs CB1 sont présents en quantité importante dans différentes structures du système limbique et joue ainsi un rôle majeur dans la régulation des émotions. Par ailleurs, leur distribution recouvre dans de nombreuses régions celles des récepteurs dopaminergiques. L'interaction des deux systèmes explique en particulier les propriétés hédonistes et euphorisantes du cannabis. Les troubles de la mémoire et cognitifs souvent rapportés après consommation chronique de cannabis pourrait quant à eux être liés à la présence de récepteurs CB1 dans le cortex et surtout dans l'hippocampe, structure cérébrale essentiellement dans la mise en place des processus de mémorisation. Enfin la présence de récepteurs dans le thalamus, relai des informations sensorielles d'origine périphériques, est probablement en rapport avec la modification des perceptions sensorielles souvent évoquées par les usagers de Cannabis. On trouve également beaucoup de récepteurs CB dans le cervelet, structure jouant un rôle essentiel dans le comportement moteur.

D'un point de vue clinique, l'usage du cannabis entraîne essentiellement une altération des perceptions de l'utilisa-

teur. La première consommation de Cannabis peut entraîner dans des cas rares, des effets d'anxiété sévères, voisins de ceux éprouvés lors de crises de panique chez des sujets prédisposés. L'absorption de Cannabis produit une sensation d'euphorie (ébriété cannabique) légère et de relaxation avec perceptions auditives et visuelles amplifiées. Par ailleurs, existe une diminution des performances psychomotrices et mnésiques. Dans de rares cas on observe une psychose cannabique (bouffée délirante aiguë avec hallucinations essentiellement visuelles et phénomène de dépersonnalisation). Les effets du cannabis absorbé peuvent se prolonger près de 24 heures après la consommation.

Le Cannabis présente une toxicité générale de par la présence dans sa fumée d'éléments toxiques et cancérogènes. Il présente aussi une toxicité plus spécifique notamment sur le système nerveux central, le système cardiovasculaire (accélération du rythme cardiaque et élévation de la pression artérielle) et la reproduction réduisant la capacité de fertilisation.

Discussion

Le lien entre le cannabis et la schizophrénie est connu depuis l'antiquité, mais la nature de ce lien reste complexe. Selon les auteurs, les époques, les études, diverses modalités de ce lien ont été proposées. À l'heure où le débat législatif sur l'usage des drogues est toujours d'actualité, où la consommation du cannabis est croissante chez les jeunes, notre interrogation sur le lien entre la consommation du cannabis et l'éclosion d'une schizophrénie semble pertinente.

Sur le plan épidémiologique, l'abus du cannabis chez le psychotique est deux à cinq fois supérieur à la population générale et une surconsommation est souvent retrouvée



dans les semaines précédant l'épisode aiguë (4). Les études épidémiologiques menées depuis le début des années 1990 signalent que la prévalence à vie d'un trouble de la consommation est de près de 50% chez les schizophrènes (5). Karam et collaborateurs en 2001 et 2002 rapportent eux aussi que le risque de développer un trouble de consommation de cannabis est six fois plus élevé chez les schizophrènes que dans la population générale (5)(6). Cette co-occurrence fait aujourd'hui l'objet d'un large consensus (7).

Le lien schizophrénie-cannabis

Quant au lien entre schizophrénie et consommation de cannabis, la littérature est moins robuste. La seule évidence clairement établie, à l'aide d'études prospectives, est la plus haute fréquence de rechutes psychotiques et d'hospitalisations observées chez les schizophrènes consommateurs que chez les abstinentes (8)(19).

En ce qui concerne l'impact de la consommation de cannabis sur les symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie, la littérature actuelle n'est pas concluante. Si certaines études comparatives suggèrent que les schizophrènes consommateurs auraient des symptômes négatifs moins sévères (10), (11), elles ne corroborent pas toutes une telle observation (12). De plus, la direction du lien observé demeure inconnue. Il se pourrait en effet, que des symptômes négatifs moins sévères puissent aider les schizophrènes à s'immiscer dans les réseaux sociaux où circulent les drogues. Dans le cas des symptômes positifs, certaines études suggèrent que la consommation de cannabis pourrait les aggraver (13) (14). Mais ce ne sont pas toutes les recherches qui rapportent de tels résultats (15).

L'ambiguïté des données publiées à ce jour renvoie à une question générique, à savoir qu'on ignore toujours si c'est la vulnérabilité à la psychose qui prédispose à la consommation de cannabis, ou, au contraire, si c'est la consommation de cannabis qui accroît la vulnérabilité à la psychose.

Seules des études longitudinales peuvent éclairer le sens du lien observé entre consommation de cannabis et psychose. Depuis les années 1980, quelques études répondant à cette exigence méthodologique ont été entreprises. De celles-ci la plus citée est celle du groupe (16), une vaste étude prospective menée auprès de 45570 conscrits de l'armée suédoise de 1969 à 1970. Au sein de cette cohorte, 9.4% avaient déjà consommé du cannabis, dont 1.7% plus de cinquante fois. En consultant les dossiers médicaux de ces conscrits 15 ans plus tard, on a observé que le risque de développer la schizophrénie se révélait 2.9 fois plus élevé chez les plus grands consommateurs de cannabis de la cohorte évaluée. Depuis, des critiques sévères ont été adressées envers cette étude charnière (17).

Les collaborateurs d'Andreasson ont tenté, depuis, de répondre à ces critiques, reprenant leurs analyses statistiques premières (18, 19,20). Tout récemment, d'autres études longitudinales mieux contrôlées ont été entreprises par d'autres groupes. Parmi celles-ci, seule celle réalisée

par Van Os et son groupe, 2002, est compatible avec les observations d'Andreasson (21). En effet, cette étude est parvenue à montrer que la consommation de cannabis augmenterait légèrement l'incidence de psychose chez les sujets sans histoire psychotique antérieure, alors qu'elle augmentait significativement cette même incidence chez les sujets présentant une vulnérabilité psychotique préexistante.

Trois autres études, celles de Fergusson, 2003, d'Arsenault, 2002, et de Tien, 1990, sont parvenues à des résultats plus nuancés (22) (23) (24). Ces dernières recherches ont permis d'illustrer que la consommation de cannabis augmentait, à terme, le nombre de symptômes psychotiques des consommateurs, sans toutefois accroître le nombre de diagnostic de psychose. Les données recueillies dans le cadre de ces études longitudinales, tout aussi robustes soient-elles, ne permettent donc pas de conclure que le cannabis accroît, comme tel, le risque de développer la schizophrénie. Elles suggèrent, en revanche, qu'à long terme, le cannabis pourrait agir comme un puissant déclencheur de psychose latente chez les consommateurs présentant une vulnérabilité psychotique (25).

Les raisons de cette consommation

En vertu des propriétés psychotomimétiques que possède le cannabis, les raisons qui motivent le schizophrène à consommer ce psychotrope continuent de nous intriguer tant sur le plan scientifique que clinique.

Divers modèles tentent de rendre compte de cette comorbidité singulière, le principal étant celui de l'automédication, en vue de soulager leur anhédonie, de se socialiser ou de calmer leur anxiété. À l'encontre de ce modèle toutefois, la littérature rapporte que la consommation de cannabis accroît régulièrement l'incidence des rechutes psychotiques et des hospitalisations chez les schizophrènes. D'autres hypothèses peuvent être avancées comme la vulnérabilité neurobiologique, génétique, familiale et psychologique (schizotypie...). Ainsi, l'usage de cannabis révélerait chez des sujets vulnérables une schizophrénie, influencerait la symptomatologie, le cours évolutif et le pronostic de la maladie.

Sur le plan biologique

La robustesse de l'association schizophrénie-cannabis suggère aussi que des facteurs biologiques pourraient rendre compte, partiellement, du moins, de la sensibilité des schizophrènes aux cannabis.

La récente découverte du système des cannabinoïdes endogènes (CBE), sur lequel agit le cannabis, rend possible aujourd'hui un tel ordre d'explication. Le système des cannabinoïdes endogènes (CBE), est composé de trois neurotransmetteurs et de deux récepteurs CB1 et CB2. Il est l'un des plus abondants dans le système nerveux central, tant présent au niveau système nerveux central que système nerveux périphérique. Ainsi distribué, ce système serait impliqué à la fois dans les fonctions cognitives supérieures, la mémoire à court terme, le contrôle inhibiteur du mouve-

ment, le soulagement de l'anxiété, les états d'hédonie, ainsi que dans la protection neuronale, la nociception, la thermorégulation et la stimulation de l'appétit. En périphérie, ce système interviendrait dans le soulagement des inflammations et dans les phénomènes d'immuno suppression (26).

Le système des cannabinoïdes pourrait être impliqué dans la physiopathologie de la schizophrénie. Certaines observations militent en faveur de cette hypothèse comme par exemple:

- Les taux d'anandamide et de palmityléthanolamine, deux des neurotransmetteurs du système CBE, mesurés dans le LCR, sont environ deux fois plus élevés chez les schizophrènes que chez les volontaires sains (27).
- Une association existerait entre la schizophrénie et le polymorphisme du gène encodant CB1 (28).

D'autres observations vont aussi dans ce sens.

Cependant, parmi les hypothèses neurochimiques de la schizophrénie, l'hypothèse dopaminergique est la plus appuyée (29). Perturbés chez les schizophrènes, les systèmes dopaminergiques sont modulés de façon significative par les agonistes CB1, y compris le THC. En effet, Gardner en 1998, montre que chez le rongeur, l'administration aigue de THC facilite la libération de dopamine dans le cortex préfrontal, entre autre. A l'évidence, les données animales, suggèrent que le THC module indirectement le système mésocorticolimbique.

Dans leur ensemble, les données biologiques, semblent cohérentes dans l'hypothèse de l'automédication formulée par Khantzian en 1985. Mais cette hypothèse ne va pas de soi. D'abord, les schizophrènes ne prennent pas régulièrement leurs médicaments. De plus, les rechutes psychotiques ne les découragent pas à continuer leur consommation de cannabis. Enfin on pourrait penser, selon cette hypothèse, que lorsque la psychose serait stabilisée, la consommation devrait s'endiguer, or, tel n'est pas le cas.

Une hypothèse de rechange est donc formulée. Celle de la vulnérabilité biologique. Qui postule que la sensibilité des schizophrènes au cannabis serait en fait endogène à cette psychopathologie. En facilitant la libération de dopamine dans le système de récompense, lequel est déjà hyperactif chez les schizophrènes, le cannabis serait particulièrement renforçant auprès de cette population.

La recherche biologique autour de la schizophrénie offre des perspectives thérapeutiques. En effet, sachant que le cannabis possède des propriétés psychotomimétiques et que le système des CBE semble perturbé chez les schizophrènes, les scientifiques espéraient qu'un antagoniste des CB1 agisse comme un antipsychotique. Pourtant jusqu'à présent les études cliniques ne se sont pas révélées plus concluantes que chez les placebos. La recherche poursuit donc à ce jour ses efforts.

Conclusion

Le cannabis possède d'importantes propriétés psychotomimétiques. Il produit donc des manifestations qui rappellent la symptomatologie schizophrénique. Alors que ses effets aigus rappellent la symptomatologie cognitive des schizophrènes, les effets chroniques ressemblent aux symptômes négatifs et les effets adverses peuvent imiter les symptômes positifs de la maladie.

Les schizophrènes sont particulièrement sensibles au cannabis. En effet, la probabilité de développer un trouble de la consommation du cannabis est six fois plus élevée chez ces patients que dans la population générale.

Divers modèles tentent de rendre compte de cette comorbidité, singulière, le principal étant celui de l'automédication. À l'encontre de ce modèle, la littérature rapporte que la consommation de cannabis accroît les rechutes psychotiques et les hospitalisations. Par ailleurs, la littérature rapporte aussi que le cannabis pourrait agir comme un déclencheur de psychose latente chez les consommateurs vulnérables, présentant des traits schizotypiques.

Enfin, sur le plan biologique, la découverte récente du système CBE endogène, laisse entrevoir un recouplement étroit entre la physiopathologie de la schizophrénie et le cannabis. En effet, des données suggèrent l'existence de perturbation du système des CBE chez les schizophrènes. Dans cette foulée, les scientifiques, y voient une perspective thérapeutique.

Il apparaît donc à la lueur de la littérature, que le cannabis agit comme un facteur précipitant la maladie schizophrénique, chez des sujets latents. La nécessité d'une prévention auprès de nos jeunes est capitale.

Références

1. DSM IV-TR, « critères diagnostiques ». Edition Masson, 2003.
2. La loi N° 70-1320 du 31 décembre 1970
3. Article L628 du Code de la Santé Publique.
4. Amete L. « Lien entre usage de cannabis et schizophrénie » *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2003, 7, (70), 25-35.
5. Régier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin Fk. "Comorbidity of mental disorder with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 1990 Nov 21;264 (19): 2511-8.
6. Karam E G, Yabroudi PF, Melhem NM. "Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in acute general psychiatric admissions: a study from Lebanon". *Compr Psychiatry*, 2002, 43(6): 463-468.
7. Khatzian EJ. "the self medications hypothesis of addictive disorders: Focus on heroine and cocaine dependance". *Am J Psychiatry*, 1985, 142, 1259-1264.
8. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. "Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders." *Arch Gen Psychiatry* 1994 Apr; 51(4): 273-9.
9. Martinez-Aravallo MJ, Calcedo-Ordonez A, Varo-Prieto JR. "Cannabis consumption as a pronostic factor in schizophrénia." *Brit J Psychiatry*, 1994; 164, 679-681.
10. Bersani G, Orlandini V, Gherardelli S, Pancheri P, 2002b, "Cannabis and neurological signs in schizophrénia: absence of relationship and influence on psychopathology." *Psychopathology*. 2002b, Sept-Oct; 35(5): 289-95.
11. Peralta V, Cuesta Mj. "Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology. *Act Psychiatry Scand*. 1992 Feb.; 85(2): 127-30.
12. Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olie JP, Loo H, Krebs MO. « Cannabis and schizophrénia : démographic and clinical correlate. » *Encephale*. 2003 Janv-Feb; 29(1): 11-7.
13. Caspari D, "Cannabis and schizophrenia: result of follow-upstudy." *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience*. 1999; 249(1): 45-9.
14. Negrete JC; Knapp WP, Douglas DE, Smith BW. "Cannabis affects the severity of schizophrénie symptoms: Result of a clinical survey." *Psychol Med*, 1986, 16, 515-520.
15. Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. "Cannabis and schizophrénia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience* 2002 Apr; 252(2): 86-92.
16. Andreasson S, Allebeck P Engstrom A, Rydberg V. "Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts." *Lancet*. 1987 Dec 26; 2 (8574): 1483-6.
17. Hall W, Degenhardt L. "Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence." *Aust NZJ Psychiatry*. 2000 Feb; 34(1): 26-34.
18. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg L, Lewis G. "Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrénia in Swedish conscript of 1969: historical cohort study." *BMJ*, 2002 Nov; 325(7374): 1199.
19. Allebeck P, Andamsson C, Engstrom A, Rydberg V. "Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of cases treated in Stockholm country." *Acta Psychiatry Scand*, 1993 Jul; 88(1): 21-4.
20. Andreasson S, Allebeck P, Rydberg V. "Schizophrénia in users and nonusers of cannabis, a longitudinal study in stockholm country. " *Acta Psychyatrie Scand* 1989 May; 79(5): 505-10.
21. Van Os J, Bak M, Hanssem M, Bijl RV, De Graaf R, Verdoux H. "Cannabis use and psychosis: a longitudinal population based study." *Am J Epidemiol*. 2002 Aug 15; 156(4): 319-27.
22. Arseneault S, Cannon Mr, Murray R, Caspi A, Moffit TE. "Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study." *British Medical Journal*, 325, 1212-1213.
23. Fergusson Dm, Horwood LJ, Swain-Campbell NR. "Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people." *Psychol Med*, 33, 15-21.
24. Tien AY, Anthony JC. "Epidemiological analysis of alcoholand drug use as risk for psychotic experiences." *J Nerv Ment Dis*, 178(8), 473-480.
25. Hambrecht M, Hafner H. "Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective." *Aust NZJ Psychiatry*, 2000 Jun; 34(3): 468-75.
26. Martin Br, Devey Wl, Di Marzo V. "Marijuana. In K.L. Davis and coll. (Eds), Neuropsychopharmacology: the fifth generation of progress (pp. 1519-1531). Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.
27. Leweke FM, Giuffrida PM, Wursted U, Emrich HM, Piomelli D. „Elevated endogenous cannabinoids in schizophrénia." *Neuro Report*, 1999, 1665-1669.
28. Leroy S, Griffon N, Bourdel MC, Olié JL, Poirier MF, Krebs MO. "Schizophrénia and cannabinoids receptors type 1 (CB1): association study using a single base polymorphism in coding exon." *Am J Med Genet* 2001 Dec 8; 105 (8): 749-52.
29. Bell Ds. „The expérimental reproduction of amphetamine psychosis." *Arch Gen Psychiatry* 1973 Jul; 29(1): 35-40.



Françoise Bérnard

Ces enfants qui ne jouent pas, comment soutenir le processus de symbolisation : intérêt des livres d'enfants

Résumé

Plus que la répétition, la discontinuité dans la communication apparaît comme l'entrave principale aux soins dans les processus autistiques. Des conduites présymboliques ou symboliques peuvent apparaître sous la contrainte d'une émotion puissante, mais s'effondrent une fois l'émotion passée. Au cours des soins chez une enfant présentant des traits autistiques, nous constatons que les amorces de jeu symbolique ne débouchent pas. Nous prenons comme étayage la lecture à deux de livres d'enfants illustrés dans l'idée d'apporter une continuité au processus de symbolisation à travers les aléas de l'affect. La lecture répétée d'un livre illustré pour enfants (LOULOU de Grégoire SOLOTAREFF) montre que l'écrit, qui capte particulièrement l'attention de ces enfants, peut devenir un passeur privilégié de significations. La structure texte-image, par les allers-retours possibles de l'un à l'autre, permet de faire perdurer un sens au-delà des distorsions dues aux mécanismes autistiques.

Mots clés : enfant, autisme, symbolisation, livres d'enfants.

Summary

More than the repetition, the discontinuity in the communication appears as the main barrier to care in autistic process. Présymboliques or symbolic lines may appear under the compulsion of a powerful emotion, but collapses once the emotion passed. In care for a child with autistic features, we find that symbolic game primers do not lead. We take as bracing reading two books to children in the idea to provide continuity in the process of identity through the vagaries of affect. Repeated reading of a book for children (LOULOU de Grégoire SOLOTAREFF) shows that writing, particularly captures the attention of these children, can become a smuggler of meanings. Structure text-picture, by the possible "go between" from one to the other, can endure a meaning beyond the distortions due to the autistic mechanisms.

Keywords : child, autism, identity, books of children.

Introduction

Nous nous proposons de montrer, à travers trois ans de prise en charge d'une enfant ayant une composante autistique, quelle contribution spécifique la lecture de livres d'enfants peut apporter au développement du symbolisme, dans l'ensemble des soins reçus par cette enfant.

D'abord nous caractériserons les troubles de type autistique et leur incidence particulière sur le symbolisme. Puis nous envisagerons quelles propriétés du livre et de la lecture peuvent participer à un travail thérapeutique avec ces enfants qui n'établissent pas un jeu symbolique durable.

Psychologue clinicienne
Pole Enfant Sud, C.H. Montfavet

Les troubles autistiques et le symbolisme

1. La discontinuité

Quand on pense autisme ou troubles de type autistique, l'image prégnante est celle de l'enfant absorbé dans d'inlassables répétitions. S'associe aux répétitions l'exigence d'identité, l'enfant voulant que se répètent strictement, lors d'une nouvelle rencontre avec un objet, les détails de couleur, forme, etc. de la première rencontre

Mais le noyau central des troubles autistiques paraît bien plutôt être la discontinuité de comportements, qui adviennent soudain puis sont comme à jamais disparus. Un enfant jusqu'alors mutique prononce un ou plusieurs mots, un regard s'échange pour la première fois avec le

sentiment d'un affect partagé, un jeu répétitif s'ouvre. Mais l'instant suivant ou la fois suivante plus rien ne se passe. Cette discontinuité met particulièrement à mal le psychisme de l'interlocuteur. Sa possibilité de penser comme celle de ressentir en est entamée

2. La distorsion du processus symbolique

Nous allons examiner maintenant un exemple de la distorsion du processus symbolique dans l'autisme. Dans son article princeps KANNER¹, en décrivant le cas de Paul, montre comment une émergence de sens peut devenir une stéréotypie verbale.

Paul, lorsque KANNER le rencontre, est un enfant de 5 ans qui semble en général indifférent à son entourage humain et aux propos qui lui sont adressés. Par contre il connaît par cœur un nombre extraordinaire de poèmes et comptines. KANNER analyse des petites phrases que Paul répète à tout bout de champ, (et en criant), sans lien avec la situation présente, ainsi : « ne jette pas le chien du balcon » ou « tu t'es fait mal à la jambe ». Ces phrases sont en fait des mises en garde que sa mère a faites à Paul, à une occasion donnée. Ainsi sorties de leur contexte et répétées par Paul, elles sont devenues des stéréotypies verbales.

Paul utilise ces phrases pour signifier toutes sortes de situations qu'il juge identiques à la première (autres interdictions ou autres mises en garde). En ce sens, ce sont bien des formes signifiantes, un prélangage. Mais leur fixité en fait un objet étrange, qui déstabilise l'interlocuteur et obère la communication.

On peut faire l'hypothèse que c'est leur puissant contenu affectif (et la prosodie impérative qui y est liée) qui ont permis à ces énoncés de franchir la barrière autistique. Mais, en faisant en quelque sorte effraction dans l'esprit de l'enfant, qui d'habitude ne fait pas attention au langage qui lui est adressé, cette forme orale acquiert un statut particulier. Les mots qui la composent restent imprégnés de l'impact des circonstances où ils ont été entendus. Cette empreinte empêche que la forme puisse se modifier, les mots entrer en relation avec d'autres mots. Le cri, qui est le mode prosodique que Paul emploie pour ces phrases, indique qu'en quelque sorte Paul les expulse, se débarrasse de l'excitation qui y est liée. Il s'agit là d'une utilisation du langage qui fait obstacle à son développement.

Dans ses débuts de langage, le jeune enfant va lui aussi répéter de façon littérale des énoncés marquants. Mais ce phénomène s'estompera puis disparaîtra à mesure que son langage se développera. Car les bases de l'accès au symbolisme sont différentes, comme nous allons le voir. Tandis que pour l'enfant autiste la situation va longuement perdurer et le risque sera toujours là de voir réapparaître cette sorte de langage.

1. Kanner L., (1943). « Autistic disturbances of affective contact », *Nervous Child*, 1943, 2, 217-250. Trad. fr. : « Les troubles autistiques du contact affectif », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 1990, 38, n°1-2, 65-84

3. Les soubassements du symbolisme

Nous allons examiner comment le jeune enfant accède au langage et à la symbolisation, pour mieux caractériser ce qui génère les distorsions ou effondrements du processus symbolique chez l'enfant autiste. Nous verrons que, chez ce dernier, ne se met pas en place l'ambiance de complicité émotionnelle propre aux apprentissages du jeune enfant.

Chez le jeune enfant les études développementales des trente dernières années mettent en évidence le rôle crucial des activités conjointes mère-enfant dans le développement du symbolisme. La mère met en place avec son enfant des activités ritualisées où elle crée une mise en scène soutenant l'intérêt de l'enfant pour un objet. Peu à peu, par les ponctuations de la mère (vocales, gestuelles), l'enfant va découvrir les « conventions » qui précèdent et préparent le langage. Ce sont les jeux de donner et prendre, ponctués de « tiens », les petits gestes servant à dire « non », « parti », « au revoir » etc. et les premiers « mots », qui ne dénomment encore que dans le contexte de leur apparition. Ces auteurs insistent sur l'atmosphère de complicité émotionnelle dans laquelle se passent ces apprentissages.

Le psychanalyste D. MARCELLI² reprenant l'analyse des jeux mère-bébé entre 6 mois et 1 an ½ (par exemple, jeu de « la petite bête qui monte », jeu de « à dada sur mon baudet ») montre que l'enfant expérimente dans ces jeux, en plus des « conventions », une surprise et une « tromperie ». La mère fait comprendre à l'enfant un certain rythme, une certaine règle pour ensuite le tromper dans son attente. De plus au cours du jeu elle mime de faux affects de colère, d'agressivité, d'étonnement. L'enfant d'abord déstabilisé, est finalement rassuré par un grand rire partagé et des embrassades qui le soulagent de sa tension. Cette « tromperie » instaurée par la mère est un apprentissage, dans le domaine affectif, de la différence, de la variation. Sur cet apprentissage repose la capacité de moduler les affects. Lorsque l'enfant a fait ces apprentissages, alors il est devenu capable de se distancier du contexte et est prêt au véritable langage, celui qui a une signification compréhensible, même si l'interlocuteur ou la situation varient.

Pour l'enfant autiste lorsqu'il accède au langage, ses expériences de complicité auront été très limitées par l'impact de ses troubles qui l'isolent de la présence humaine. Il subira souvent de plein fouet la force des affects, et n'ayant pas suffisamment appris à moduler, il restera alors sous le coup de la première situation d'énonciation. Le collage de l'affect à la forme qui lui est associée rendra précaire l'établissement du symbolisme.

2. Marcelli D., (2000). *La surprise, chatouille de l'âme*, Paris, Albin Michel

Accéder au jeu symbolique : Héloïse

Nous allons maintenant examiner ce qui se passe dans l'accession au jeu symbolique chez une enfant présentant une dysharmonie psychotique (« autres troubles envahissants du développement ») et suivie, de l'âge de 5 ans à l'âge de 13 ans, dans une structure de Soins à Domicile. Dans cette formule de soins l'intensité de la relation enfant-soignant est délibérément recherchée, par la fréquence des rencontres (3 fois par semaine), l'unicité du soignant et sa connaissance de tous les milieux de l'enfant (famille, école, loisirs). L'état de complicité émotionnelle, dont on a vu qu'il fait particulièrement défaut à ces enfants, en est ainsi facilité. Mon intervention dans ce cas était très limitée en temps direct auprès d'Héloïse, une fois par mois. Le livre d'enfant, associé au jeu libre, m'est apparu comme un outil pouvant pallier cette discontinuité dans le temps. La période dont nous allons parler va de 5 à 8 ans.

1. Présentation de l'enfant

Rencontrée pour la première fois à l'âge de 5 ans, Héloïse se présente avec un visage figé, transparent, la démarche est raide. Elle parle très peu, sur un ton monocorde. Dans la petite enfance c'était un bébé silencieux, qui ne babillait pas. Héloïse a marché à 16 mois mais n'a dit ses premiers mots qu'à 2 ans et ses premières petites phrases à 4 ans. L'école s'est interrogée sur une éventuelle surdité. Actuellement Héloïse ne s'intéresse pas aux poupées ou dinettes. Elle feuillette des livres d'enfants mais refuse qu'on lui raconte ou lui lise une histoire.

Par souci de discrétion nous ne parlerons pas de la dynamique familiale. Les soins se sont passés essentiellement avec la mère, bien qu'il y ait eu des contacts avec le père. A ce moment de la première consultation la maman est enceinte.

Nous allons résumer l'évolution d'Héloïse, pendant 1 an ½ de Soins à Domicile (entre 5 ans 1/2 et 7 ans) puis envisager plus particulièrement son accès au symbolique à travers les jeux, dont le jeu libre en séance.

Durant cette période, marquée par la naissance de sa petite sœur autour de ses 6 ans, s'établit un début de jeu symbolique (schème symbolique) comme « faire semblant de tomber ». Le langage s'améliore, il devient prosodique, il y a de petits récits. Des sentiments s'expriment, d'abord la peur, puis le désarroi ou la contrariété. Elle dit ainsi : « non, laisse-moi maman » « elle me fâche maman ». La symbiose avec la maman s'atténue. Au CP (elle y entre à 7 ans), ses performances sont très disparates : allant d'un niveau de 3 ans pour les compétences sociales et verbales, à des réussites de 8 ans en raisonnement logique.

Malgré cette bonne évolution, Héloïse reste une petite fille parfois très particulière. Son état, ses possibilités de communication, peuvent encore changer du tout au tout selon les circonstances. A l'école elle peut réussir un jour beaucoup de choses, et le lendemain elle semble ne plus rien comprendre. De même à l'activité cheval, si certaines

circonstances sont différentes, elle ne sait plus monter.

Nous retrouvons dans ces faits la discontinuité qui a été discutée précédemment. Et le besoin du « même », qui en serait la conséquence, reste présent bien qu'atténué. Ainsi, quand elle va faire du cheval, il faut absolument que la selle soit rouge, parce qu'il en était ainsi pour le premier cheval qu'elle a monté.

2. L'univers symbolique dans les jeux

Les jeux symboliques sont très peu présents : quelques jeux de poupées et dinettes, rarement du dessin. En séance de jeu libre avec moi, Héloïse choisit systématiquement de construire un circuit de train. Le plaisir est d'abord dans la construction. Elle peut adjoindre ensuite au circuit des animaux et leur construire des enclos. Il y a quelques fois des ébauches d'histoire avec un personnage ou des animaux, mais qui ne vont pas plus loin qu'une phrase, comme : « un petit garçon qui va aller au train », après quoi elle se met à compter ou aligner les éléments du jeu.

Nous sommes dans une situation où les amorces de jeu symbolique ne paraissent pas déboucher. Je cherche alors une médiation pour étayer le développement symbolique. Elodie a commencé le CP et est très intéressée par l'apprentissage de la lecture. Je me propose alors de regarder et lire avec elle des livres d'enfants.

Le livre pour enfants

En utilisant la lecture de livres d'enfants avec Héloïse, mon idée est de lui faire vivre ce qui n'arrive pas à se mettre en place par le jeu, l'appropriation des affects. Comme nous l'avons vu précédemment, pour les enfants comme Héloïse, les affects, non modulés par les échanges avec l'adulte, ont un impact traumatique, qui obère le développement symbolique. L'hypothèse de ce travail est que le livre et la lecture à deux, offrent à ces enfants des structures facilitatrices pour s'approcher des émotions.

Nous allons décrire quelles sont ces caractéristiques facilitatrices du livre et de la lecture à deux, puis nous présenterons le livre utilisé avec Héloïse : « Loulou » de G. Solotareff.³

1. Les structures facilitatrices

- **Le code** de la lecture, transcription visuelle de la parole, permet à ces enfants de saisir enfin la structure d'un langage qu'ils ont eu beaucoup de difficultés à percevoir oralement. L'observation est constante de leur investissement immédiat sur la lecture, lorsque leur développement cognitif est suffisant. (L'accès au sens sera une autre histoire).
- **La lecture côte à côte**, respecte la difficulté de ces enfants à s'affronter aux visages et aux mimiques, tout en créant une complicité dans le partage d'un même objet, passeur d'émotions.

3. Solotareff G., (1992). *Loulou*, Paris, Ecole des loisirs, Lutin poche

- **Le livre**, n'est pas imprévisible comme la présence humaine, son appartenance au monde physique est rassurante, mais en même temps son texte et ses images sont des médiateurs de cette présence. L'organisation du livre permet de moduler les effets de cette présence. On peut le feuilleter à son gré, s'attarder sur un texte ou une image ou passer vite. Ainsi la rencontre avec une émotion sidérante peut être annulée, sans que pour autant cette émotion soit abolie, car elle reste à sa place, dans le livre. Le double langage du livre, texte et image, permet aussi d'accepter une émotion dans l'image tout en la refusant dans le texte, et l'inverse.

Ces enfants, en panne de jeu, peuvent expérimenter, grâce au livre, l'engagement et le désengagement, le détour, par rapport à la vie affective. Ils peuvent tailler à leur guise dans l'histoire, telle qu'elle est narrée, y faire leur découpage personnel, tout en restant soumis à la réalité intangible incarnée par l'objet-livre.

2. LOULOU de Grégoire SOLOTAREFF

Il s'agit d'un livre au graphisme simple, aux grands aplats de couleur, les paysages sont évoqués avec quelques traits. Il est centré autour de deux personnages, très expressifs dans leurs mouvements, un jeune loup et un lapin dont il raconte l'amitié, qui va devoir traverser l'épreuve de la peur. Il fait partie des grands livres de la littérature enfantine.

Le livre se compose de 14 images et de leur texte. Nous allons décrire un certain nombre de ces images en leur donnant un titre.

Les six premières images (1 à 6) présentent les personnages et leur rencontre. Le texte commence comme un conte : « Il était une fois un lapin qui n'avait jamais vu de loup et un jeune loup qui n'avait jamais vu de lapin (1 et 2). Son oncle décida de l'emmener à la chasse pour la première fois de sa vie. » C'est après la mort accidentelle de l'oncle (3, **la mort du vieux loup**), lorsque le jeune loup se retrouve seul, que le lapin et lui font connaissance. Ils vont tous deux aller enterrer le vieux loup, tout en conversant (5, **l'enterrement**). Le jeune loup, qui n'a pas encore mangé de lapin, reçoit son nom, Loulou et Tom le lapin affirme qu'il n'a pas peur de lui, (l'idée de peur apparaît pour la première fois). Ils deviennent amis et Tom initie Loulou à la pêche ainsi qu'à beaucoup d'autres choses (6).

Les quatre images suivantes (7 à 10), forment le nœud de l'histoire, avec l'irruption de la peur, au milieu de leurs jeux, qui va mettre à mal leur amitié. Nous reproduisons, très légèrement coupées, les images 7, 8, et 9.

L'image 10, **le rêve**, aux couleurs intenses, montre la tête effrayante, très noire, cernée de rouge avec des dents très blanches, d'un Loulou qui a dans sa gueule, étendu, tout petit, le lapin Tom, pétrifié, prêt à être avalé. C'est le rêve de Tom après le jeu de la peur.

Les quatre dernières images (11 à 14), montrent le jeune loup faisant à son tour l'expérience de la peur, et leur

amitié retrouvée grâce à cette compréhension nouvelle. Tout d'abord (11, **départ**) Loulou part tristement dans la montagne, Tom ayant mis un écriteau lui interdisant son terrier. Dans la montagne (12, **peur-du-loup**), des loups le prennent pour un lapin et il connaît à son tour la peur du loup. Loulou revient alors devant le terrier de Tom (13, **imploration**), lui raconte qu'il a vraiment compris la peur et le prie instamment de sortir de son trou. La dernière image montre les deux amis partant à nouveau à la pêche (14, **réconciliation**).

Dans les mots comme dans les images de ce livre, reviennent avec insistance l'oralité et la peur. La nature, niée au début, de Loulou comme prédateur et de Tom comme proie, refait irruption au centre de l'histoire, sous forme d'un jeu. Loulou, doit maîtriser sa pulsion orale, et Tom vaincre sa peur, pour garder leur amitié.

Le travail sur Loulou avec Héloïse

Nous allons examiner comment Héloïse, au cours de trois lectures de « LOULOU » (entre 7ans ½ et 8ans ½) accède aux thèmes et réagit aux affects présentés par ce livre. Qu'est-ce que ces affects produisent ? Un apprivoisement a-t-il lieu ? Parallèlement nous verrons si, dans le domaine du jeu et de la subjectivation en général, des effets peuvent être repérés en lien avec cette lecture.

1. Première présentation de Loulou

Héloïse a 7 ans ½ et est en début de CP lorsque je lui lis « LOULOU » pour la première fois. Elle écoute, regarde, marque son intérêt par des hochements de tête. Je lui demande ensuite de raconter l'histoire en la regardant de nouveau avec elle. Elle ne commente que trois images sur les quatorze : 1, 4 et 6, respectivement, une petite phrase, une question et un comptage. Sa question à l'image 4, rencontre, « où il est l'autre, à la maison ? » interroge sur le personnage absent, le vieux loup, sans intégrer qu'il vient de mourir. Le récit est donc très pauvre, pour ne pas dire inexistant. Aucun personnage n'est nommé. Quelque chose est perçu de la disparition du vieux loup, mais pas plus. Ensuite Héloïse revient à un procédé de comptage.

Après cette présentation nous lisons un deuxième petit livre, qui l'intéresse aussi, puis elle demande à jouer avec les animaux. Là le jeu, pour la première fois, raconte quelque chose, bien qu'il soit haché, fait de petits bouts de scènes juxtaposées. Il y a des débuts de récits familiaux comme : « un cheval qui veut aller voir sa maman ». Sont distingués père et mère mais aussi frères et sœurs, copains et copines, parmi les animaux.

Au cours du jeu elle emploie des termes comme « j'ai peur que », « je veux pas que », et fait des projets en observant un petit jouet : « il est joli ce cheval noir, j'en ai pas mais j'en achètera ». Par de tels propos Héloïse marque nettement qu'elle accède à une intériorité ; une vie subjective s'organise chez elle.



Figure 1 : Image 7. Jeu de cache-cache.

Le texte ne mentionne pas le jeu de cache-cache, que montre l'image, ni le petit oiseau qui s'enfuit, à droite de l'image.

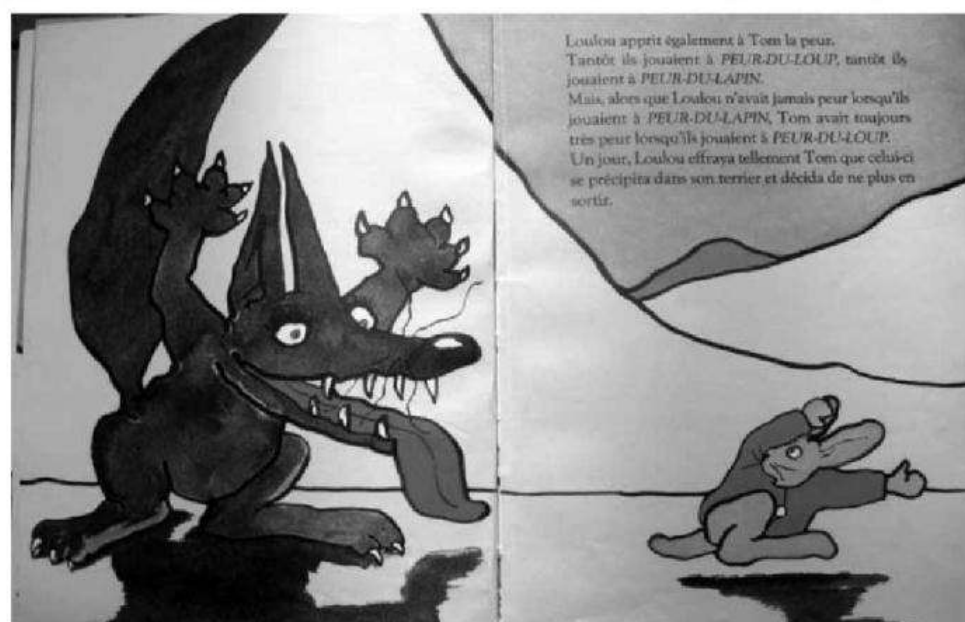


Figure 2 : Image 8. Jeu de la peur.

Les griffes sorties, la langue rouge pendante, l'attitude de Loulou, tout est fait pour inspirer l'effroi, et Tom le lapin court, éperdu. Le texte, renforçant l'image mentionne sept fois le mot « peur ».

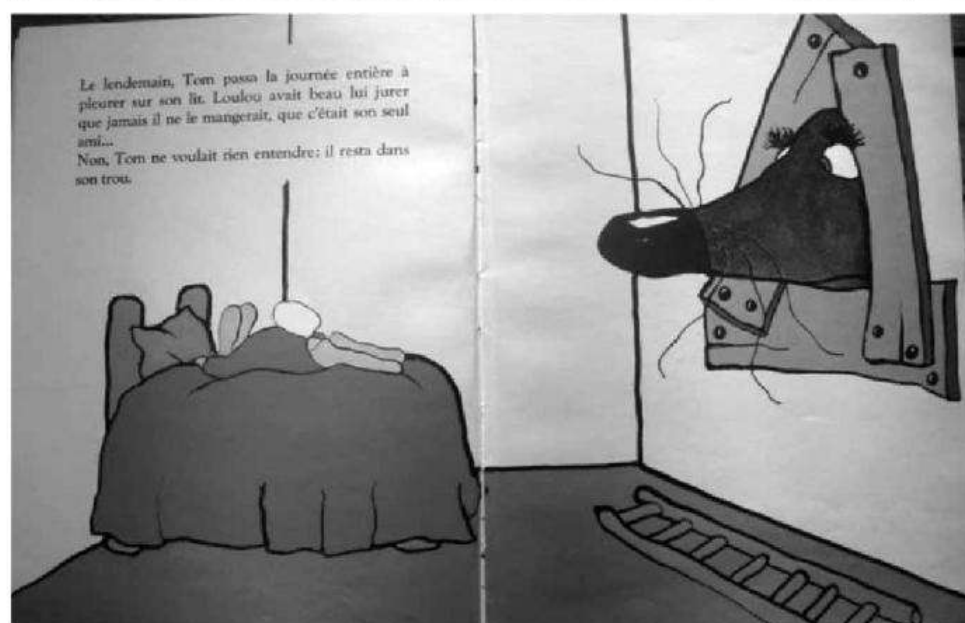


Figure 3 : Image 9. La brouille.

L'image est centrée sur la tristesse, visible dans la mimique de Loulou, comme dans la tête enfouie de Tom, tristesse reprise dans le texte.

Ainsi, à cette séance, après présentation des deux livres, et bien que ses commentaires aient été très pauvres, il y a eu une nette amélioration du jeu et de sa présence en général. Elle semble que quelque chose soit resté de la narration, dans sa forme et dans ses thèmes, qui la porte dans son jeu.

2. Séances suivantes

Dans les séances de cette année de CP, jusqu'à l'été, Héloïse continue de lire des livres avec plaisir. Et même elle en apporte de sa maison. Dans un jeu qu'elle reprend avec les animaux, il y a de nouveaux thèmes : elle insiste en choisissant les animaux, sur la sexuation garçon- fille, dans une dyade copain-copine elle introduit un tiers, et une agression s'en suit. On peut se dire qu'Héloïse aborde des thèmes oedipiens classiques.

Mais en septembre (elle a 8 ans), après la coupure des vacances d'été, quand Héloïse retrouve le jeu des animaux, toutes ces avancées du jeu ont disparu. Le jeu ne comporte plus de scénario, ce ne sont que comparaisons, descriptions, comptages. Héloïse ne raconte rien, donne une impression de fermeture, alors qu'avant les vacances elle était bavarde, posait des questions. Avec son infirmière Héloïse a tendance à reprendre des jeux faciles, répétitifs.

Ainsi est illustrée, encore une fois, la fragilité des acquis de ces enfants dans le domaine symbolique ; la simple coupure de vacances fait à nouveau s'effondrer ce qui s'était construit.

3. Deuxième présentation de Loulou

Un an après la première présentation, je propose de nouveau à Héloïse de lire Loulou (elle est maintenant en CE1). Elle reconnaît le livre et réagit « ah oui Loulou ». Comme la première fois je le lui lis, puis lui demande ensuite de me le raconter en regardant les images. Cette fois-ci 11 images sur les 14 sont commentées.

Images 1 à 6 : elle commente les images 2, 3 5 et 6. À 2, la chasse et 6, la pêche, elle énonce de petits bouts de phrase, montrant qu'elle a compris l'image, et retenu des éléments du texte : « chasser les lapins » (2), « à pêcher pour manger » (6). À 3, la mort du vieux loup, elle interroge sur le sens de « se cogner », le texte étant : « Ce jour-là, le vieux loup était si pressé qu'il se cogna contre un rocher et tomba raide mort. » À 5, l'enterrement, elle demande : « pourquoi il veut pas le manger ? ». Héloïse s'étonne en quelque sorte, dans sa question, de ce manquement du jeune loup à l'oralité.

Images 7 à 10 : elle passe 7, jeu de cache-cache, sans rien dire. À 8, jeu de la peur, elle commente, « parce qu'ils jouent à cache-cache », ce qui se rapporte à l'image précédente, et qui est un commentaire anodin sur l'image effrayante de faire peur et avoir peur. Le seul indice de la perception de la peur pourrait être le « parce que », liant le jeu de cache-cache à quelque chose d'autre, non nommé. À 9, la brouille, son commentaire : « il aime pas qu'on joue » « ça veut dire qu'il pleure », traduit bien les sentiments du lapin Tom, mais évite de préciser le jeu. À 10, le rêve, son commentaire : « parce

qu'y mange » m'apparaît très inapproprié. Je lui rappelle que c'est un rêve. « ah oui, c'est dans son rêve ? » Héloïse accepte sans le moindre problème l'image du lapin mangé par Loulou. On ne sait pas à quoi le « parce que » relie. Est-ce encore l'indice de la perception de la peur non nommée ?

Images 11 à 14 : A 11, départ, Héloïse s'intéresse à ce qui est écrit sur la pancarte placée devant le terrier de Tom. Elle demande « qu'est-ce qu'y a marqué ». Je lui lis ce qui est écrit, (« terrier de Tom »). À 12, peur-du-loup, avec le commentaire « et y (ils) croyait qu'y a un lapin », elle a bien compris ce que montre l'image et qu'énonce le texte, la confusion possible de Loulou avec un lapin. Mais elle ne parle pas de la peur, pourtant fortement énoncée dans le texte. A 13, supplication, Héloïse interroge « et qu'est-ce qu'y a marqué encore ? ». Il s'agit de nouveau de la pancarte placée devant le terrier de Tom, que je lui lis, « terrier de Tom interdit à Loulou ». Elle rajoute alors « parce qu'il faut pas qu'y lui fait peur ». Le mot « peur » apparaît enfin dans les commentaires d'Héloïse. À 14, réconciliation, où le texte parle de la vraie peur éprouvée par Loulou, et de la décision conséquente de Tom de sortir de son terrier, Héloïse commente simplement : « eh ouais, parce qu'il faut qu'ils pêchent ». Je lui demande pourquoi, Héloïse répond : « pour manger ».

Analyse

Par rapport à la première présentation, cette fois-ci presque toutes les images sont commentées et l'histoire est comprise en partie. Mais les sujets des actions ne sont toujours pas nommés, uniquement « il » et le contenu reste assez pauvre. Le rêve n'est pas perçu, par contre d'autres éléments impliquant des croyances ou des sentiments le sont. Ce qui est intéressant est la façon dont Héloïse joue avec la structure de l'histoire, en rapport avec une émotion qu'elle ne peut nommer, la peur.

Nous allons reprendre ce qui se passe dans les images 7 à 10 où se noue la peur à travers les jeux de Tom et de Loulou. En énonçant le commentaire anodin de 7, jeu de cache-cache à propos de l'image 8, peur du loup, effrayante, Héloïse opère un décalage dans la structure même de l'histoire. On fait l'hypothèse que c'est une façon très spéciale de se protéger de la perception de la peur. Peur qu'elle sous-entend ensuite dans son commentaire de 9, la brouille en parlant de ne pas aimer jouer et de pleurer.

Lorsqu'elle accède enfin à l'expression de la peur, à 13, imploration, c'est dans une image où les éléments évoqués dans le texte et les éléments montrés par le dessin sont nettement dissociés. Le texte commence par une phrase évoquant la peur de Loulou : « Après une terrible poursuite avec les loups où il faillit mourir de peur, Loulou revint voir Tom. » Tandis que l'image elle-même ne montre ni la peur ni l'effrayant, mais un Loulou penaud et suppliant, aplati devant le terrier de Tom. On peut faire l'hypothèse que la peur est abordable dans le texte parce qu'elle n'est pas évoquée dans le dessin. Il n'y a pas la sidération que produit l'élément visuel chez Héloïse.

L'autre élément qui paraît déterminant pour faciliter à Héloïse l'expression de la peur dans cette image, c'est que la peur se lie à la forme d'un interdit écrit sur un panneau, « terrier de Tom interdit à Loulou ». Cette forme apparaît très privilégiée pour franchir les barrières autistiques : d'une part elle est énoncé négatif et impératif, d'autre part elle est forme écrite à l'intérieur même de l'image. On retrouve là les caractéristiques de ce qui peut franchir les barrières autistiques, comme le montrait l'exemple de KANNER : les mises en garde, les injonctions, les interdits. Une force supplémentaire y est apportée par la forme écrite, dont nous avons vu le statut privilégié pour l'enfant à tendance autistique.

Si l'on reprend les thèmes de l'histoire, oralité et peur, on voit que l'oralité en elle-même, ne pose aucun problème à Héloïse, qui est au contraire étonnée que le loup ne veuille pas manger le lapin, et tout à fait à l'aise avec l'image (10, le rêve) de Tom dans la gueule de Loulou. Il n'y a en quelque sorte aucune censure de la pulsion orale (il suffit de voir la fréquence du mot « manger » dans ses réponses). En ce sens Héloïse n'accède pas à une des dimensions de l'histoire qui est de contrôler cette pulsion au nom de l'amitié. La peur, elle, engendre des effets destructeurs du sens : contamination d'une image par une autre (7-8), du fait même de ne pouvoir être nommée. Quand elle est enfin nommée, c'est grâce à des éléments de contexte très particuliers : dissociation texte-image, forme d'interdit, forme écrite. Les autres thèmes du livre, solitude, mort, amitié, ne sont pas mentionnés directement dans les commentaires d'Héloïse. Dans les mois suivants on observe, dans les Soins et à la maison, un éveil d'Héloïse aux jeux symboliques et au sens, des mots, des histoires etc... A la même époque, elle devient sensible au temps qui passe, ainsi elle s'interroge sur le vieillissement de la maman et s'inquiète à l'idée de rester seule. Il semble bien que la lecture de livres illustrés encourage l'utilisation d'une pensée symbolique chez ces enfants. On peut penser, à voir son approche du temps, de la solitude, que les thèmes du livre, même non explicités par Héloïse dans ses commentaires, ont été perçus. En articulation avec le reste des soins, cette lecture lui donne des formes pour rendre représentables des situations comme celles de la peur ou de la solitude, qui ont, au départ, un impact destructeur sur sa capacité de penser.

4. Troisième présentation de Loulou

Quatre mois après, lorsque je présente Loulou pour la troisième fois à Héloïse (8 ans ½), elle prend l'initiative de feuilleter le livre d'abord, mais ne commence à le commenter qu'à l'image 7. Nous regardons ensemble, et pour chaque image je demande « et là ? », puis je complète ensuite sa description.

En feuilletant

Images 1 à 6 : elle les regarde sans rien dire.

Images 7 à 10 : à 7, jeu de cache-cache, elle donne cette fois-ci la bonne description à la bonne image, « y joue à

cache cache ». Elle passe 8, jeu de la peur, cette fois-ci sans rien dire et donne à 9, la brouille, le commentaire suscité par 8 : « il a peur ». Je demande : « qui a peur ? » et Héloïse répond : « le loup ». Ma question : « tu crois que c'est le loup qui a peur ? » marque ma surprise et mon incompréhension. Héloïse entend cela et répond : « non, y pleure ». Etant donné la confusion dans les sujets des actions, je reprends ses mots en précisant : « Tom le lapin a eu peur quand ils jouaient et maintenant il pleure ». Le rêve cette fois-ci est bien perçu (image 10, le rêve) : « C'est le rêve » (« à quoi il rêve ? ») « d'un loup qui le mangeait ».

Images 11 à 14 : A 11, départ, elle lit la pancarte « terrier de Tom ». A 12, peur-du-loup, Héloïse décrit les deux têtes de loup en premier plan « y avait deux loups ». A 13, supplication, elle lit la pancarte « terrier de Tom interdit à Loulou ». Et à 14, réconciliation, elle déclare « il a plus peur » et à ma question « qui ? » répond « le lapin ». Là il n'y a pas de confusion sur le sujet de l'action.

Analyse

On voit qu'un travail mental s'est fait depuis la dernière fois puisque Héloïse comprend maintenant ce qu'est le rêve, situant parfaitement comme action rêvée le loup qui dévore. Le sujet qui rêve, le lapin, n'est lui mentionné que sous la forme « le » dans « qui le mangeait ».

Mais autour de l'image 8, jeu de la peur, sur laquelle elle ne dit rien, continuent à se créer des confusions. D'une part elle décale à l'image 9, toute entière centrée sur la tristesse, la mention de la peur liée à l'image 8. D'autre part, suite à ma demande de précision, elle attribue cette peur non pas au lapin mais au loup. Par cette confusion sur le sujet de l'action, elle ôte tout sens à la situation pour celui qui l'écoute.

Il semble que sous l'impact d'une image Héloïse retrouve les difficultés, que l'on avait vues précédemment, à identifier les sujets des actions. Elle retrouve le niveau où « faire peur » et « avoir peur » peuvent se confondre, ce qui prime étant « peur ». En tout cas ce qu'Héloïse saisit bien, c'est le ton étonné, un peu réprobateur de ma question car elle répond rapidement « non », avec un petit rire d'excuse, et elle enchaîne ce « non » avec une description exacte de l'image 9 où le lapin pleure, mais toujours sans autre sujet que « y ».

Dans les images suivantes son attention est à nouveau captivée par les panneaux qui sont devant le terrier de Tom et qu'elle peut maintenant lire. La fin où elle conclut que le lapin n'a plus peur montre qu'elle a compris le sens de l'histoire. Mais on voit comment les mécanismes de décalage et de confusion peuvent rapidement rejeter les enfants de ce type hors de la communication avec autrui.

Après avoir feuilleté le livre, en le commentant, Héloïse s'empare de la lecture, bien que ce soit un peu long et difficile pour elle. Je l'aide à lire, et au fur et à mesure lui demande de dire quelque chose de l'image. Après ses commentaires je complète le récit, en langage parlé.

Lecture

Jusqu'à l'image 5 la lecture d'Héloïse est atone, mécanique, et elle répond d'une voix éteinte. Nous allons centrer notre analyse sur l'image 5 de l'enterrement et les images 7 à 10.

À l'image 5, l'**enterrement** le ton d'Héloïse change complètement, devient tonique, intéressé : « *ça veut dire que le lapin n'a pas peur du loup* ». Je reprends ses paroles sous la forme « Tom il a pas peur du loup » et Héloïse m'interpelle vivement, ce qui est complètement nouveau : « *c'est quoi que tu as dit ?* ». L'enterrement n'est toujours pas décrit, ni l'échange des prénoms, mais l'affirmation du texte, que le lapin n'a pas peur, est reprise avec conviction par Héloïse.

Voici les descriptions des **images 7 à 10** : 7, **jeu de cache-cache** : « *le lapin qu'est caché. Parce qu'y jouent à cache cache ... Et un oiseau qui a peur.* » 8, **jeu de la peur**, « *parce que Loulou a fait peur au lapin* ». 9, **la brouille**, « *Et ça veut dire qu'il pleure le lapin* ». 10, **le rêve**, « *Le loup qui voulait manger le... Tom.* » Héloïse ne mentionne pas qu'il s'agit d'un rêve.

Au cours de cette lecture Héloïse aborde le thème de la peur d'emblée, dès qu'il en est question dans l'histoire, à l'image 5, sous la forme négative « pas peur » (cf texte : « Moi, en tout cas, fit Tom, je n'ai pas peur de toi »). Les sujets des actions sont maintenant clairement identifiés. Les images 7, 8, 9 ont chacune une description exacte sans confusion ni décalage. De plus à l'image 7, **jeu de cache-cache** un détail rarement remarqué, le petit oiseau qui s'enfuit, vient en quelque sorte préparer la peur qui éclate à 8, **jeu de la peur**. Par contre le rêve n'est pas mentionné cette fois-ci, alors qu'elle l'avait bien identifié en feuilletant. On remarque que le mot peur est devenu central maintenant dans ses commentaires.

Nous allons revenir sur les deux temps de cette séance, (feuilletter puis lire) et discuter de ce que l'écrit apporte de spécifique.

Le texte écrit

Lorsque Héloïse feuillette le livre elle est sous l'emprise surtout des images, avec juste quelques souvenirs du texte, et les mécanismes qu'elle utilise pour se protéger de l'image de la peur : « contamination » d'une image par l'autre et confusion des identités, sont lourds de conséquences pour la communication. Avec la lecture du livre qu'elle fait elle-

même, Héloïse franchit une étape grâce au langage écrit qui lui permet, en s'emparant des significations, de ne plus être absorbée par une émotion irreprésentable. Nous avions déjà vu, avec la lecture des panneaux devant le terrier de Tom, comment ce langage écrit libérait sa pensée. Nous constatons qu'Héloïse accède à d'autres mécanismes de défense, qui cette fois-ci ne déforment pas la réalité. Elle peut reporter l'angoisse sur un détail, le petit oiseau qui a peur de l'image 7, **jeu de cache-cache** et se préparer en quelque sorte à l'image traumatisante (elle utilise un mécanisme de défense de type névrotique.)

Conclusion

A travers le récit et l'analyse de trois ans de prise en charge d'un enfant présentant des traits autistiques nous avons voulu montrer comment la lecture de livres d'enfants illustrés venait soutenir des mouvements de symbolisation défailants. Trois processus sont apparus comme opérants :

- le pouvoir de l'écrit venant libérer de l'emprise déstabilisante d'une image où l'affect est collé à la forme, tandis que l'image, de son côté, vient donner un contenu, vient animer une lecture autrement formelle et mécanique.
- la dynamique différente des récits de l'image et du texte, qui tantôt s'appuient ou se complètent et tantôt divergent. Ceci permet que les confusions engendrées par l'impact d'une image restent limitées, ne détruisent pas la structure. Ainsi un sens reste en attente, déposé dans l'objet-livre.
- l'analogie dans le rythme du récit (un début, une acmé, un dénouement) et dans les différents niveaux de communication (celui de l'image et celui du texte) avec les jeux de la mère et de l'enfant où elle communique, par le rythme et l'affect, des choses contradictoires qui décollent l'enfant de l'immédiat et le font entrer dans le présymbolique.

Nous voudrions terminer sur les intérêts particuliers des enfants à tendance autistique, source d'enfermement certes, mais qui peuvent être aussi le point de départ d'un travail. À partir d'eux, si le thérapeute s'y intéresse, soutenu par sa rêverie à propos de l'enfant, peut s'enclencher le processus d'attention partagée. S'ils sont inclus dans des structures signifiantes, alors ils peuvent conduire à l'émotion partagée des objets de la culture humaine.

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 du Bois (Roquemaure)

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

■ Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

Adjoint : Michel Bayle (Aix en Provence)

■ Secrétaires de Rédaction

Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique subsaharienne : Monique Wagner (Boulbon)

Afrique du Nord : Zahia Kissoum (Avignon)

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

Auprès des sponsors : Olivier Fossard (Avignon)

■ Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

Michèle Bareil-Guerin (Limoux)

Nacera Benosman (Tlemcen, Algérie)

Tatiana Beregovaia (Marseille)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès)

Rachel Bocher (Nantes)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Nicole Bousquet (Béziers)

Yves Chmielewski (Avignon)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Anne Laure Donskoy (Bristol, Angleterre)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Huguette Ferré (Martigues)

Thierry Fouque (Nîmes)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Drissa Koné (Abifjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

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)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Marie-José Pahin (Marseille)

Errol Palandjian (Draguignan)

Patricia Princet (Fains)

Anne Rivet (Avignon)

Claude Aline Rohman (Orléans)

Anne Sarrassat (Nice)

Sophie Sauzade (Réunion)

Pascal Schindelholz (Lavaur)

Dominique Schneider (Strasbourg)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

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)

Hervé Gady (Avignon)

Jean-Michel Gaglione (Martigues)

Jean-Marc Galland (Fréjus)

Marie-Claude Gardone (Avignon)

Dominique Gauthier (Laragne)

Bernard Javellot (Pierrefeu)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Claude Miens (Arles)

Jean-Baptiste Orlé (Cannes)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Jacques Rustan (Toulouse)

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 Benrqiq (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-Petersbourg, Russie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Baba Koumare (Bamako, Mali)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Nasser Loza (Le Caire, Égypte)

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

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Eugeny Snedkov (Saint-Petersbourg, Russie)

Maria Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Gyöngyigyi Szilagyi (Budapest, Hongrie)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint-Petersbourg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Avignon)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

Michel Bartel (Pierrefeu)

Jean-Pierre Baucheron (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 Deramond (Toulouse)

Dominique Étienne (Pierrefeu du Var)

Martine Fournier (Marseille)

Marie-France Frutoso (Uzès)

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 Pupeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Membres honoraires

Mila Ramon (Béziers)

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 :

Chantal Roose, trésorière de *PsyCause*
228, chemin de la Forêt
84140 Montfavet (France)

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 langues française puis anglaise, exposant succinctement l'objet de l'article. Suivent les mots clés en Français et en Anglais.
- **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.

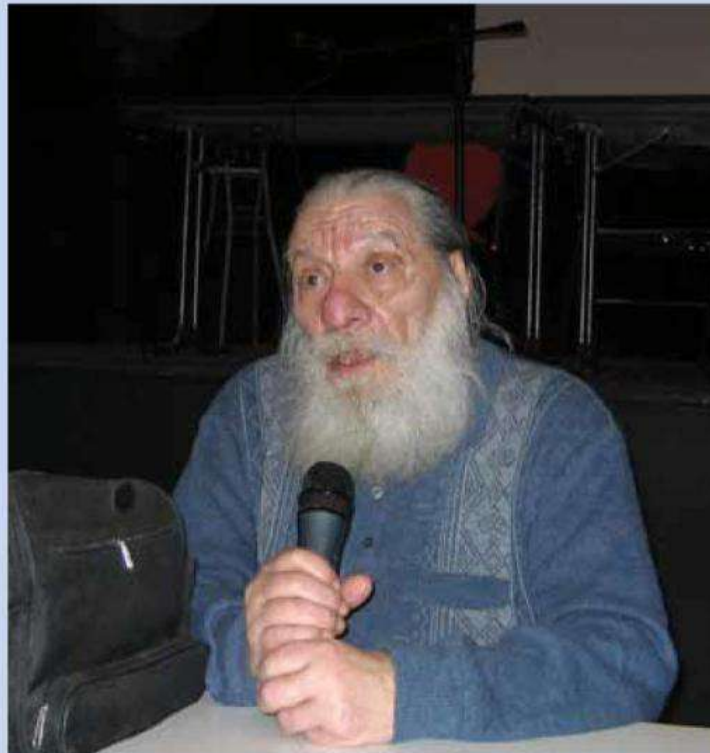
Les figures fournies dans une version informatique, doivent être enregistrées dans des fichiers séparés, dans un format .tif, .eps ou .jpg. La version informatique doit impérativement être accompagnée d'une version papier de bonne qualité.

Tableaux

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

Hommage à François Grisoni

Après midi organisée par PsyCause



**Jeudi 6 octobre 2011 à l'Espace médical
du Centre Hospitalier de Montfavet
de 14 h à 16 h**

François Grisoni avait participé le 10 mars 2010 à la demi-journée intitulée « Transmettre », organisée par Psy Cause au Centre Hospitalier de Montfavet (photo ci-dessus). C'était sa dernière conférence publique avant son décès survenu le 9 mai 2011. Il a très peu écrit mais son enseignement perdure jusqu'à aujourd'hui. Psychiatre chef de service à l'hôpital de Montfavet de 1975 à 1992, il formalisa des thérapies inspirées de Wilhelm Reich et de la bioénergie. Nous proposons à tous ceux qui restent attachés à sa mémoire et à sa contribution professionnelle, une demi-journée de souvenir et de restitution.

L'idée est d'envisager la constitution d'un fonds documentaire
sur l'œuvre théorique de François GRISONI.

Contactez Didier Bourgeois : Psycouse@orange.fr