

Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Prix PsyCause 2010
du mémoire infirmier
- Couple et violence
- Delirium Tremens
- Problématiques africaines

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Auteurs de France, de Belgique et de République tchèque	3
Agressivité du patient psychotique et réactions du soignant : impact sur la continuité des soins	
Prix Psy Cause 2010 du mémoire infirmier de fin d'études	
Manuello Diogo	4
Le couple : une folie à deux	
Jean-Pierre Montalti	14
« De la violence intime à la parole partagée »	
Expérience d'un groupe de parole thérapeutique auprès de sujets auteurs de violences conjugales/éléments cliniques et perspectives thérapeutiques	
Ève Montalti, Mathieu Lacambre, Patricia Carette	19
Le Delirium Tremens et son traitement	
Anicette Vandenschrick-Desplan	29
Le corps morcelé... et le savoir vivre	
Jan Cimicky, Omar Mounir	34
PsyCause II – Auteurs d'Afrique subsaharienne et méditerranéenne	37
Description des pratiques et attentes des médecins généralistes des centres de santé communautaires d'Abobo (Côte d'Ivoire) face aux conduites suicidaires	
Konan Yao Eugène, Yeo-Tenena Yessonguilana Jean-Marie, Aké Odile, Tetchi Ekissi Orsot, Saraka Kouadio Walter Olivier, Soro Mariam, Koffi Kouamé, Delafosse Roger Charles Joseph, Koné Drissa	38
La prise en charge des enfants psychotiques dans l'Ouest algérien	
Mohamed Tadlaoui	46
Actualité scientifique francophone	52

Revue trimestrielle
Dr J.-P. Bossuat Centre hospitalier 84143
Montfavet cedex
Site web :
<http://psyc ause.pagesperso-orange.fr>
Blog :
<http://revuepsyc ause.blogspot.com/>
Prix du numéro : 15 €
Infographie : NHA (Six Fours les Plages)
Imprimeur : Ranchon (Saint-Priest – 69)
ISSN 1245-2394



Causalité et impermanence

Quelle sera la situation en France lorsque l'abonné recevra ce numéro et lira cet éditorial ? Il est bien difficile de le dire au moment où j'écris ces lignes. En ce mois de février 2012, l'actualité porte sur l'autisme et la psychanalyse, et la « Haute Autorité de Santé » en constitue la vedette. Un article paru dans *Le Monde* en date du 17 février 2012 écrit : « Dans le douloureux casse-tête qu'est le traitement de l'autisme, la hache de guerre contre la psychanalyse est à nouveau déterrée. Et ceux qui la brandissent ne sont plus seulement des associations de parents militants. La Haute Autorité de Santé (HAS), qui doit rendre publiques, le 6 mars prochain, des recommandations très attendues de bonnes pratiques sur l'autisme chez l'enfant et l'adolescent, s'appête à classer cette approche thérapeutique au rayon des « interventions globales non recommandées ou non consensuelles ». Plus qu'un désaveu : une condamnation. » Cet article considère que la mèche avait été allumée lorsque le 20 janvier dernier, un député « déposait un projet de loi visant "l'arrêt des pratiques psychanalytiques dans l'accompagnement des personnes autistes", au profit exclusif des méthodes éducatives et comportementales, provoquant un tollé parmi les psychiatres ». Le même article rappelle qu'il y a 50 ans, l'autisme était considéré comme une psychose selon la théorie du psychanalyste Bruno Bettelheim, qui évoque l'étiologie d'une mauvaise relation de la mère à son nouveau né, et que de nos jours, selon la classification internationale des maladies mentales, l'autisme mettrait en jeu un mauvais fonctionnement des circuits neuronaux. La France, selon l'article sus-cité qui fait sien un point de vue discutable, accuse un net retard dans l'usage des thérapies comportementales qui améliorent le pronostic à défaut de guérir, « car on ne guérit pas de l'autisme ». Enfin, cet article évoque aussi la culture psychanalytique qui est « restée vivace en France » et fait ressortir les reproches prononcés par nombre d'associations, en particulier celui de continuer à culpabiliser les parents par la psychanalyse.

Ce reproche qui n'est pas nouveau, n'est pas de mise dans la théorie d'un autre psychanalyste de l'enfant, Winnicott, qui, lui, parle d'inadéquation entre la mère et un problème qui peut être inné chez l'enfant. L'intérêt de l'approche psychanalytique ne porte alors pas sur la cause mais sur les stratégies adoptées par le sujet, sur son positionnement a posteriori : ce qui est l'essence souvent méconnue de la psychanalyse. Winnicott, ignoré du journal *Le Monde*, n'a jamais culpabilisé les mères.

Il ne faut de toute façon pas s'illusionner sur ce qu'une alternance politique pourrait changer. Souvenons nous des « ordonnances Juppé » devenues ensuite les « ordonnances Jubry » (contraction de Juppé-Aubry). Il y a des tendances lourdes dont la causalité est multiple au niveau mondial : l'invasion du positivisme, la crise économique qui renforce le contrôle gestionnaire, avec une spécificité française, la puissance du lobby de la haute administration issue de l'ENA. Mais ce n'est pas parce qu'une situation perdure que d'un coup, alors que l'on ne s'y attend pas, tout ne peut pas basculer comme en Afrique méditerranéenne en 2011. Notre congrès au Cambodge en novembre prochain est placé sous le signe du bouddhisme et donc de « l'impermanence ».

La revue *Psy Cause* poursuit en ce moment son implantation en Afrique subsaharienne. Cet espace francophone (malgré, lui aussi, ses zones d'ombre) est très créatif et de plus en plus engagé dans sa participation à une revue qui est « sienne ». Les psychiatres de la Société de Psychiatrie de Côte d'Ivoire nous ont adressé un signal fort en s'abonnant chacun à « leur » revue *Psy Cause*. Notre publication sera à terme, par l'Afrique, revivifiée et décentrée de la France. Il s'agira d'un véritable mouvement géographique de la pensée : la psychiatrie émergente sera une psychiatrie de terrain, de rencontres cliniques interpersonnelles et non une psychiatrie de laboratoire, d'éprouvettes et de règle à calcul.

Avignon, le 20 février 2012
Jean Paul Bossuat

Auteurs de France, de Belgique et de République tchèque

Nous avons vu que les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge des autistes mettent en doute l'intérêt de la psychanalyse. Il en est de même à l'encontre de la psychothérapie institutionnelle considérée comme coûteuse en personnel, ce qui ne serait pas le cas de la seule chimiothérapie voire des thérapies comportementales.

Le 22 octobre 2010 à l'occasion de notre congrès national à Béziers, la revue remettait à Manuella Diogo le prix Psy Cause 2010 du mémoire infirmier de fin d'études. Ce travail avait été sélectionné par le jury en raison du questionnement sur le positionnement de l'infirmier confronté à la violence d'un psychotique déficitaire et autiste, questionnement qui faisait appel au travail en équipe et à une grille de lecture clinique et psychopathologique. Il a donc toute sa place pour « ouvrir » ce numéro 60.

Les deux articles suivants sont des communications à notre matinée scientifique du 26 septembre 2010 dans le département du Gard, intitulée « Le dit et l'entendu dans le couple ». Le second texte concerne l'association Montpelliéraine via voltaire qui est un lieu d'accueil, de suivi et de soutien s'adressant aux personnes en grande difficulté économique, pouvant présenter une souffrance psychosociale, des problèmes de santé et/ou d'insertion. Cette association s'adresse également aux personnes rencontrant un problème de violence dans leur couple.

Le quatrième article est le travail d'un jeune médecin belge en cours de spécialisation à l'université de Louvain. Ce texte présente la vision d'une jeune collègue sur le délirium Tremens et son traitement.

Le dernier article a pour auteurs, deux psychiatres tchèques qui s'interrogent sur la déshumanisation et le morcellement de la médecine alors que les usagers recherchent une vision humaine et globale.



Remise à Béziers du prix Psy Cause 2010 du mémoire infirmier de fin d'études.



Manuello Diogo*

Agressivité du patient psychotique et réactions du soignant : impact sur la continuité des soins

Prix Psy Cause 2010 du mémoire infirmier de fin d'études¹

Résumé : ce mémoire aborde le positionnement de l'infirmier en face de l'agressivité d'un patient qui présente une psychose déficitaire avec des traits autistiques associés. La violence du patient est en lien avec sa souffrance psychique, son angoisse de morcellement. Le travail en équipe est un élément clé pour une réponse adaptée.

Mots clés : agressivité, angoisse, autisme, équipe, psychose

Summary : nurses memory. This brief discusses the positioning of nurses from the aggressiveness of a patient with a deficit psychosis and associated with autistic traits. The violence of the patient is in connection with his mental suffering, his anguish of fragmentation. Teamworking is a key element for an appropriate response.

Keywords : aggression, anxiety, autism, team, psychosis

Introduction

Aujourd'hui on constate qu'il est encore aisé d'associer les termes agressivité violence et dangerosité, ils restent stigmatisés et viennent susciter toutes nos peurs. Les médias participent à véhiculer la notion de violence. Les exemples se succèdent autour des violences en milieu psychiatrique et la peur accompagne la maladie mentale, comme si la folie pouvait nous contaminer. Cette société en pleine évolution se protège d'un danger potentiel en tentant de réduire la personne à sa pathologie (vécue en termes d'agressivité et de violence), mais cette réduction oublie la souffrance du patient. C'est exclure le « fou » et le renvoyer à la psychiatrie sur un mode asilaire, un statut de geôle, en attribuant la même dangerosité à la folie qu'à un agresseur ou autre criminel. «La déviance est une pathologie sociale dans la mesure où elle est indésirable »².

Mais au-delà de ces représentations, la notion de violence accompagne les soignants dans leur quotidien tant dans les services de psychiatrie que de soins généraux. Aussi doivent-ils mener une réflexion quant à leurs pratiques en prenant en compte à la fois leur perception de la maladie, et l'évolution des représentations sociales de la population. Pourtant l'agressivité et la violence se distinguent : l'agressivité n'est pas forcément nuisible car elle est soit défensive, soit combative et comporte une dimension relationnelle, « l'agressivité est dirigée vers l'autre »³, alors que la violence se manifeste par « une décharge brutale mais n'implique pas forcément une relation à l'autre »⁴, elle peut aussi bien viser les personnes que les objets.

Cela implique un travail de distinction entre ces deux manifestations : il s'agit d'en repérer tous les signes afin d'objectiver notre travail de soignant au quotidien.

* IFSI Marie-Françoise Collière, Béziers.

1. Travail de fin d'études, diplôme d'état infirmier, promotion 2006-2009, IFSI de Béziers.

2. Véronique Pillon, *Normes et déviances*, Editions Bréal, 2003, 216p. p54.

3. S Bimes-Arbus, Guy Lazorthes, Yves Lazorthes, Daniel Rougé, *Sciences humaines et sociales*, Elsevier Masson, 2006, 487 pages, p. 193.

4. *Ibid*, page 193.

Situation d'appel

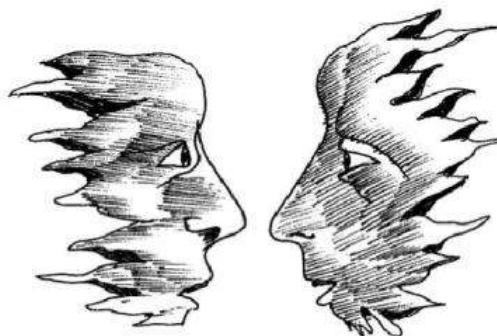
Présentation

Au cours de ma formation d'infirmier de troisième année, à l'IFSI de Béziers, j'ai effectué un stage dans un service de psychiatrie en service ouvert (hospitalisation libre). J'y ai rencontré M.P., un homme de 45 ans qui vit en milieu institutionnel (Maison d'Accueil Spécialisée) depuis une dizaine d'année. Cet homme présente une psychose déficitaire avec des traits autistiques associés. Il a un retard mental sévère, des troubles du langage (ne prononce que quelques sonorités et a donc essentiellement une communication non verbale), mais il est très attentif aux personnes et à son environnement. Il a besoin d'un accompagnement dans la plupart des actes de la vie quotidienne. Quant à ses proches, il ne lui reste qu'une sœur, qui lui rend visite régulièrement. M. P a par ailleurs comme principal repère spatio-temporel et familial l'entourage institutionnel (les autres résidents et éducateurs). Il a été admis en septembre 2008 suite à une décompensation aiguë avec auto et hétéro-agressivité répétées depuis trois semaines, des agitations psychomotrices (instabilité, déambulation), des insomnies, des troubles alimentaires.

À son arrivée dans le service, il a été placé en chambre et maintenu alité par 4 liens de contention sur prescription médicale pendant 24h. Son traitement à l'arrivée : antipsychotique per os et solution buvable, neuroleptique, correcteur, hypnotique et si agitation ++ un traitement supplémentaire et contention avec surveillance sur 24h.

Le jour suivant son entrée, il reste agité, tente de frapper et d'agripper les soignants, a des difficultés à prendre l'ensemble de son traitement (le recrache), et il ne mange pratiquement rien (par la suite il lui sera rajouté un complément alimentaire). L'isolement est préconisé par rapport aux autres patients, il reste donc en chambre, fermée à clef sur prescription médicale. Des sorties à l'extérieur de sa chambre sont organisées, mais il doit toujours être accompagné d'un soignant, et pendant un moment court. Sa prise en charge sollicite l'intervention de deux soignants du fait de son opposition et de son agressivité pour la plupart des soins qui lui sont prodigués.

Lors de mon stage, j'ai demandé à accompagner un IDE pour faire prendre à M.P le repas de midi et lui donner son traitement. J'appréhendais ce moment et m'interrogeais sur les réactions agressives qu'il pouvait avoir. Nous frappons à la porte, ouvrons, M. P se tient derrière, debout, tout nu, les cheveux hirsutes mais le regard attentif ; sa chambre est couverte d'urines et de selles. L'IDE lui dit « nous venons vous apporter le repas de midi » puis il le rhabille et lui dit « asseyez-vous » en lui désignant le bord du lit. M.P. s'assoit. Quant à moi, je le salue et me présente, puis nous disposons une tablette à ses côtés. L'IDE s'assoit près de lui, je me place sur le côté puis je commence à lui présenter la cuillère pour le repas (M.P. présente des troubles de la déglutition et donc des risques de fausse route ; il mange donc mixé).



Il nous regarde, prend la cuillère et approche le contenu de sa bouche, il prend 2 cuillérées (dont son traitement), puis tente de se lever une première fois. L'IDE le retient assis et lui demande de continuer le repas ; M.P. prend alors une autre cuillerée mais la recrache et se redresse brusquement. Nous le laissons un moment. Il se dirige dans l'angle de la chambre et commence à se balancer les bras derrière le dos. J'attends un peu et lui propose de prendre un verre d'eau, il commence à boire, mais n'essaie pas de déglutir et recrache l'eau. Il n'accepte rien. Il montre la porte et à ce moment-là, lève son bras, se dirige vers moi ; son regard a changé, il est plus sombre et il tente de me frapper, je le retiens avec l'aide de l'IDE, qu'il tente de frapper lui aussi. Nous le contenons un moment puis lui demandons de se calmer et nous le mettons sur son lit. Nous restons de part et d'autre du lit, il est allongé et nous observe. Je reste vigilant et garde une certaine distance : je ne comprends pas son attitude violente qui semble imprévisible. Je m'interroge quant à mon rôle de soignant pour désamorcer son agressivité, sur les attitudes à adopter pour rétablir une communication qui reste effectivement perturbée, d'une part à cause de son comportement violent et d'autre part du fait de ses troubles du langage. Je garde donc cette posture et cette distance physique. L'IDE le sermonne par rapport à son attitude, puis lui dit « nous te laissons te calmer, nous reviendrons plus tard ». De nouveau, il tente de frapper, nous intervenons puis décidons de le laisser se retrouver seul dans sa chambre.

Questionnement et problématique

L'attitude agressive et répétée de M.P. m'a amené à prendre une distance physique, protectrice face à son état d'agitation, d'autant que je vivais cette situation avec une certaine appréhension. Cette situation m'indique plusieurs pistes de réflexion autour des premières questions qui se sont imposées à moi :

- Quelles représentations, quels sentiments cette violence induit-elle chez le soignant ?
- Quels peuvent être les impacts de l'agressivité du patient psychotique sur l'IDE ?
- Les réactions de peur peuvent-elles engendrer en retour une situation de fuite, d'évitement chez le soignant ?

Et d'autres questions sont venues étayer les précédentes telles que :

- Qu'est-ce que l'agressivité, la violence ?
- Quels peuvent être les mécanismes de défense du soignant face à l'appréhension de l'agressivité d'un patient ?
- Quels peuvent être les éléments déclencheurs de l'agressivité chez un patient psychotique ?

Ces questions m'ont ensuite poussé à réfléchir à l'attitude soignante dans une situation de violence, que ce soit du point de vue de l'IDE ou de celui de l'équipe :

- Comment rétablir une communication dans une situation de violence ?
- Comment accepter cette violence afin d'établir une relation d'aide ?
- Comment désamorcer le comportement agressif du patient afin d'établir une relation de soin en psychiatrie, malgré l'appréhension du soignant vis-à-vis de la violence du patient psychotique ?
- Quelles attitudes adopter lors de la rencontre soignant-soigné ?
- Quel rôle et quelle importance ont le travail d'une équipe pluridisciplinaire dans une situation de crise ?

Ces questions ont orienté mes recherches sur le thème des réactions du soignant, face à l'agressivité d'un patient et m'ont amené à la problématique suivante : **comment l'agressivité du patient psychotique et les réactions du soignant influent-elles sur la continuité des soins ?**

La psychose

Une définition de la psychose

C'est une maladie mentale grave, qui introduit une rupture dans la vie psychique du sujet (le réel est déformé) et peut être matérialisée par un délire. « *Nous pourrions définir la psychose en ce qu'elle a d'incompréhensible pour l'être humain qualifié de normal (sous-entendu à peine névrosé).* »⁵. En effet le délire, les hallucinations, la rupture avec le réel, les troubles du comportement nous sont extérieurs, hors de logique, et peuvent être vécus comme dérangeants voire angoissants.

La psychose déficitaire

Un contexte historique

Du début du vingtième siècle jusque dans les années 60, les concepts d'arriération mentale et de psychose ne sont décrits que séparément. Ce n'est qu'en 1963 que R. Mises et I. Barandales décriront une première fois de façon moins réductrice et plus globale de la personne, puis R. Mises en 1968 développera d'autres dénominations telles que psychose à expression déficitaire ou arriération-psychose J.-L. Lang en 1969⁶. En 1994 R. Mises parle de psychose déficitaire, qui est prise en compte dans la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent



(CFTMEA, CIM X). Il est souvent très difficile de les inscrire dans des catégories nosographiques bien définies, d'autant que ces descriptions élaborées autour des enfants évoluent, et peuvent se modifier à l'âge adulte.

Parmi ces données historiques qui pour la plupart furent contrastées au fil du temps voire améliorées, remaniées dans des classifications, je vais orienter mon travail sur les aspects cliniques de la psychose déficitaire de M.P. Ces états déficitaires connaissent de nombreuses interprétations et j'en resterai donc à une dénomination simple d'état déficitaire avec ses données psychotiques. Ce qui caractérise ces patients est le plus souvent le caractère atypique et assez déroutant de leur manière d'être au monde.

Aspects cliniques de la psychose déficitaire

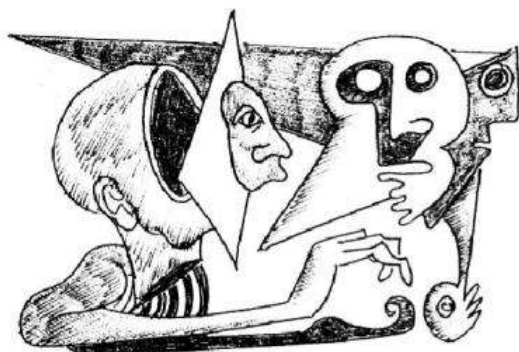
C'est l'intrication d'une déficience intellectuelle et d'une psychose. Le syndrome déficitaire domine mais s'accompagne de perturbations de type psychotique. La psychose déficitaire peut s'inscrire d'emblée ou peut être la résultante d'une psychose infantile devenue adulte.

On retrouve un déficit dysharmonique dans les acquisitions qui montre une discordance entre l'accès précoce à certaines activités et un retard persistant dans d'autres ; avec des perturbations diverses, définies par R. Mises, R. Perron, R. Salbreux par :

- les troubles de l'alimentation : les plus fréquents, ils marquent les signes d'une anxiété,
- les troubles du sommeil : souvent associés aux troubles de l'alimentation, avec alternance d'insomnie calme et d'agitations,
- les troubles sphinctériens : énurésie, encoprésie ou encore un contrôle précoce pour pallier à l'angoisse de morcellement,
- l'anxiété : domine le tableau clinique avec l'angoisse de morcellement,
- les troubles du langage : langage sommaire, avec une indifférenciation des pronoms personnels,
- les troubles psychomoteurs : constants avec des perturbations perceptivo-motrices, temporo-spatiales, dyspraxiques, altération du schéma corporel,

5. Cours du Docteur Geissman, IFSI Béziers, 2006.

6. R. Mises, R. Perron, R. Salbreux, *retard et troubles de l'intelligence de l'enfant*, esf, Paris 1994, 301p. pl 57.



- les troubles des conduites : automutilations, lubies, bizarreries, colères, des actes dits pervers qui montrent des traits psychotiques.

R. Mises, R. Perron, R. Salbreux⁷ distinguent trois formes de psychose déficitaire :

- « Les formes centrales » avec les troubles psychotiques associés à la symptomatologie déficitaire.
- « Les formes précocement fixées » avec un déficit sévère en premier plan.
- « Les formes à versant psychotique prévalant sur fond encéphalopathique », où l'atteinte cérébrale avérée occulte les troubles relationnels.

Dans le cas de M.P., on peut noter des traits psychotiques tels que des agitations psychomotrices (déambulations), des automutilations associées à un retard mental sévère qui nous amène vers une notion de la psychose sur un mode déficitaire. Depuis 3 semaines M.P. présente des troubles de l'alimentation (sur son lieu de vie) se traduisant par un refus de la nourriture, accompagnés d'agitations psychomotrices pendant les repas. Dans le service de psychiatrie, il reproduit et poursuit le même comportement lors de la prise du repas. Il ne tient pas en place, se lève constamment, s'oppose à nos sollicitations ; il jette même son assiette au sol. De plus, s'y ajoutent des troubles du sommeil avec une tendance à déambuler la nuit dans sa chambre.

On ressent cette montée d'angoisse qui caractérise la personne psychotique, cette sensation d'éclatement de la personne, ce morcellement, avec cette phase de décompensation aiguë. M.P. ne supporte aucun vêtement, reste nu, sa chambre est couverte de selles et d'urine, malgré nos accompagnements pour la mise au wc. Ceci accentue l'idée de mal-être de la personne qui refuse toutes sollicitations extérieures et adopte des comportements agressifs lors de nos soins.

Agressivité et violence

A- L'agressivité

Étymologiquement « l'agressivité vient du verbe latin « aggredior », qui fait « gressus sum », « gredi », ce qui signifie aller vers, s'approcher, et aborder, entreprendre quelqu'un, attaquer.

7. Ibid p. 163-164.

*L'agressivité est une manière d'aller vers l'autre, de l'aborder*⁸. « L'agressivité est la manifestation de la tendance à nuire à autrui, que ce soit de façon réelle, imaginaire ou symbolique. Il faut distinguer les deux aspects que sont l'expression pulsionnelle et la mobilisation en vue d'une intention »⁹. L'agressivité peut être représentée par la combativité, le dynamisme (la force vitale) un comportement adaptatif mais qui aussi génère une sorte de violence, de destructivité. On distingue donc deux formes « l'une dans une tentative réussie d'adaptation à l'environnement et l'autre la projection d'une énergie interne destructrice »¹⁰.

La violence

« Selon l'étymologie violence vient du latin violentia qui signifie caractère violent ou farouche, force. Le verbe « violare » lui veut dire traiter avec violence, profaner, transgresser, ces termes renvoient à « vis » la force en action, la puissance, la force vitale »¹⁰.

« La violence est un processus complexe et multiforme » selon L. Morasz¹¹ qui peut prendre la forme de :

- Violences physiques (coups, blessures, automutilations...)
- Violences verbales ou gestuelles (insultes, menaces, provocations...)
- Violences matérielles (vols, dégradations, racket...)
- Violences sexuelles (attouchement, exhibition...)
- Violences psychologiques (harcèlement, persécution, humiliation...)
- Violences institutionnelles (mise en danger des équipes, abandon de l'institution, perversion de certains règlements, positions paradoxales imposées...)

Pour J. Bergeret cité par L. Morasz c'est « une pulsion primaire purement défensive, elle ne vise pas un objet au sens propre (tel que l'autre), mais avant tout destinée à protéger l'individu qui l'éprouve »¹².

On voit bien dans la situation que M.P. réagit sur un mode de défense lui permettant d'éloigner le danger sans intention visée. Il utilise la violence, tente de frapper les soignants afin de se soustraire au danger potentiel. Cette violence redonne « la force vitale » celle décrite plus haut sur ses bases étymologiques. Elle vient pallier à un manque, une angoisse interne et redonne une existence à l'être en souffrance en venant interpellier l'interlocuteur, se confronter à l'autre.

« La violence nourrit la peur du fou et son exclusion. Le danger (réel, potentiel, ou imaginaire) fait peur ; la peur mène à la répression ou l'attaque, ce qui déclenche la violence chez « l'adversaire » qui désormais présente un danger bien réel »

A. ROUMIEUX « la tisane et la camisole »¹³

8. Louis Hecktor, la violence mots pour maux, revue santé mentale n°82, novembre 2003 p 27.

9. <http://psychiatrieinfirmerie.free.fr> (en ligne), visité le 11/06/09.

10. Louis Hecktor, la violence mots pour maux, revue santé mentale n°82, novembre 2003 p27

11. L. Morasz, la violence et le soin en psychiatrie, revue santé mentale n°82, novembre 2003 p20-25.

12. L. Morasz, l'infirmier en psychiatrie, Elsevier Masson, 2004, 298 pages p253.

13. F. Tilkin cite A. Roumieux, Quand la folie se racontait: récit et antipsychiatrie, Rodopi, 1990, 416p., p305.

La psychose déficitaire et l'agressivité

Les représentations

Au travers de ces descriptions, je vais aborder la violence dans la dimension de la psychose déficitaire en commençant par noter quelques représentations de la personne psychotique, celui qualifié de « débile », d'« idiot », d'« arriéré à qui il manque une case », « l'attardé », celui qui dans l'histoire a vécu l'enfermement, la discrimination, celui qui fait peur, cette « peur à l'origine de l'asile » (J.Hochmann)¹⁴.

Pour nous, soignants, cette notion de peur nous renvoie à une méfiance, d'ailleurs dans ce cas on a peur de mal faire, faire des erreurs, on ne sait comment réagir. La personne psychotique sort de notre logique, son aspect physique est inquiétant, sa démarche, ses cris, les écholalies ou alors son mutisme, son renfermement voire ses agitations nous inquiètent. Toutes ces descriptions de la personne psychotique nous renvoient à un sentiment de peur, celui d'être comme « possédé », d'être décontenancé, ne plus savoir que faire lorsque la personne est figée devant nous, qu'elle nous fixe de son regard pénétrant, qu'elle n'a accès qu'au langage non verbal. Là, on ne peut pas se raccrocher à des gestes techniques comme dans un service de soins généraux. Cette première impression peut amener la fuite, une rupture, une impossibilité à entrer en relation avec la personne.

Fonctionnement de la personne psychotique

La personne psychotique reste figée dans une sorte d'immuabilité qui la rend hypersensible aux changements qu'ils soient humains et/ou environnementaux. Cette personne fonctionne dans une sorte de répétition, marquée par le rythme de la journée, du quotidien, des activités et des soignants car cette personne ne « mesure pas le temps et l'attente avec les mêmes critères qu'un être « normal »¹⁵. La personne psychotique nécessite une présence constante par un accompagnement dans la plupart des actes de la vie quotidienne. Les habitudes de vie de la personne viennent renforcer son rapport au monde et diminuent son angoisse. Il faut la préparer en verbalisant le moindre changement, écartant ainsi un danger potentiel. Ses sensations de plaisirs et de déplaisirs sont accentuées par rapport à la norme. Ses intolérances à la frustration se manifestent donc la plupart du temps par des violences corporelles (auto et hétéro agressivité) et matérielles (destruction du mobilier). L'expression clinique la plus fréquente est « L'éclatement anxieux : dans une situation anxiogène, émerge impulsivement un état d'agitation motrice, avec cris, déambulation, attaque contre les objets et personnes, sur un mode brouillon, désordonné et violent »¹⁶ décrit par les neuropsychiatres Y.Couffinal et Ph.Gabbai.

M.P. se situe dans une situation de décompensation aiguë, ce phénomène fait apparaître clairement ces notions de morcellement, de corps éclaté, fragilisé par son environnement proche (la notion d'immuabilité) qui a pu le déstabiliser et amener une crainte. Ces comportements hétéro agressif - tant défensifs qu'offensifs - exercés sur les personnes et objets ne sont pas dirigés. Pour M.P, qui est dans l'incapacité de verbaliser son ressenti, c'est sa façon de montrer l'angoisse qui l'imprègne.

Je vais donc aborder les mécanismes de défense de la personne psychotique qui viennent s'organiser pour essayer de pallier à son état de crise d'angoisse.

Mécanismes de défense de la personne psychotique

Les mécanismes de défenses sont « des opérations psychiques qui ont pour fin la réduction des tensions psychiques internes »¹⁷.

La projection et le clivage (M.Klein)¹⁸

le patient projette sur une ou quelques personnes des sentiments d'amour, les transformant en « bons objets », (alors qu'à l'inverse d'autres objets reçoivent la projection de haine « le mauvais objet » détesté et menaçant) .Les relations avec les mauvais objets restent marquées d'agressivité et d'angoisse et permettent au patient de concentrer toute son attention sur le « mauvais objet ».

Les défenses « maniaques » ou phénomène de toute puissance (M.Klein)

les personnes adoptent des comportements d'emprise, de tyrannie, de contrôle, de violence qui leur confèrent un aspect de toute puissance voire de provocation. Derrière cette toute puissance se cache une certaine vulnérabilité. Ils adoptent ainsi vis-à-vis de l'objet dont ils redoutent la perte, cette attitude, tentant ainsi de se convaincre qu'ils n'en ont rien à craindre, rien à en attendre non plus.

« L'immuabilité »¹⁹

C'est l'effort constant pour le psychotique de maintenir son environnement matériel et humain figé ne laissant que peu de place à l'imprévu et la nouveauté : tout est comme programmé, ritualisé pour conserver des repères et en écarter l'angoisse.

M.P., au travers de ce descriptif des mécanismes de défenses de la personne psychotique, montre à quel point des efforts sont sans cesse exercés pour se protéger de son angoisse. Dans le cas qui nous intéresse, M.P perd tous ses repères ; il faut du temps pour venir à bout de toute cette déstructuration, de ce morcellement. Le quotidien (lever, toilette, repas) va rythmer sa journée. C'est au travers de nos gestes et paroles qu'il va s'identifier, se rassurer. Ces gestes et paroles ont pour

14. <http://id.erudit.org/iderudit/030085ar>, visité le 11/06/09.

15. Daniel Brandého, *des résidents qui usent les soignants*, revue santé mentale n°52, novembre 2000, p31.

16. Y.Couffinal et Ph.Gabbai, *les interventions à l'âge adulte auprès de personnes autistes et psychotiques en grandes difficultés*, journée nationale « sésame-autisme » Lognes, 16 mai 1998.

17. Antoine Bioy, Jean-Paul Guedj, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Editions Bréal, 2002, 317 p., p. 88.

18. Mélanie Klein, *la psychanalyse des enfants*, PUF, Paris 1975.

19. P. Gabbai, *troubles du comportement et autisme à l'âge adulte*, avril 2005, IRTS Montpellier.

objectif de le contenir, lui offrir de nouveaux repères. Dans la situation présente, M.P m'a pris pour le mauvais objet et a répété ses gestes agressifs à plusieurs reprises. Cette idée de clivage reste un élément essentiel qui va lui permettre d'accéder à une séparation entre le bon et mauvais objet. Ceci crée un espace de vie possible qui lui permet d'expérimenter un sentiment continu d'exister.

Mécanismes de défense du soignant

J'expose ci-dessous une liste descriptive des principaux mécanismes de défenses de l'ouvrage « manuel de psychologie du soin²⁰ » qui peuvent s'articuler autour de ma situation :

- L'Activisme : c'est le recours à l'agir à la place de la réflexion ou du vécu des affects.
- L'Agression passive : Il s'agit d'une agression envers autrui exprimée de façon indirecte et non combative.
- L'Anticipation : c'est imaginer l'avenir, en expérimentant d'avance ses propres réactions émotionnelles, en prévoyant les conséquences de ce qui pourrait arriver ; en envisageant différentes réponses ou solutions possibles.
- La Projection : le sujet expulse dans le monde extérieur des pensées, affects, désirs qu'il méconnaît ou refuse en lui et qu'il attribue à d'autres personnes ou objets de son environnement.
- Le Refoulement : c'est le rejet dans l'inconscient de représentations conflictuelles qui demeurent actives, tout en étant inaccessibles à la prise de conscience.
- L'Évitement : c'est détourner sa pensée de l'objet ou situation stressante.

Au travers de ce descriptif se profile l'idée qu'affronter au quotidien des situations anxiogènes aboutit pour MP à adopter rapidement des défenses face à l'intrusion du/des soignants. Ces situations véhiculent aussi, autant du point de vue du soignant que de celui du patient, un sentiment de peur d'être de nouveau confronté à ce genre de situation. Ce sentiment de stress pousse le soignant confronté à cette agression à se poser la question de la réaction possible face à cette violence sans impact sur la suite des soins. Ainsi dans mon cas concret la répétition des gestes agressifs de M.P ainsi qu'une communication difficile peut confronter le soignant à ses propres représentations et réveiller des peurs, des souffrances. Dans cette situation les états d'agitation de M.P me font appréhender son premier contact, et ses comportements agressifs m'ont amené à me poser des questions quant au caractère stressant des soins portés aux personnes en souffrance et en état de crise. Cette situation de stress est définie par Lazarus et Folkman comme « une relation particulière entre la personne et l'environnement qui est évalué par la personne comme mettant à l'épreuve ou dépassant ses ressources et mettant en péril son bien-être »²¹ et elle peut aboutir au sentiment de ne pas pouvoir être à la hauteur, de ne pas pouvoir gérer ce genre de situation. Cette



répétition de l'agent stressant peut mener le soignant à un certain épuisement et provoque d'autres répercussions que l'on va définir autour du soignant, du soigné et de l'équipe. Les personnes psychotiques, comme le dit J.Hochmann, provoquent chez le soignant un « sentiment de vidange : le soignant est épuisé, vidé », « un sentiment d'invasion » (le soignant se sent comme pénétré, possédé par son patient, il en rêve), et « un sentiment d'absurdité: le non-sens », le soignant perd toute estime de soi, tout ce qu'il fait n'a plus aucun intérêt²².

Les répercussions

Sur le soignant

Le soignant adopte un mode de stratégies d'adaptations individuelles appelées « coping » (faire face) passives et actives qui sont : « une véritable transaction entre le soignant et son environnement afin de sauver un équilibre personnel abîmé par le contexte professionnel pathogène »²³. Dans un premier temps sur le mode passif on note : fuite, repli sur soi, évitement, retrait psychologique, résignation ; cela aboutit à une limitation des contacts soignant /soigné dans le but de se protéger d'un environnement vécu comme menaçant. Le soignant répond le moins possible aux sollicitations de l'équipe et du patient, Pierre Canouï, Anne Florentin, Aline Mauranges expliquent que : « le discours est dominé par les mécanismes de défense tels que la rationalisation, la distanciation, l'isolement ou la dénégation ». Cette situation peut évoluer vers un mode de stratégie d'anticipation afin d'éviter tout contact avec la situation susceptible de provoquer un stress.

Ensuite le soignant peut adopter un comportement plus actif, celui d'être dans une sorte d'urgence du geste, un activisme que décrivent Pierre Canouï, Anne Florentin, Aline Mauranges²⁴ comme « le sentiment d'inclurrence (concept développé par Tellenbach) qui consiste à croire qu'elle n'aura jamais le temps de tout faire ». Le soignant semble débordé par son travail et peut ainsi canaliser une situation anxiogène, bloquer sa réflexion, et ce faisant, enrayer ses émotions et donc réduire ses angoisses. De la

20. Antoine Bioy, Jean-Paul Guedj, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Editions Bréal, 2002, 317p., p. 91-95.

21. Cités par Antoine Bioy, Jean-Paul Guedj, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Editions Bréal, 317p, 2002, p. 102.

22. Cité par Laurent Morasz, *L'infirmier(e) en psychiatrie*, Elsevier Masson, 298 pages, 2004, p. 111.

23. Pierre Canouï, Anne Florentin, Aline Mauranges, *Le burn out à l'hôpital: Le syndrome de l'épuisement professionnel*, Elsevier Masson, 240 pages, 2008, p. 96.

24. Pierre Canouï, Anne Florentin, Aline Mauranges, *Ibid*, p. 97.

même façon, il peut se rendre aussi indisponible auprès de son environnement proche (amis, famille) prétextant toute sortes d'arguments qui peuvent par ailleurs se manifester par des sautes d'humeur et réactions d'exaspération sur eux.

Dans le cas de M.P. on peut voir que la répétition du soin, avec un caractère agressif dirigé sur le soignant peut amener à une sorte d'usure. L'usure du travail auprès de personnes psychotiques se traduit par une routine : « sous son emprise, les tâches courantes se font de manière mécanique, appauvrie, amputée de toute dimension affective, les agents cherchent à se grouper entre eux pour les pauses café ou des réunions interminables. Les soignants se « crèvent » dans une intensification de la rapidité de la tâche pour ensuite s'épuiser dans l'ennui et se fatiguer à ne rien faire »²⁵. S'opère alors la fuite dans des efforts et occupations d'ordre purement matériel comme mettre tout en ordre.

De plus une stratégie d'adaptation dite collective peut rentrer en jeu sur un mode conscient du soignant mais aussi inconscient par rapport au groupe. Ce phénomène de groupe qui amène à s'unir pour se préserver de l'« objet » vécu comme menaçant et pouvant porter atteinte à son intégrité, aboutit à adopter des comportements dits de « collusion » comme s'unir et affronter en commun « l'ennemi » qui deviendra par la suite le bouc émissaire du groupe. C'est un déplacement du problème, le groupe forme alors une cohésion.

Face à M.P. il est nécessaire de tout verbaliser, de mettre des mots sur nos gestes, actes. Il faut être vigilant à n'être pas trop intrusif : deux soignants dans une chambre peuvent effectivement contenir un comportement par le renforcement d'une présence mais peuvent accélérer le vécu d'agression de la personne. Il faut adopter une juste place et respecter la souffrance de la personne, accepter l'échec du soin, et se permettre d'accompagner cette personne. Il faut avant tout chercher à la rencontrer. Dans ce travail quotidien auprès de personnes en souffrance, notre ego est mis à l'épreuve, le soignant peut aussi souffrir d'un manque de reconnaissance. Certes il faut accepter l'autre avec « congruence » avec une certaine « neutralité bienveillante » mais il faut s'accorder du temps, pouvoir se recentrer et ne pas focaliser l'essentiel de son énergie sur l'autre. Ce détachement passe par l'approche du développement de la personne (C.Rogers) et la connaissance de soi.

Sur le patient

* **L'Aggression non physique** : d'ordre psychologique avec des paroles de dévalorisation, c'est par exemple donner au patient un surnom, dénigrer une plainte, un comportement, c'est adopter une attitude indifférente par rapport au patient, ne plus s'intéresser à lui en tant que personne et se focaliser sur un soin plus technique. Être à l'écoute de la personne, l'observer sont des éléments nécessaires à son évolution car cela permet d'éviter toute régression voire

toute exclusion. On peut remarquer aussi que des déficits en soins de la personne notamment autour de son apparence, accentuent l'attitude de rejet par notre regard porté sur elle. D'autre part l'utilisation du tutoiement peut renforcer « sous couvert d'un relationnel faussement plus sympathique, la familiarité et la vulnérabilité du patient »²⁶.

De ce fait ne faut-il pas faire effectivement attention à l'emploi du tutoiement ? Dans ma situation, le soignant au moment de partir de la chambre stipule à M.P. : « nous te laissons te calmer et nous reviendrons plus tard. » Il a employé le tutoiement alors qu'auparavant il avait utilisé le vouvoiement. Le comportement agressif lors du repas a amené une certaine exaspération, et donc inconsciemment l'utilisation du tutoiement. Quant au regard, celui-ci peut s'avérer menaçant pour le psychotique, il faut éviter de trop soutenir le regard, de fixer la personne car celle-ci n'a pas d'accès à la symbolique et ne différencie donc pas les objets internes, des objets externes. La personne peut en effet se sentir envahie par le regard qu'on lui porte.

* **L'Aggression physique** : C'est porter à la personne, des souffrances physiques de manière consciente ou pas : par l'exécution précipitée d'un soin, dans une certaine urgence, en pratiquant des gestes brusques dans un but de gain de temps. Le soin est réalisé sans s'intéresser à la personne par rapport à son ressenti, ses appréhensions du soin, son vécu. D'ailleurs ce sentiment est renforcé lorsque la communication est presque impossible comme dans le cas de M.P. qui n'a accès qu'à un langage limité.

L'approche du soin

Identifier ses propres mécanismes de défense

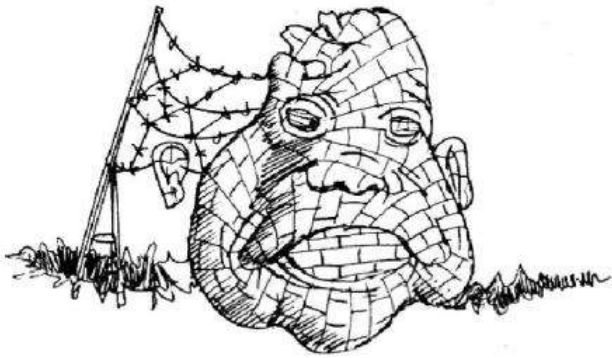
C. Rogers nous fait part de son expérience : « mon intervention est plus efficace quand j'arrive à m'écouter et à m'accepter et que je puis être moi-même... J'ai appris à bien vouloir être ce que je suis »²⁷. Le soignant apprend à se connaître, s'accepter : il faut prendre soin de soi afin de reconnaître ce qui est bon pour soi (qui ne l'est pas forcément pour l'autre). C'est mieux se connaître, reconnaître ses qualités, défauts, son fonctionnement. C'est être capable de progresser et d'améliorer sa façon d'être auprès des autres, approfondir sa connaissance de soi afin d'être au mieux pour écouter et respecter les autres ; pouvoir repérer ce qui peut aider les autres et savoir reconnaître ses limites.

Avant tout il faut se donner la permission d'avoir des émotions. La réalisation de soi passe par l'identification de ses propres besoins qu'il faut satisfaire pour accéder à un accomplissement personnel comme le décrit la pyramide d'A. Maslow. Cet accomplissement personnel passe donc par le besoin de prendre soin de soi, celui d'identifier les ressources capables de favoriser son travail : l'humour

25. Daniel Brandého, *des résidents qui usent les soignants*, revue santé mentale, n°52, 2000, p. 34.

26. Antoine Biat, Jean Paul Guedj, Damien Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Éditions Bréal, 317.

27. C. Rogers, *le développement de la personne*, édition Dunod, 1983, 286 p., p. 16.



comme exutoire, les analyses de situations dans les services, les réunions d'équipe, mais aussi les activités culturelles, sportives. C'est pouvoir reconnaître ses limites, pouvoir exprimer ses difficultés afin d'adapter des stratégies pour y faire face.

Par rapport à ma situation, la difficulté du soin m'a confronté à mon rôle de soignant face à son état d'agitation. Cette difficulté à lui prodiguer les soins au quotidien se situait dans le contexte d'une certaine appréhension, une certaine peur fantasmatique autour de ces agressions sur le personnel depuis son admission dans le service. Cela m'a renvoyé à une représentation d'une personne hors de contrôle, agitée, avec une attitude d'opposition, sans recours possible à la parole, en un mot cela m'a renvoyé à la représentation du « fou ». Malgré tout le fait d'être accompagné pour le soin par un IDE m'a permis d'affronter la réalité, et de prodiguer le soin tout en gardant une juste distance, afin d'éviter une éventuelle agression. L'état de crise de M.P. sollicite au minimum deux soignants afin de réaliser un accompagnement dans ses actes de la vie quotidienne, ce qui demande beaucoup de patience, de tolérance quant à ses actes non dirigés.

La proximité dans la relation avec la personne en souffrance peut mettre en résonance certaines de nos failles, et ainsi il est nécessaire de trouver une « juste proximité » dans la relation.

Gérer et maîtriser ses émotions

Mieux gérer ses émotions permet de maîtriser la montée du stress négatif lors de situations vécues comme pouvant nuire à notre intégrité physique et psychologique. Il est nécessaire de prendre conscience des sentiments négatifs à l'égard du patient, et d'en comprendre le sens, de pouvoir passer à autre chose afin d'éviter l'escalade de la violence.

Dans le cas de M.P une certaine exaspération peut apparaître du fait de son opposition à la plupart des soins, le phénomène de rejet peut en découler. Il faut admettre qu'effectivement la personne est dans un état de crise d'agitation et qu'elle peut porter atteinte à notre intégrité physique. Elle peut aussi provoquer du dégoût (sa chambre est souillée de selles, d'urine elle reste souvent nue dans sa chambre ; car elle supporte difficilement ses vêtements) elle accentue ce rejet, son abandon. Mais au-delà de tout cela il faut savoir identifier l'angoisse du patient, comprendre, ses états d'agressions répétées et leur donner du sens afin d'éviter de se laisser envahir par nos propres émotions.

Le travail d'équipe

Le travail d'équipe doit aider le travail de chaque soignant au quotidien, dans des différenciations d'approche au niveau thérapeutique et éducatif (notion d'équipe pluridisciplinaire, avec ses diversités de compétences et de personnes). Le rôle infirmier s'inscrit dans la législation au travers du code de la santé publique, décret du 29 juillet 2004 et reconnaît son statut et donc ses compétences qui lui confère une identité professionnelle comme l'écrit C.Dubar : « *Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi* »²⁸. L'infirmier articule ses soins dans une dimension thérapeutique, préventive et dispose d'un rôle propre ou un rôle en collaboration et ce dans une prise en charge globale de la personne. Ce travail d'équipe permet de créer une permanence dans la vie quotidienne des personnes psychotiques. C'est ainsi leur offrir un minimum de sécurité dans cette vie ordinaire. Cet accompagnement au quotidien qui peut sembler d'allure moins noble, banalisé par rapport aux autres soins, représente en fait l'essentiel de la rencontre avec la personne psychotique. Ainsi l'équipe est rudement mise à l'épreuve par cette permanence du quotidien, qui peut nous « vider ». Il s'agit alors de se reconnaître dépassé, et s'autoriser mutuellement à passer le relais. L'équipe favorise l'observation des comportements du patient, (décoder son état psychique au travers des manifestations physiques), en recueillant des indices qu'elle partage entre les différents acteurs du soin. L'équipe favorise la réflexion au travers d'analyses des situations quotidiennes et tisse une ambiance autour de la personne. L'observation permet d'adapter les thérapeutiques pharmacologiques au comportement (effets partagés entre une diminution de l'angoisse, de l'agitation du patient, ce qui rassure les soignants). Cet ensemble fonctionne dans un but commun, celui d'œuvrer dans l'élaboration du projet thérapeutique du patient. Il s'agit donc de favoriser la confrontation de tous les acteurs de soins au travers de réunions, d'analyses des pratiques ... et d'élaborer un cadre, un système de référence qui donne du sens à nos actes, une sorte de repère qui définit les limites avec un règlement et des règles de fonctionnement. Ce cadre permet entre autre de configurer l'espace de vie des personnes en souffrance, de faire tiers entre le soignant et le patient pour intégrer la loi, d'être ajusté aux symptômes et de revoir le cadre si nécessaire : il ne doit pas être enfermant mais permettre l'accueil de la personne dans l'expression de son symptôme. Mais attention à l'accompagnement de ces personnes et du pouvoir que l'on peut exercer sur eux car leurs crises comportementales peuvent nous amener à une contenance physique, une mise en isolement en chambre. Mais elle nécessite alors une mise en mot de nos actes et ne doit pas être une réponse contre transférentielle impulsive d'une équipe débordée. La réunion d'analyse des pratiques peut éclairer notre travail quotidien par une réflexion sur nos pratiques professionnelles.

28. [Ses.ens-lsh.fr/.../0/fiche_article/\(en ligne\)](http://Ses.ens-lsh.fr/.../0/fiche_article/(en ligne)), visité le 13/06/09.

L'analyse des pratiques

La réunion d'analyse des pratiques est une réflexion commune qui tente de répondre aux problèmes posés dans le quotidien de nos pratiques professionnelles. Elle est organisée sur le mode du groupe « Balint » où le cadre est garanti par un intervenant extérieur qui n'est pas impliqué dans la vie quotidienne, ni dans la thérapeutique. Le groupe est fermé, assez restreint, la participation est un engagement personnel et nécessite une démarche volontaire des participants. Ce lieu permet l'écoute et la parole de chacun afin d'établir une relation de confiance du groupe, d'exposer des situations vécues pour pouvoir s'en dégager et permettre de structurer un travail. Les professionnels y déposent les ressentis individuels ou collectifs de leur travail auprès des patients en excluant toute préoccupation personnelle. L'analyse des pratiques s'effectue autour de questions - réponses, d'hypothèses qui vont permettre de mettre en avant les processus en jeu dans le travail. Cette analyse permet d'installer une réflexion autour des relations-émotions par rapport à une situation vécue. Ce n'est pas une analyse personnelle mais une rencontre avec le groupe dans le respect de chacun, c'est un partage autour des pratiques professionnelles et qui permet de construire son expérience.

Réflexion professionnelle

Au travers de mon travail, j'ai étudié le comportement agressif d'une personne psychotique, comportement induit par l'anxiété permanente, latente de cette personne. J'ai quelquefois été confronté dans d'autres services, voire d'autres domaines, à la violence mais cette situation m'a interpellé. Elle m'a fait réfléchir sur les soins délicats, difficiles en service psychiatrique, soins qui viennent faire résonance à notre pratique soignante. J'ai cherché l'articulation entre les modèles théoriques et le cas concret. C'est une façon de prendre du recul sur la situation, et de donner du sens à ma prise en charge, en considérant les multiples facteurs inhérents à ce genre de comportement, tout en considérant le patient comme une personne, sans le réduire à l'expression de sa pathologie. Pour ce faire, il faut donc s'intégrer dans un groupe soignant, dans un respect mutuel ; il faut s'impliquer et signifier ses difficultés, savoir se mettre à la portée de l'autre, mais aussi à son écoute et pouvoir échanger sur l'approche du patient. Le travail d'équipe garantit la convergence de nos idées vers un plan structuré, et permet donc la continuité de nos soins. Cependant ma réflexion s'est limitée à une observation du comportement violent d'une personne psychotique dans un service de psychiatrie et non à la gestion d'un comportement de type violent. La notion d'agressivité, de violence transposée dans un autre service hospitalier aurait pu aussi orienter transversalement ce travail.

Réflexion personnelle

Tout au long de ce travail, j'ai pu élaborer un axe théorique qui puisse être mis en lien à ma situation, mais en fin de travail j'ai découvert que bien d'autres modèles théoriques auraient pu s'y greffer. J'ai traité de la personne psychotique et de son agressivité mais j'aurais pu affiner ma réflexion sur le concept d'agressivité en psychiatrie en regroupant toutes les pathologies, avec sa gestion et aussi aborder une réflexion quant à l'accompagnement de ces personnes psychotiques déficitaires dans un contexte médico-social. Ce travail m'a fait prendre plaisir tout au long de son écrit, j'ai pu approfondir certaines de mes données et en découvrir d'autres. C'est un travail relativement épuisant qui m'a demandé beaucoup d'efforts mais au final j'ai su en prendre un certain plaisir, celui de parcourir, de rechercher et d'apprendre.

Conclusion

Autour des comportements agressifs de la personne psychotique, la notion de souffrance psychique s'en est dégagée, l'anxiété permanente du morcellement de la personne. Comprendre les personnes nécessite une part de réflexion sur leur pathologie, mais il faut aussi savoir identifier, définir, et reconnaître leurs comportements, afin d'émettre des hypothèses théoriquement fondées mais cependant provisoires. Il faut être à l'écoute de la souffrance de l'autre afin d'en dégager ce qui fonde son rapport au monde. C'est permettre la rencontre qui va ainsi favoriser l'accompagnement de cette souffrance. Il faut s'accorder des limites dans notre pratique en acceptant de ne pas pouvoir « guérir », « sauver » les personnes tout en reconnaissant nos propres difficultés. Le travail d'équipe, l'institution avec les différents professionnels permettent de définir un cadre qui va structurer les soignants et créer un repère pour les patients. Ce cadre permet à chacun de créer un espace de vie dans lequel un respect commun s'organise. Il permet de trouver son identité dans une équipe et d'adapter son expérience, l'échange de notre travail dans une prise en charge globale de la personne. Réévaluer nos propositions d'actions et confronter nos pratiques permet de ne pas s'installer dans un cadre répétitif de travail, et, ainsi, de trouver un plaisir de soigner.

Bibliographie

Livres

- S Bimes-Arbus, Guy Lazorthes, Yves Lazorthes, Daniel Rougé, *Sciences humaines et sociales*, Elsevier Masson, 2006, 487 pages
- Antoine Bioy, Jean-Paul Guedj, Dami en Fouques, *Manuel de psychologie du soin*, Editions Bréal, 2002, 317p
- Mélanie Klein, *La psychanalyse des enfants*, puf, paris 1975
- Pierre Canouï, Anne Florentin, Aline Mauranges, *Le burn out à l'hôpital: Le syndrome de l'épuisement professionnel*, Elsevier Masson, 240 pages, 2008

R. Mises, R. Perron, R. Salbreux, *Retard et troubles de l'intelligence de l'enfant*, esf, Paris, 1994, 301p.
 L. Morasz, *L'infirmier en psychiatrie*, Elsevier Masson, 2004, 298 pages
 Véronique Pillon, *Normes et déviances*, Editions Bréal, 2003, 216p.
 C. Rogers, *Le développement de la personne*, édition Dunod, 1983, 286 p.
 F. Tilkin cite A. Roumieux, *Quand la folie se racontait : récit et antipsychiatrie*, Rodopi, 1990, 416 p.

Cours et conférences

Y. Couffinhal et Ph. Gabbai, Les interventions à l'âge adulte auprès de personnes autistes et psychotiques en grandes difficultés, journée nationale « sésame-autisme » Lognes 16 mai 1998

Cours du Docteur Geissman, IFSI Béziers, 2006
 Ph. Gabbai, Troubles du comportement et autisme à l'âge adulte, avril 2005, irts Montpellier.

Revue

Daniel Brandého, Des résidents qui usent les soignants, revue santé mentale n°52, novembre 2000.
 Louis Hecktor, La violence mots pour maux, revue santé mentale n°82, novembre 2003.
 L. Morasz, La violence et le soin en psychiatrie, revue santé mentale n°82, novembre 2003.

Sites Internet

<http://id.erudit.org/iderudit/030085ar>, visité le 11/06/09
<http://psychiatrieinfirmerie.free.fr>, visité le 11/06/09
[Ses.ens-lsh.fr/.../0/fiche article/\(en ligne\)](http://ses.ens-lsh.fr/.../0/fiche_article/(en_ligne)), visité le 13/06/09

Le prix Psy Cause du mémoire infirmier de fin d'études

C'est en juin 2007 lors de notre congrès à Antibes que Laurie Pina, jeune diplômée du Centre Hospitalier de Montfavet, fut lauréate du Prix Psy Cause du mémoire infirmier de fin d'études. Son travail avait pour thème la maltraitance en institution. Il avait été élaboré sur un terrain de stage, à savoir une Maison d'Accueil Spécialisée dans le Gard. Son témoignage et sa réflexion sont le regard critique d'une étudiante sur un aspect de son futur métier. Ce mémoire a été publié dans le N°51 de Psy Cause. Il avait été convenu que le prix 2007 soit décerné dans le cadre de l'IFSI d'Avignon. En mars 2007, avait été constitué un jury composé d'Agnès Beisson, cadre infirmière à Avignon (présidente), de Gilbert Schott, cadre infirmier à Uzès (vice président), de Mila Ramon, infirmière à Béziers, de Monique Wagner, infirmière à Avignon et militante de Psy Cause au Bénin, et enfin de Laurence Feller, psychiatre chef de service à Uzès. Le montant du prix avait été fixé à 150 €.

Trois années plus tard, l'IFSI de Béziers reprend le flambeau pour décerner en son sein et sur les mêmes bases qu'en 2007, un prix Psy Cause 2010 du mémoire infirmier de fin d'études à l'occasion de notre congrès à Béziers en octobre 2010. Un jury est mis en place localement, co-animé par Nicole Bousquet, ancienne cadre infirmière à Béziers et par Laurence Feller. Le lauréat est l'auteur du mémoire publié ci-dessus.

Nous avons le projet de décerner en cette année 2012, un troisième prix Psy Cause du mémoire infirmier de fin d'études lors d'un colloque sur l'adolescence à l'automne à Marseille, au Centre Hospitalier Édouard Toulouse, selon les mêmes principes qu'en 2007 et 2010. Le souhait des membres de l'équipe de Psy Cause est d'arriver à une attribution annuelle. Doit-il demeurer itinérant d'un IFSI à un autre ? Ne vaudrait-il pas mieux le décerner dans la même ville chaque année tout en l'ouvrant à l'ensemble des écoles où la revue est présente ? La question est à ce jour ouverte.

Jean Paul Bossuat, le 17 mars 2012



Jean-Pierre Montalti

Le couple : une folie à deux

Résumé : le couple, c'est deux partenaires qui ont fait le choix d'être reliés par une chaîne. La fonction du couple est double : l'organisation des défenses et la constitution d'une structure refuge.

Mots clés : couple, folie, défense, refuge, spéculaire, fusionnel

Summary : *the couple, a folly in two.* The couple, it is two partners who have made the choice to be linked by a string. The function of the couple is twofold: a defensive organisation and the establishment of a shelter structure.

Keywords : pair, madness, defence, refuge, specular, intense

D'abord un bref rappel épistémologique : couple est issu du latin *copula*, c'est-à-dire lien, chaîne.

Couple est un mot, on a tendance à l'oublier, à la fois masculin et féminin. En français moderne, le vocable « couple » est essentiellement un mot masculin pour désigner dans son sens le plus courant, la réunion de deux personnes. Une couple s'est maintenu au sens concret, en vénerie, en chasse à courre. Il s'agit du lien servant à attacher deux animaux.

Couple ne se dit pas de deux choses semblables qui vont ensemble. On dit une paire : paire ne marque pas une liaison fortuite mais la réunion de deux choses ou de deux êtres qui pour l'usage vont ensemble (exemple : une paire de chaussures).

Couple est souvent utilisé dans le sens de deux : on dit un ou une couple d'heures, un ou une couple d'années.

Dans la tradition juive, l'image du couple pur est Isaac et Rebecca. Rebecca peut se traduire par attelage. Attelage, quel curieux attelage, ces deux êtres qui se lient (pour le meilleur et pour le pire, pour la vie dit-on souvent) même si au hasard du chemin, il capote au premier virage.

La psychanalyse a mis l'accent sur le complexe d'Œdipe, mais n'a pas mis l'accent sur le fait que le conflit des générations se situe dans le non-avènement du couple. Laios, fils de

Labdacos, roi de Thèbes est le père d'Œdipe. Selon les versions, on donne à Laios comme première femme Eurycleé, qui serait la mère d'Œdipe. Laios n'aurait épousé que sa belle-mère et non sa mère selon le sang. Laios, meurtrier de son beau-père, était fort mauvais époux, il s'inscrivait déjà dans le mythe des générations abolies.

Le christianisme a éludé l'affrontement au père : Jésus est un homme sans père, et aussi un homme sans fils.

C'est dans l'équilibre du couple que se manifeste la filiation.

Le couple humain

Le mariage est le signe d'une forme légale voire religieuse d'une union d'un homme et d'une femme : il a pour fonction de fonder la vérité du couple. Mariages sans couples et couples sans mariage montrent que ce n'est pas aussi simple et que ces deux termes ne marchent pas toujours de pair. On pourrait peut-être dire que le mariage est un acte prématuré. Prématurité nécessaire sans doute quelquefois à la maturation qu'il ébauche. En effet, il pose comme existante une réalité non encore advenue du couple.

Débarrassons-nous de quelques idées préconçues :

- Ce qui spécifie le couple humain, ce n'est ni la satisfaction du besoin sexuel, ni un besoin de procréation assurant la conservation de l'espèce. Ces liens, le couple humain les partage avec le couple animal.
- Ce qui constitue le couple humain et en assure la pérennité, c'est que l'organisation dyadique est essentiellement

Psychiatre

Ancien Chef de Service des Hôpitaux – Montpellier.

défensive et vise à neutraliser la pulsion la plus dangereuse pour le Moi de chacun des partenaires.

Le couple s'organise sur le symptôme : il est signifiant.

Tout comme le rêve freudien, la vie de couple contient des éléments manifestes et des éléments latents :

- le contenu manifeste inclut tout ce que les deux partenaires échangent entre eux,
- le contenu latent est fait de tout ce dont ils sont totalement inconscients (structures fantasmatiques qui les poussent à la tendresse, au sadisme, au masochisme ou à la combinaison des deux).

Faire couple

Le couple prétend de deux faire un. Folie arithmétique : $2=1$ que cette folie amoureuse. L'expérience le démontre bien, rien n'est plus épineux que de faire couple.

Faire couple interroge le lien. Selon l'expression populaire, se lier à une femme ou à un homme, c'est se mettre la corde au cou. Relèvent de ce niveau de signification les nombreuses légendes mythologiques sur les liens. On y lit là la peur ancestrale de l'esclavage avec un autrui dominateur et tyrannique. Bien évidemment, au-delà de cette image fantasmatique, il y a une image signifiante.

Mais l'image du lien est ambiguë, elle exprime aussi l'intention déclarée chez un partenaire d'être fidèle. La bague de fiançailles, l'anneau de mariage sont des symboles qui se situent à ce niveau. Les liturgies de mariage sont remplies de ces images signifiantes qui sont plus, il est vrai, à la mesure des intentions des individus que de leurs possibilités psychologiques réelles.

L'originalité de la communauté du couple est sans doute son intimité qui devient le lien social le plus fort et le point culminant d'une vie de relation qu'elle ne vient pas clore mais ouvrir.

Le couple se veut institution. On ne fait pas couple si on ne fait pas son histoire à deux et si on n'est pas reconnu ensemble par le regard des autres. Mais l'institution alors est fondée sur le couple : elle est à la fois une condition de son histoire et son histoire elle-même.

Le couple en tant que groupe

Le couple est un groupe (du moins fonctionne comme un groupe). Son nombre dyadique fait que les processus de triangulation qui régulent tout groupe social humain ne peuvent se faire en son sein, sauf à interioriser une loi extérieure référée à un tiers permettant cette triangulation :

- dans le cas des couples mariés, le « code » du mariage avec ses commandements (fidélité, aide mutuelle, etc...) peut avoir cette fonction,
- mais tiers aussi qui peut prendre d'autres formes : le travail, les amis, les hobbies ou toutes sortes d'idéaux légitimant la réduction de l'espace temps dyadique,

- ou encore la famille elle-même, les enfants.

Le couple est aussi un groupe particulier de par sa place dans la lignée des générations avec ses missions plus ou moins inconscientes de transmission (transgénérationnelle : perpétuer le nom patronymique).

Enfin, le couple n'est pas un groupe comme les autres. Il est en quelque sorte une « structure refuge » comme le dit LEMAIRE : « là où vont pouvoir se vivre les désirs, les besoins et les différentes tendances qui ne trouvent pas leur satisfaction dans la cadre des autres groupes ». Certains chercheront à vivre au sein du couple ce que l'on ne peut pas vivre en dehors de celui-ci : ce qui peut être source de beaucoup d'espoir, mais aussi de beaucoup de déceptions.

Le couple est encore un groupe particulier de par son origine dans ce que l'on appelle classiquement la relation amoureuse. L'inconscient préside aux choix même lorsque sont affichées les rationalisations après coup du choix.

Le choix conjugal

Depuis Freud, nous savons que l'inconscient individuel se structure dans la relation à l'autre. L'inconscient se dévoile et s'exprime dans le lien à l'aimé(e).

Freud avait décrit des processus associés à l'origine des choix d'objet d'amour :

- choix par étayage : l'objet qui protège, qui nourrit, qui rassure ;
- choix narcissique : choix de l'objet comme soi-même ou une partie de soi, Idéal du Moi choisi en l'autre, identification de l'objet choisi par le sujet à son propre Idéal du Moi.

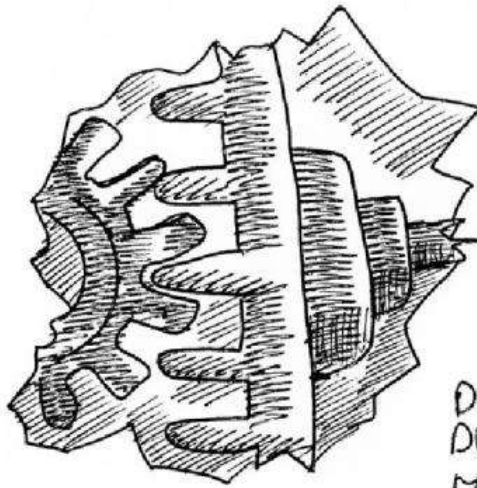
Les patterns d'interaction conjugale sont essentiellement le fruit à la fois de phénomènes projectifs et de compulsions de répétition (c'est-à-dire de tendances à revivre les premières relations objectales). Ce mécanisme fait que chaque partenaire maintient des relations circulaires entre sa famille parentale (interiorisée) et la projection de celle-ci sur sa famille nucléaire. Le premier élément introjecté est la mère, plus tard seulement les autres images (père, frère, sœur) passeront dans l'inconscient infantile.

L'image a une origine et une structure complexes :

- d'une part, elle est élaborée à partir d'éléments réellement perçus,
- d'autre part, et pour l'essentiel, elle est construite à partir d'éléments fantasmatiques provenant eux-mêmes de l'interprétation de la réalité perçue.

Cette interprétation est réalisée en référence à d'anciens vécus affectifs avec une personne significative du même sexe que le partenaire objet de l'image. Cette personne est le représentant idéal de l'autre sexe : image inconsciente composée en fait de traits empruntés à plusieurs personnes de ce sexe qui ont joué un rôle significatif dans le passé du sujet.

Cette image inconsciente est l'imago au sens psychanalytique : elle fait, dans la construction de l'image, fonction



DE L'ENGRENAGE DU COUPLE À LA MÉCANIQUE DU DÉSIR

de référence intercalaire entre les éléments réels et fantasmatiques. Il est donc assez normal qu'un homme choisisse sa partenaire en partie en fonction de sa mère et réciproquement pour la femme.

Mais c'est ici à nouveau plus complexe. L'imaginaire en question contient plus que les éléments mnésiques du père ou de la mère. Par exemple, en ce qui concerne l'image paternelle, elle ne se limite pas au père dans la réalité, il peut s'agir d'un père auquel sont adjointes des qualités maternelles ou d'une image mixte parentale. L'imaginaire, c'est l'image idéale que le sujet se fait de la personne du sexe opposé.

À cet axe psycho-dynamique basal du choix conjugal, peuvent bien évidemment s'adjoindre d'autres éléments qui le renforceront, l'infléchiront ou le modifieront selon les cas.

Comme le rappelle J-G LEMAIRE, il ne faut pas non plus perdre de vue que beaucoup de sujets choisissent leur conjoint en fonction d'une appréciation positive d'eux-mêmes, par des membres de leur propre sexe : dans ce cas, le choix ne se fait pas totalement en référence à l'Objet mais les critères de choix correspondent à des tendances homosexuelles latentes. Ce processus est particulièrement net chez les personnes dont le comportement amoureux est polarisé sur la conquête hétérosexuelle d'un Objet déjà possédé.

Le choix du conjoint et la vie conjugale permettent de toute évidence, lorsqu'ils sont normalement vécus, de contenir et de camoufler des éléments régressifs. Ces éléments régressifs sous-tendus par le principe de plaisir coexistent avec des appels inéluctables au principe de réalité. Pendant toute la vie conjugale, il s'agit pour les partenaires de découvrir l'équilibre le plus judicieux entre les besoins psychologiques (régressifs) de base (dépendance, amour et sécurité) et ceux qui poussent l'être à l'autonomie personnelle (psychologique, sociale et économique), à l'agir et à l'affirmation

de soi. Ainsi, la conjugalité constitue un test de maturité émotive. C'est là où l'on peut se permettre d'évoquer une similitude entre une psychothérapie et le phénomène conjugal. Les deux suscitent l'apparition du transfert ; si la psychothérapie amène le transfert d'éléments infantiles dans la situation relationnelle et thérapeutique, la conjugalité donne la possibilité de transférer les images inconscientes de l'enfance et de la vie de famille dans le présent réel.

L'aspect thérapeutique de la relation conjugale est peut-être certes moins garanti mais en tout cas plus spontané.

Le système couple

Mais notre description jusqu'à présent portait uniquement de l'individu. Essayons de voir maintenant comment s'articulent mutuellement les processus inconscients des deux partenaires constituant sur le plan psychique un système couple. Nous parlons là de couples durables (c'est-à-dire ayant eu l'intention implicite de durer) c'est-à-dire de couples conjugaux avec ou sans confirmation juridique.

Le pacte défensif qui caractérise l'organisation dyadique du couple humain est, bien entendu, profondément inconscient.

On note en particulier :

- les défenses contre les tendances homosexuelles (si bien niées par la nature hétérosexuelle du choix réciproque) ;
- les défenses contre les pulsions partielles prégénitales : sadomasochisme, voyeurisme, exhibitionnisme ;
- les défenses oedipiennes ou incestueuses, c'est-à-dire contre les désirs à l'égard des parents. Défenses qui renforcent le caractère très hétérogame d'une relation conjugale.

Cet ensemble défensif inconscient est à la base de l'attrait mutuel des partenaires et du fonctionnement du couple. Ce n'est pas, bien évidemment, un phénomène pathologique

en soi. Il contribue à l'organisation initiale des liens et des attrait et se renouvelle en se réorganisant sous une forme ou une autre chez les couples qui persistent, assurant ainsi souvent la confrontation narcissique mutuelle des partenaires.

Pris sous cet angle d'organisation intrapsychique, le couple se révèle ainsi comme un laboratoire qui permet de saisir dans le jeu réciproque des affects, les mécanismes de défense du Moi face à l'irruption des pulsions partielles et des pulsions destructrices. C'est ainsi que le clivage préside au choix de l'Objet partenaire en permettant de maintenir l'idéalisation de celui-ci et de garantir le narcissisme du sujet. Cette « collusion inconsciente » comme l'appelle LEMAIRE, lorsqu'elle se fige ou lorsqu'elle perd la souplesse de sa réciprocité, risque de bloquer toute évolution individuelle et toute réorganisation libidinale : ce qui sous-tend souvent les conflits conjugaux.

Le couple peut aussi constituer un espace de réparation de traumatismes archaïques liés aux déficiences des interactions précoces. Dans ce cas, le couple fonctionne comme un lieu protecteur (nid de poule) différencié d'un externe (le hors couple) pourvoyeur d'excitations non attendues.

Le couple exerce une fonction psychique protectrice. Il se dissout lorsque cette fonction n'est pas assurée, quelle que soit la pathologie de chacun des partenaires.

Nous le voyons en psychiatrie : des personnalités présentant d'importants troubles psychotiques peuvent former des couples harmonieux. La collusion des partenaires permet l'expression et l'érotisation des dispositions prégénitales de chacun. Ces couples ne peuvent être définis comme pathogènes car il n'y a pas souvent d'amplification de ces tendances régressives.

Le chaque un

D'autre part, il nous paraît important de souligner que l'homme et la femme ne sont pas pareillement impliqués dans le couple. C'est peut-être ce qui fonde leur rencontre mais aussi leurs déboires.

FREUD, en 1930, suggère que l'homme cherche dans la présence de sa partenaire le moyen de satisfaire le retour périodique de la pulsion sexuelle. La femme cherche dans le couple l'acquisition de l'enfant, d'où cette formulation qui résume l'essentiel : « l'homme désirerait la femme qui désirerait l'enfant ».

L'homme se rapporte à la sexualité selon son mode propre, c'est-à-dire phallique ; la femme arrime son désir à l'homme comme héritier des autres perdus et y arrime son désir d'enfant dans une espèce d'arbitrage entre sa maternité (désir d'enfant) et sa féminité (désir pour l'homme). Ainsi, chacun arrive dans le couple avec la singularité de son Œdipe, de son désir, qui, on le sait, ne se « co-gère » pas. Mais de cette cacophonie, peuvent surgir de mélodiques accords. Nous nous trouvons là au cœur de la contradiction dont se nourrit la sexualité du couple.

À propos de sexualité, n'oublions pas que tout au long de notre vie, se pose la question de la représentation de soi en tant qu'objet sexuel (ce qui est du domaine de la pulsion) et de la représentation de son identité sexuée.

Rappelons que l'identité sexuée serait construite sur la base de l'identité de genre par l'identification primaire. Ainsi elle serait plus facilement et rapidement appréhendable pour la petite fille que pour le petit garçon qui doit d'abord passer par une désidentification de la mère. Ce qui suppose (pour transposer et transformer une formule winnicottienne bien connue) un père « suffisamment présent » pour susciter un déplacement de l'identification du fils vers lui. L'identité sexuée est le fruit d'un long travail psychique qui s'organise en co-construction reliant le père et la mère. Elle se construit au sein d'un espace, primitivement le couple parental, et ce qui s'y joue va déterminer chez l'enfant ce qui va advenir de sa construction identitaire (masculinité ou féminité).

Dans le couple, l'interaction de ces deux membres interpelle chacun dans sa représentation d'être autant que dans son sentiment d'exister. Chacun dans le couple se confronte au sexué et au sexuel à travers ses propres positions narcissiques et objectales. En fonction de ce qui se joue dans l'économie du couple, et en cas de fragilité narcissique de l'un de ses membres, lorsque le sexué identitaire est interrogé par le sexuel externe, le sujet va être confronté à la réactualisation dans le rapport à l'autre de ce qui a échappé à une activité de symbolisation (par absence ou trop plein d'excitations). C'est souvent l'incapacité de cette mise en représentation qui génèrera le passage à l'acte (cf. certaines formes de violences « conjugales »).

Les crises du couple

Avant de conclure, quelques mots sur les crises du couple.

Il convient d'abord d'établir une distinction entre le terme « conflit » et le vocable « crise ».

- **La crise** est un moment trouble. En chinois, l'idéogramme se dessine selon un double signe : l'un signifie « danger », l'autre « opportunité ». En psychopathologie, la crise comporte autant le risque d'une perte d'identité que la possibilité d'accéder à un changement. La crise est incertitude, c'est un moment évolutif. C'est une non réponse, un moratoire que s'accorde le sujet pour décider, un sursis à la réaction. La crise dans son aspect de renoncement à un état d'équilibre donné, a souvent une valeur maturative (exemple : la crise d'adolescence).
- **Le conflit** désigne l'opposition entre sujets en relation, c'est l'affrontement de deux positions antagonistes qui peut déboucher sur une rupture ou quelquefois sur un compromis mais qui n'a souvent qu'une valeur éphémère. La crise ne peut déboucher ni sur une synthèse ni sur un compromis mais uniquement sur un choix. Le conflit pourra être ainsi le reflet d'un refus de solution de la crise ou un moyen d'y mettre fin et là, aura souvent une orientation négative, péjorative pour le couple.

Ainsi, le couple va être confronté lui aussi dans son fonctionnement à des crises qui peuvent être certes sources de déboires, de rupture mais le plus souvent par leurs valeurs maturatives, elles vont permettre à celui-ci de continuer à exister. Pour n'en citer que quelques exemples :

- le passage du couple à la famille par les naissances.
- la crise des « vieux couples », vieux qui ne se réfère pas à l'âge mais à l'usure du désir. Elle procède souvent de ce sentiment d'être « trop distant » parce que « trop rapproché », ce que ASSOUN appelle une « distance familiarisée ». Dans ces cas, l'affrontement peut être un moyen de se retrouver. Là où la déliaison, le lien peut advenir. On recharge les batteries de la libido. Ce qui a fait dire à certains : « si tu veux l'Eros, prépare la guerre ».
- la crise du milieu de la vie ou le départ des enfants (empty nest). Sans oublier que cette nouvelle étape de l'existence (le milieu de la vie) peut devenir l'occasion d'un investissement libidinal autre pour le couple ouvrant ainsi d'autres possibilités de vie dans la « grand-parentalité ». Il existe autant de sortes de couples grands-parents que de couples parents.

Au total

Dans le couple, « *chaque un* » réexpérimente l'étrangeté précieuse de l'autre. Pour cela, il est nécessaire de s'absenter suffisamment à soi pour rencontrer l'autre sur une autre scène, pour que l'autre ne devienne pas un autre soi, un alter ego. C'est peut-être une façon de se séparer de la proxi-

mité (parfois étouffante) de l'autre pour le réappréhender comme du dehors dans son altérité. C'est dans ces moments d'altérité que l'érotique puise sa puissance.

Peut-être pourrait-on dire, et ce sera notre conclusion, que la fonction du couple est double :

- organisation des défenses,
- structure-refuge.

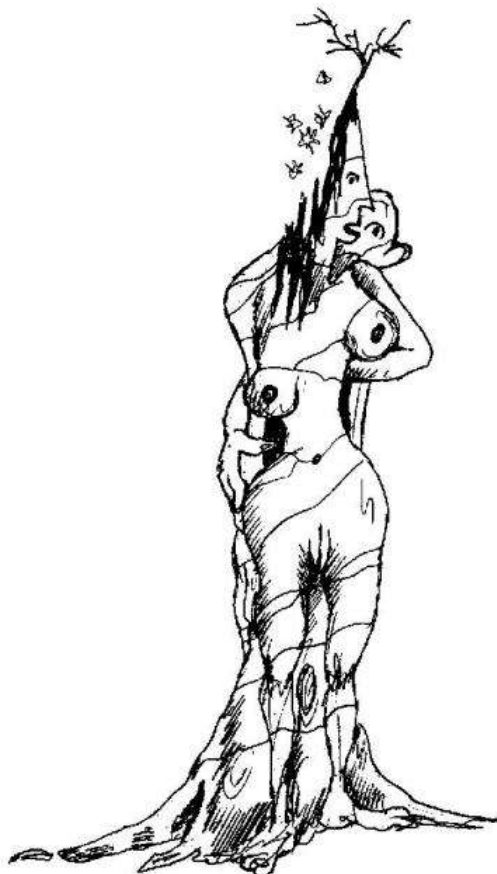
Deux buts contradictoires apparemment : le mouvement de refoulement des pulsions partielles et mortifères concerne le Moi de chacun des partenaires dans ses relations avec un objet de son choix ; ce mouvement s'organiserait plutôt dans une relation spéculaire (folie privée).

La mise en jeu de ces mêmes pulsions dans la structure-refuge tend à faire du couple une organisation fusionnelle (folie à deux).

De sorte qu'entre ces deux mouvements (spéculaire et fusionnel), il n'y aurait pas contradiction mais plutôt complicité.

Bibliographie

- ASSOUN P.L. : Le lien sexuel, l'inconscient en couple in Revue Dialogues n° 183 – Ed. Eres, 2009
- FREUD S. : La vie sexuelle – Paris, PUF, 1969
- LEMAIRE J.G. : Le couple, sa vie, sa mort – Payot, Paris, 1979
- LEMAIRE J.G. : Thérapie du couple – EMC Psychiatrie, 37-819-F-05, 1995





Ève Montalti et Mathieu Lacambre

Auteurs : Ève Montalti*,
Mathieu Lacambre**, Patricia Carette***

« De la violence intime à la parole partagée »

Expérience d'un groupe de parole thérapeutique auprès de sujets auteurs de violences conjugales/éléments cliniques et perspectives thérapeutiques

« L'être qui t'aime et l'être qui veut te tuer
dit la même chose : j'aurai ta peau »¹

Résumé : l'association Montpelliéraine via voltaire est un lieu d'accueil, de suivi et de soutien s'adressant aux personnes en grande difficulté économique, pouvant présenter une souffrance psychosociale, des problèmes de santé et/ou d'insertion. via voltaire s'adresse également aux personnes rencontrant un problème de violence dans leur couple. Depuis quatre ans, un accueil spécifique pour des sujets auteurs de violences conjugales propose une réponse à une demande sociale de création de lieux d'accueil spécialisés adaptés pour ces sujets.

De l'élaboration du contenu de nos rencontres hebdomadaires en accueil individuel et en groupe de parole, il nous apparaît que les hommes auteurs de violences conjugales présentent des problématiques psychiques très diverses s'ancrant sur des histoires de vie perturbées et perturbantes rendant délicat leur investissement dans une démarche de soin faisant suite à la reconnaissance du passage à l'acte.

La pathologie des « agirs », lorsqu'elle tend à effacer les représentations, se situe dans le champ de ce que A. Green (1999) a appelé « l'indiscrimination affects/représentations ». C'est une des raisons pour lesquelles il a été important d'aménager un cadre et des pratiques pour venir en aide à des patients dont la mentalisation est pour le moins incertaine.

Notre posture clinique soulève l'hypothèse que le groupe de parole pour des sujets auteurs de violences conjugales devient un facilitateur pour venir reconnaître le passage à l'acte comme un événement venant dire quelque chose de leur problématique singulière et permettre ainsi le développement de leur vie psychique. En tant que cliniciens, il est essentiel de toujours développer notre réflexion sur les problématiques rencontrées au sein du dispositif mis en place pour accueillir ces sujets et la clinique du passage à l'acte. Comment entendre le passage à l'acte violent dans le couple ? Comment accompagner des sujets le plus souvent sans demande de soin et/ou en obligation de soin ? Comment ouvrir des perspectives thérapeutiques ?

Il n'est pas ici question de rendre responsable l'homme ou la femme de ce qui se noue au sein du couple mais plutôt d'entendre la nature du lien qui les unit et de l'interroger. Il nous a dès lors semblé nécessaire de différencier les espaces d'écoute de la parole de chacun.

Mots clés : couple, groupe thérapeutique, identité, miroir, narcissisme, violence.

* Psychologue clinicienne²,
association via voltaire.

** Psychiatre.

*** Directrice de l'association via voltaire³.

1. DETAMBEI (R), *petit éloge de la peau*, Folio, Edition Galimard, 2007, p.12.

2. Psychologue en consultation généraliste, Accueil spécifique et thérapeute du groupe de parole pour les sujets auteurs de violences conjugales, Accueil spécialisé et animatrice des ateliers thérapeutiques pour enfants exposés aux violence conjugales et intrafamiliales, Psychodramatiste.

3. « L'association **via voltaire** fait de la solidarité l'un des axes majeurs de son action pour lutter contre l'exclusion. L'accès au droit, à la santé, à l'emploi et à la culture participe à l'intégration de chacun et renforce la cohésion sociale. Des actions personnalisées et collectives menées en relation avec les travailleurs sociaux, les partenaires de l'insertion et de la santé permettent de soutenir et d'accompagner des personnes en grande difficulté sociale, très isolées, et de préparer en amont des dispositifs traditionnels, leur insertion sociale et professionnelle ».

Summary: “*From intimate violence to the shared speech*”. The Montpelliéraine association *via voltaire* follow-up and support to people in great economic difficulty, potentially psychosocial distressed, with problems of health and/or insertion.

Through *via voltaire* addresses also to persons facing a problem of violence within their relationship. For four years, a specific home for perpetrators of domestic violence topics offers a response to a social creation of specialized home sites adapted for these topics. The development of the content of our weekly meetings in individual home and group of speech, it seems to us that male perpetrators of domestic violence are psychic problems very various to anchoring on stories of life disturbed and disturbing delicate making their investment in a process of care following the recognition of the passage to the Act.

The pathology of the action, when it tends to erase the representations, lies in the field of what a. Green (1999) called “the affects/representations indiscrimination”. It is one of the reasons for which it was important to develop a framework and practices to help patients with the mentalization is the less uncertain.

Our clinical posture raises the hypothesis that the Group of speech for perpetrators of domestic violence topics becomes a facilitator to recognize the passage to the act as an event from say something of their singular problem, allowing the development of their mental lives. As clinicians, it is essential to always develop our thinking on the issues encountered within the system put in place for these topics and about the clinic of the passage to the Act. How heard the passage to the violent act in the couple? How accompany topics most often without care or obliged to be care? How to open therapeutic opportunities? It is not question of making responsible the man or woman of which tie in the couple but rather to hear the nature of the link and to cross-examine it. It therefore seemed necessary to differentiate spaces of listening to the word of each.

Keywords : pair, group therapy, identity, mirror, narcissism, violence.

L'association *via voltaire* s'est constituée en 1995 pour proposer des réponses en termes de soutien psychologique et d'actions d'insertion socioprofessionnelle aux personnes en situation de fragilité économique et bénéficiaires des minima-sociaux. L'association montpelliéraine est un lieu d'accueil, de suivi et de soutien s'adressant aux personnes en grande difficulté, pouvant présenter une souffrance psychosociale, des problèmes de santé et/ou d'insertion. Patricia Carette, directrice du projet depuis sa création décrit ainsi son objectif : « *Nous souhaitons que la création de via voltaire offre un espace possible, permettant la prise en charge, en dehors des circuits traditionnels de soin, de personnes en situation précaire, très vulnérables et présentant des troubles psychiques accompagnés de problèmes d'intégration sociale.* »⁴

Via voltaire s'adresse également aux personnes rencontrant un problème de violence dans leur couple. L'association s'est fortement impliquée dans la constitution, l'animation et la coordination de réseaux interprofessionnels concernant la prise en charge des violences conjugales à Montpellier et sur le territoire de l'Hérault (34). Est alors apparue la nécessité de proposer une réponse adaptée pour la prise en charge thérapeutique des sujets auteurs de violence conjugale⁵. Le dispositif s'est développé à *via voltaire* depuis 2005 sur le mode de suivis individuels menés par des psychologues

cliniciens et de deux groupes thérapeutiques hebdomadaires assurés par un psychiatre et une psychologue clinicienne.

La politique pénale appliquée aux violences conjugales est axée sur la fermeté de la réponse judiciaire et comporte un volet tourné vers le soin, comme le propose par exemple la consultation spécialisée de *via voltaire*. La loi du 4 avril 2006 renforce la prévention et la répression des violences au sein du couple ; elle prévoit que dans le cadre d'une procédure alternative aux poursuites, d'un contrôle judiciaire, d'un sursis avec mise à l'épreuve ou d'un aménagement de peine, il peut être imposé à l'auteur de violences conjugales de « *faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique* ».

La création du dispositif constitue la réponse à une demande sociale d'élaboration de lieux d'accueil spécifiques adaptés pour les sujets auteurs de violences conjugales.⁶

6. 1975 : Création du premier foyer Flora-Tristan pour femmes battues à Clichy

1980 : La loi précise que « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte ou surprise, est un viol »

1990 : La Cour de cassation reconnaît le viol entre époux. Les associations qui luttent contre les violences familiales peuvent se porter partie civile

1991 : La loi définit l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail. Une écoute téléphonique, Femmes Info Service (01 40 33 80 60), est créée pour assister les victimes de violences conjugales.

1992 : Loi renforçant l'abus d'autorité en matière sexuelle dans les relations de travail (harcèlement sexuel)

1994 : Le Code pénal reconnaît comme circonstances aggravantes les violences commises par un conjoint ou un concubin et renforce la

4. CARETTE (P), *via voltaire : une voie dans la brume* in Sud/Nord, Nr 15, Ères, p. 127 – 134.

5. Responsable du projet : Patricia Carette, Directrice, Animatrice et Coordinatrice du réseau interprofessionnel de Montpellier (34) et du réseau du Bassin de Thau (34) Contact téléphonique : 04.67.60.84.80



En qualité de cliniciens, il nous semble nécessaire de questionner nos places, nos fonctions, les problématiques rencontrées par les sujets auteurs de violences conjugales, la clinique du passage à l'acte ainsi que les dispositifs mis en place pour les accueillir.

- Comment entendre le passage à l'acte violent dans le couple ?
- Comment accompagner des sujets le plus souvent sans demande de soin et/ou en obligation de soin ?
- Comment ouvrir des perspectives thérapeutiques ?

La clinique avec les sujets auteurs de violences conjugales pose la question de la psychanalyse dans la cité, dans l'espace social, dans ce qui fait lien à l'autre, à l'Autre au lieu de l'Autre. La même clinique nous convoque aux sources de

peine de réclusion criminelle pour viol.

2002 : La loi sur la présomption d'innocence « renforce » les droits des victimes de violences.

2006 : La loi renforçant la prévention et la répression des violences au sein du couple ou commises contre les mineurs est adoptée par le Parlement français. Elle introduit une aggravation des peines encourues « pour un crime ou un délit lorsque l'infraction est commise par le conjoint, le concubin ou le partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité » mais également « lorsque les faits sont commis par l'ancien conjoint, l'ancien concubin ou l'ancien partenaire lié à la victime par un pacte civil de solidarité. Dès lors que l'infraction est commise en raison des relations ayant existé entre l'auteur des faits et la victime ». (Art. 132-80 du Code pénal). La loi modifie également d'autres articles du Code Pénal pour faire reconnaître les violences au sein de toutes les formes de conjugalité (concubinage, PACS et mariage)

2007 : loi relative à la prévention de la délinquance qui crée dans les violences volontaires et les agressions sexuelles une circonstance aggravante liée à l'emprise alcoolique ou de stupéfiants.

quelques réflexions qui fondent la psychanalyse comme le sexuel, le couple, le refus du féminin, l'agi.

- Comment travailler en se « sous portant » de la théorie psychanalytique avec une non demande de soin manifeste ?
- Comment travailler sur la base d'une commande sociale et judiciaire (prévenir la récurrence) en préconisant une démarche de soin (réconcilier le sujet avec lui-même, son entourage et le monde qui l'entoure) ?
- Comment articuler le soin avec la justice dans un exercice si particulier ?

Face à des sujets où les questions de place, de différenciation (homme femme par exemple) et de parole sont mises à mal, il semble nécessaire que chacun reste à sa place, parle en son nom. Chacun sa parole, chacun sa place, chacun son langage.... La récurrence est de l'ordre du champ judiciaire, nous parlons en ce qui nous concerne de répétition du symptôme, de réitération de l'acte, de la conduite...il n'est pas là question de faire impasse sur la pratique de chacun mais bien au contraire, de garder le sens et la portée symbolique de sa parole et de sa mission. Cela permet que le soin puisse commencer à s'inscrire...

Quelques termes.....Violence.... conjugale....

Le mot violence est lié à la notion de survie, la violence est là pour protéger la vie, pour défendre le droit à la vie du Sujet. Violence, découle du grec, *bia* (la vie) par l'intermédiaire

du latin *vita* (le bêta grec se prononçant en réalité comme un V). Mais le terme de violence se réfère aussi au latin *violencia* (caractère emporté, farouche) qui renvoie à une idée d'agression et d'effraction. Le mot violence s'emploie dans le but de désigner l'abus de la force pour contraindre quelque chose ou quelqu'un.....

L'instinct violent, décrit par Freud, est là pour défendre le droit à la vie du sujet, le sort réservé à l'Objet importe peu ; même si l'Objet doit être détruit. A ce stade là, l'Objet n'a pas encore véritablement accès au statut « d'autre existant » (altérité). La violence ne peut être parlée, elle vit, elle travaille, elle s'exprime, sans médiation symbolique, sans langage sur le corps et l'esprit. La violence est refus de l'altérité en soi et en l'autre : c'est le refus même de la différence.

Jean Bergeret définit « la Violence fondamentale » ; Selon lui, l'humain arrive au monde avec un bagage énergétique violent, une force qui, dès les premières expériences relationnelles agréables et sécurisantes, se transforme en agressivité et libido. Mais toute cette « violence fondamentale » ne se transforme pas au cours du développement et pour chaque sujet, il reste un noyau « violent » (non transformé) qui peut se réactiver en situation de danger, danger qui peut être physique ou psychique, Réel ou Imaginaire..... Le surgissement se fait alors dans le passage à l'acte.

L'agressivité renvoie à quelque chose de plus élaboré. L'action n'est plus réactionnelle ou défensive mais intentionnelle et volontaire. Elle résulte d'un mélange de violence et de libido. Dans l'agressivité, il y a toujours une part d'érotisation. L'agressivité est nécessaire : soit pour s'opposer à l'autre, soit pour régler des conflits internes.

L'agressivité, selon Freud est reliée à la pulsion de mort. Pulsion (*Thanatos*) qui travaille normalement en silence. Quelques fois, elle émerge et devient destructrice sous forme de ce que Freud appelle l'agressivité. Pour contrebalancer, *Thanatos*, Freud conceptualise *Eros*, la pulsion de vie ou d'amour. Ces deux motions sont intriquées, entremêlées. *Eros* et *Thanatos* forment un mouvement pulsionnel inconscient et dynamique. Il existe une part d'agressivité dans le fonctionnement psychique : « L'agressivité est présente avant l'intégration de la personnalité.... A l'origine, le comportement agressif est presque synonyme d'activité. Il est du domaine d'une fonction partielle.... L'agressivité fait partie de l'expression primitive de la libido. »⁷

Le mot *Acte* provient de la racine indo européenne « ag » qui signifie pousser devant soi. Cette signification est commune au latin *agere* qui donnera plus tard les mots « s'occuper », « agir » et « acte ».

L'ambiguïté demeure dans les diverses appellations entre action et acte. J. Laplanche et J-B. Pontalis, dans leur « Vocabulaire » (1967), traduisent le terme « *Agieren* » utilisé par Freud à plusieurs reprises par « mise en acte » en soulignant la forme transitive de transformation de la pulsion en acte.

7. WINNICOTT (D. W.), 1935-1963, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, PBP, Paris, 1992, page 80, 81.

« Ainsi, l'agir (le passage à l'acte) se voit-il dénué de toute signification symbolique et de ce fait ne demande pas à être interprété. Il serait la marque d'un processus d'impuissance à métaboliser les tensions par la voie psychique, le signe d'une homéostasie archaïque tributaire du fonctionnement persistant du système de décharge de la tension par l'activité motrice ».⁸

La violence conjugale⁹ désigne les comportements violents et agressifs d'une personne à l'encontre d'une autre dans le cadre d'une relation de couple. Il est important de différencier les violences conjugales des violences intrafamiliales qui comprennent toutes les violences d'une personne à l'adresse des membres de la famille. Mêler les violences conjugales aux violences intrafamiliales ne permet pas de tenir compte de la spécificité de la relation qui se noue au sein du couple¹⁰.

Entendre le passage à l'acte violent dans le couple....

Dans les tentatives de donner du sens aux « agirs » il est intéressant de distinguer :

- ceux qui traduisent une certaine élaboration psychique (comme, par exemple la fétichisation de l'objet constatée chez les pédophiles, ou la substitution des objets parentaux à travers les multiples provocations réalisées par les psychopathes...).
- les cas de violences revêtant un caractère impulsif comme une réponse de survie à une atteinte narcissique de l'ordre de l'effondrement.

Il semblerait que les passages à l'acte dans le couple répondent à une colère précoce dirigée vers les images parentales très peu satisfaisantes dans le registre narcissique et génital. « Il est évident que la dynamique authentiquement amoureuse conduit vers l'objet, alors que la dynamique violente demeure de nature beaucoup plus narcissique. Il ne s'agit pas ici de prendre plaisir à satisfaire ou à nuire à un objet déjà défini pour tenir ce rôle réceptif. Il est impératif, surtout pour le sujet, de prendre toutes les dispositions nécessaires à la défense de son intégrité affective, corporelle et comportementale. L'objet, ici, n'apparaît pas comme un second sujet en position de dialogue possible, selon un statut égalitaire (donc éventuellement concurrent). L'objet demeure de l'ordre du non soi, de l'anti-narcissisme.....la violence pur instinct de conservation, n'a pas pour visée la mort mais la vie, la mise à mort éventuelle de l'autre (ou de soi même) ne pouvant survenir que de façon accidentelle....mais non spécifiquement désirée, au cours d'un trajet pulsionnel ne concernant

8. KAUFMANN (Sous la direction de), 1993, *L'apport Freudien, élément pour une encyclopédie de la psychanalyse*, dictionnaire Bordas, coll. Les références Bordas, Paris, 2003, p 673.

9. Conjugal est un adjectif qui révèle l'union entre un mari et sa femme (syn. : matrimonial).

10. Couple : nom masculin qui désigne le fait qu'un homme et une femme vivent ensemble. Il est alors synonyme du mot époux. De façon plus commune, il signifie le lien par un sentiment ou un intérêt commun (synonyme de duo). En physique c'est un système de deux forces contraires, parallèles et de même intensité.

que la survie du « soi » narcissique comme ligne de mire ».¹¹

Le Moi éprouve une faiblesse narcissique qui l'amène à « tuer » l'autre pour survivre.

Les sujets auteurs de violences conjugales se débattent contre le risque de dépression au prix de différentes conduites :

- Ils peuvent désespérer de tisser des liens avec l'autre, ils ont désespéré dans les Objets d'amour qui auraient comblé leur manque.
- Ils s'érigent eux-mêmes en objet de leur amour (retour de la libido sur le Moi)

Le sujet est dénarcissisé face à la réactivation de la perte d'objet. Le passage à l'acte est une tentative de maîtriser le monde extérieur.

Il y aurait chez certains sujets auteurs de violences conjugales, un processus d'échec de ce que Winnicott appelle le stade de l'inquiétude au moment du sevrage. Ils auraient de la difficulté à introjecter le « bon objet ». La culpabilité devient insupportable et la sollicitude n'est pas éprouvée. L'absence de réparation conduit à la perte de la capacité de sollicitude, elle est remplacée par des formes primitives d'angoisse et de culpabilité. Ce qui nous permet de mieux comprendre leur difficulté de se projeter en l'autre, à la place de l'autre.

La construction du Moi est mise à mal, il y a fragilité du sentiment d'être soi-même. La base narcissique qui permet de faire face au vide de la séparation est fragilisée. La crainte que les pulsions deviennent excessives chez ces sujets, fait que le Moi se dresse contre elles. La formation du symptôme n'est ici qu'un compromis pour éviter l'angoisse.

Nous pourrions en déduire que certains sujets auteurs de violences conjugales emploient trois types de défenses « réussies ». pour autant elles ne le sont pas ni d'un point de vue extérieur ni en terme d'adaptation au monde :

1. **Le clivage de l'objet** : le sujet clive le monde en bons et mauvais objets (bonnes et mauvaises personnes, ...) et attaque les mauvais objets sans culpabilité. Le « mauvais monde » devient la « mauvaise mère ». Eros et Thanatos étant déliés, Thanatos prend part sur Eros et se décharge à l'extérieur. C'est le mécanisme le plus primitif pour lutter contre l'angoisse.
2. **Le déni** : le sujet dénie l'agression et la culpabilité, voire la perte. Le déni a un rôle d'écran.
3. **Le clivage du Moi** : le Moi se trouve en butte à une revendication pulsionnelle trop puissante.

Les défenses exposées ci-dessus ne permettent ni la sublimation de l'agressivité, ni l'accession à la réparation. La perte de l'Objet s'envisage difficilement. Nous constatons que ce sont des sujets souvent dépressifs. La dépression ressemble plutôt à de la « rage » et entraîne des passages à l'acte. La faille narcissique se retourne alors par un mécanisme de projection sur le partenaire : les sujets auteurs de violence se comportent avec leur compagne comme avec une figure maternelle qui devrait soulager les tensions.

11. BERGERET (J), la violence et la vie, la face cachée de l'œdipe, Payot, 1994, p143.

Le phénomène se retrouve dans l'angoisse d'abandon que certains hommes éprouvent à la venue du premier enfant (enfant œdipien) : ils se sentent alors délaissés par leur partenaire. Les faits de violence sont généralement suivis par un comportement réparateur par peur d'être abandonné. Nous pouvons également constater le même processus dans le fonctionnement des couples dits fusionnels : Les deux ne font qu'Un et tout essai de différenciation exprimé par l'autre (sortir, aller faire du sport...) est perçu comme une attaque. Un état dépressif peut, par exemple aussi, être réactionnel à une séparation : La haine peut alors être tournée vers l'objet disparu (l'ex-compagne).

Chez les sujets auteurs de violence dans le couple, c'est l'envie qui devient le moteur du lien avec l'autre. L'envie est le sentiment que l'on ressent quand on voit l'autre, son semblable, prendre sa place dans la jouissance domestique : c'est le regard d'envie de l'aîné qui regarde son puîné au sein, qui est exclu de la jouissance qu'il recevait et/ou qu'il procurait à sa mère ; c'est le signe de l'expulsion du sujet de la scène et de la relation, la trace de son inexistence dans ce qu'il voit, dans ce qui lui est présenté. En conséquence l'envie est le signe de la disparition subjective, selon M. Klein, elle est hors reconnaissance de l'autre, hors altérité, elle est lutte pour l'existence subjective, lutte pour la survie. Le sujet se vit, s'éprouve dans une place d'exclu. Ce qui est différent de la jalousie.

Dans la jalousie, le sujet n'est pas expulsé mais dépossédé. Sa place continue à lui appartenir de droit. Les effets en sont la rivalité et le conflit. La jalousie est un processus identificatoire où l'on se retrouve dans l'autre, c'est une reconnaissance de l'altérité.

Dans certains cas ultimes, le regard de l'autre est vécu comme persécuteur, effrayant voir anéantissant. L'image renvoyée par l'autre n'est pas satisfaisante, elle est en conflit avec l'Idéal du Moi. Les sujets éprouvent des difficultés à exister autrement que dans le regard de l'imaginaire maternel (pouvant être incarné par leur épouse). La douleur vient s'ajouter à l'angoisse chaque fois que les autres fonctionnent comme des miroirs et pourraient ne pas remplir leur rôle, c'est à dire leur renvoyer une image idéale d'eux-mêmes. Le sujet reste enfermé dans un investissement de lui-même exclusif. Il ne peut accepter de rencontrer l'autre dans la différence (la différence des sexes). L'angoisse de voir basculer son image et de chuter dans la dépression (s'effondrer), il s'en protège par la haine. La violence traduit toujours les pulsions de conservation du Moi. La haine s'éprouve comme le déplaisir de la rencontre de l'autre qui vient menacer l'intégrité du Moi.

La pathologie des « agirs », lorsqu'elle tend à effacer les représentations, se situe dans le champ de ce qu'A. Green (1999) a appelé « l'indiscrimination affects/représentations ». Il est nécessaire d'aménager un cadre et des pratiques pour venir en aide à des patients dont la mentalisation est pour le moins incertaine.

De l'élaboration du contenu de nos rencontres hebdoma-



daïres, il apparaît que ces hommes auteurs de violences conjugales présents au groupe thérapeutique rencontrent des problématiques psychiques très diverses s'ancrant sur des histoires de vie perturbées et perturbantes rendant délicat leur investissement dans une démarche de soin partant de la reconnaissance du passage à l'acte. « *La diversité des problèmes et les difficultés rencontrés au cours des prises en charge suppose différentes approches susceptibles d'aider ces personnes. En effet, il est essentiel de distinguer celui qui gifle une fois dans sa vie sa femme lors d'un conflit important et celui qui la harcèle quotidiennement, la dévalorise et recourt systématiquement à la violence physique pour qu'elle se conforme à ses attentes. Ne sont pas les mêmes non plus le paranoïaque jaloux qui frappe sa femme pour obtenir des aveux sur sa prétendue infidélité et le pervers qui jouit sadiquement de la souffrance qu'il lui inflige* ». ¹²

L'accueil spécifique des sujets auteurs de violence conjugale à via voltaire

Le patient prend rendez vous à via voltaire, il est reçu le lundi de 17 h30 à 18h30 en entretien préliminaire en la présence des deux thérapeutes du groupe de parole. Il s'agit de se rencontrer, de présenter le dispositif, d'évaluer avec lui ses capacités à participer au groupe et à se reconnaître comme auteur de violence. L'entretien est destiné à lui expliquer notre rôle, à évaluer ce qu'il entend et ce qu'il peut entendre. Il est aussi centré sur ce qui l'a amené, sa biographie, ses troubles, ses désirs et ses espoirs.

L'entretien nous permet aussi d'évaluer la relation que nous pouvons avoir avec le sujet. Il faut souligner l'importance dans ce premier contact des éléments apportés et de la manière dont ils sont amenés ; la relation avec nous s'établit

12. L EGRAND (A), présidente de la F.N.A.C.A.V. (Fédération Nationale des Associations et des Centres de prise en charge d'Auteurs de Violences conjugales et familiales): la prise en charge psychothérapeutique des auteurs de violences conjugales et familiales.

ici. C'est pour cette raison que dans certains cas, il nous paraît opportun de rencontrer le patient une fois ou deux supplémentaires afin de l'accompagner dans sa démarche et de lui accorder le temps de s'approprier l'inscription dans une démarche de soin. (Le temps du sujet est différent du temps chronologique). Il ne s'agit pas d'entretiens thérapeutiques formels mais d'un temps de présence à l'autre préalable favorisant une mise au travail psychique possible.

Nous recevons des sujets auteurs de violences conjugales qui se présentent à via voltaire soit dans une démarche spontanée (conseil, orientation) soit dans le cadre d'une procédure judiciaire¹³.

Dans le cas de sujets sous main de justice, nous sommes partis d'un point essentiel qui est d'inclure l'obligation de nous rencontrer dans la demande du sujet, c'est-à-dire de prendre en

compte la contrainte vécue par le patient et de tenter de réfléchir ensemble sur les effets de celle-ci. Il nous semble nécessaire de poser le postulat de base qui est de différencier obligation de soin / obligation de parler et de bien présenter le dispositif comme un espace de parole privilégié qui appartient aux sujets qui l'investissent.

Pour nous thérapeutes la contrainte a été prise en compte comme une hypothèse : « *L'hypothèse peut être soulevée que l'obligation judiciaire de soins constituerait une porte d'entrée de plus dans le soin* » ¹⁴.

Penser qu'une prise en charge émerge de la propre demande du sujet auteur de violences conjugales est un leurre dans la plupart des situations. L'obligation de soin s'inscrit alors comme une condition nécessaire – non suffisante – pour accompagner l'évolution des sujets et pour la mise en place d'un travail thérapeutique amenant dans un second temps l'émergence d'une demande ou d'une participation authentique.

À la fin de l'entretien, l'orientation vers le groupe de parole ou vers un suivi individuel ou une non inscription dans le dispositif se décide entre le sujet et les deux thérapeutes.

Bien que la participation au groupe de parole soit largement favorisée, l'orientation vers un suivi individualisé au sein de via voltaire est possible dans certains cas lorsque l'on repère :

13. Il s'agit :

- Des sujets placés sous contrôle judiciaire avec une « obligation de consulter » (présentiel).
- Des sujets orientés vers la consultation dans le cadre « d'un classement sous condition ».
- Des sujets condamnés à une peine d'emprisonnement assortie d'un sursis avec mise à l'épreuve avec une obligation de soins.

Les autorités pénales décident de modalités d'exécution d'un sursis probatoire ou sursis mise à l'épreuve avec une obligation pour le « condamné » de se soumettre « à des mesures d'examen médicaux, de traitement ou de soins... » (Art 132-45,3 CP).

14. ODIER (B), « on m'a dit de venir » : l'obligation judiciaire de soin in l'information psychiatrique janvier 2007 ; 83 :9-12.

- Un refus et une angoisse d'inclure un groupe.
- Des impossibilités d'horaires pour le patient
- Des troubles de la personnalité incompatibles avec le travail de groupe.

L'orientation vers le groupe de parole est préférable pour des sujets ambivalents par rapport au suivi psychologique et présentant une certaine « inhibition sociale ». Le retour vers une prise en charge individualisée reste possible à la demande du sujet auteur de violences conjugales. L'accessibilité à un suivi individuel présuppose un minimum de reconnaissance quand aux faits qu'elle soit totale, partielle, indirecte ou implicite. Pour certains sujets qui nient l'acte en le banalisant ou en le vivant de manière persécutoire voire perverse, le groupe devient un facilitateur pour reconnaître le passage à l'acte comme un événement venant dire quelque chose de leur problématique singulière.

Après quatre années de pratique, de rencontre avec les sujets auteurs de violences conjugales, nous pouvons évoquer certains traits ou aménagements de la personnalité que nous avons identifiés lors des entretiens d'accueil:

- **Des défenses dites rigides** (organisation paranoïaque ou obsessionnelle)

L'autre est responsable de tout ce qui dysfonctionne, ce qui est amplifié lorsqu'il s'agit de l'autre intime, féminin. Ce type de personnalité est illustré par le perfectionnisme, et par une vision très rigide des fonctions de la famille. Le sujet doit être en mesure de tout contrôler. De plus, souvent, la violence, comme l'alcool, est considérée comme une constituante de la virilité. Dans le couple l'homme prend la place du « chef de famille » qui a toute autorité sur son épouse et ses enfants, il ne comprend pas qu'elle puisse souhaiter bousculer ce schéma en acquérant une certaine indépendance (financière, au niveau des relations amicales,...) et vit toutes démarches de différenciation comme une opposition, voire une véritable agression.

- **Des troubles du narcissisme**

Dans ce cas, le sujet utilise la violence pour se rassurer. Il est critique sur le passage à l'acte, mais n'accepte pas le regard et l'avis de l'autre sur son comportement. Il réagit très violemment quand il est face à la frustration, a un fond paranoïde et projette du mépris sur sa partenaire de peur d'être rejeté. Il est en demande d'attention constante qui ne peut être comblée totalement ce qui génère de l'angoisse. Ce sujet est de manière ambivalente en adoration devant la personne dont il est dépendant affectivement tout en la rejetant violemment.

- **Plus rarement**, toutes les catégories nosographiques de la psychiatrie pouvant donner lieu à un passage à l'acte.

- *Psychose* : avec des réactions de défense envers d'éventuels persécuteurs (la conjointe) ou de destruction d'un soi aux contours mal limités (l'autre étant le prolongement de soi).
- *Névrose de caractère et organisation psychopathique* : C'est l'exemple même du passage à l'acte répété avec

défaut de mentalisation et comportements anti sociaux. Ce sont souvent des hommes qui supportent mal la norme sociale qui les contraint, ils sont violents également à l'extérieur du couple. Il s'agit ici de violence impulsive.

- *Perversion de caractère* : le sujet utilise le plaisir à mettre l'autre en échec, à des fins de restauration narcissique. Le triomphe narcissique culmine au prix d'une véritable destruction de l'autre dans la « perversion narcissique », ainsi appelée par P.C. Racamier (1992).

Le dispositif psychothérapeutique groupal

Le groupe de parole pour « auteurs de violences conjugales » que nous assurons se déroule toutes les semaines à via voltaire. Il s'agit d'un groupe lentement ouvert, de 8 à 10 places, de structure non directive sans contenu spécifié à l'avance¹⁵. De cette manière, le groupe comprend des personnes qui n'ont pas commencé et ne termineront pas ensemble.

Grâce à l'aménagement d'un cadre, le groupe va contenir les pulsions, les affects, et les fantasmes qui circulent entre les participants. Il contribue à la constitution d'une enveloppe psychique que chacun peut intérioriser.

Le cadre du dispositif a une importance fondamentale. Il est constitué par les référents théorico cliniques des deux thérapeutes. Il permet d'assurer les fonctions de contenance (ici, tout peut se dire), de continuité (chaque semaine, même heure, même jour), de fiabilité, de délimitation, de stabilité et de maintien (holding) de la vie psychique (nous continuons à parler ensemble).

Le cadre se doit d'être permanent et indestructible car il permet au sujet de faire l'expérience que penser et parler ne détruit pas. Il est garant de la sécurité de chaque membre du groupe. Le groupe de parole peut alors devenir une entité à part entière. Cela permet d'insister sur sa fonction symbolisante.

Cette modalité de groupe permet l'émergence d'un matériel mettant en scène le vécu, le questionnement et la dynamique du sujet ici et maintenant : Comment le sujet est en relation ? Comment prend-il sa place ? S'affirme ? Réagit au désaccord ? À la frustration ?

Le dispositif groupal s'appuie sur des règles, ainsi le sujet s'engage :

- À respecter la confidentialité des propos –la discrétion « *ce qui se dit dans le groupe reste dans le groupe* »
- À une présence régulière et de prévenir lors des absences : « *on appelle via voltaire quand on ne peut pas venir* ».
- À informer le groupe quand on le quitte « *on prévient le groupe quand on décide de partir et on en parle ensemble* ».

Il est rappelé au sujet que dans le groupe « ça parle » : on peut parler de tout ou ne pas parler; et « ça n'agit pas » : aucun passage à l'acte n'est autorisé dans le lieu du groupe (arriver

15. On nomme « **groupe ouvert** » un groupe organisé toute l'année de façon ininterrompue et dans lequel les participants s'intègrent en fonction de leur arrivée et des places disponibles

en ayant pris des toxiques, être violent....).

Nous avons fait le choix préalablement de créer des groupes de parole hétérogènes quand à la situation du sujet auteur de violences conjugales à son arrivée dans le dispositif (avec des personnes sous main de justice et d'autres non). Il est à entendre que les temporalités intersubjectives et celles dues à l'obligation de soins peuvent modifier l'inscription voir l'implication dans le dispositif. Le passage du « on m'a dit de venir », à « il faut que je vienne » à « je veux venir » à « je pense que parler a du sens » demande un certain temps. La scansion et le rythme sont à prendre en compte. L'idée même de pouvoir partir du groupe, y revenir, s'approprier le dispositif met à l'épreuve les thérapeutes. Le travail autour d'une demande subjective de soin est en écho avec la qualité et la capacité de non destructivité de l'offre d'un lieu de parole qui est proposé. Hors obligation, hors sanction, soumis au secret...nous leur précisons que nous sommes disponibles à entendre et à écouter....

La dynamique autour de la séparation, l'absence, la présence, les souvenirs...peut se déployer dans l'espace du groupe :

- **L'arrivée** : A l'entrée dans le groupe, chaque participant se présente à sa manière aux autres. L'arrivée de « nouveaux » remet au travail la dynamique groupale et la dimension d'acceptation de « l'étranger ».
- **La présence** : Les participants arrivent dans le groupe et le quittent en fonction de leur parcours de vie (reprise d'un emploi, déménagement, hospitalisation, incarcération). Le groupe ici assure une continuité.
- **L'absence** : Si le sujet ne se présente pas, nous nous auto-risons à le contacter pour lui rappeler la prochaine date du groupe. Trois absences au groupe de parole signent la sortie du patient du dispositif. Il reste tout de même possible qu'il sollicite à nouveau les thérapeutes
- **Le départ** : Il est demandé aux participants de prendre quelques séances pour annoncer leur départ et que nous puissions en « causer » ensemble.

Les absences ou les départs non annoncés, traumatiques parfois peuvent susciter une parole sur la rupture, la coupure...

L'importance de la co-thérapie

La prise en charge des sujets auteurs de violences conjugales nécessite une évidente capacité d'empathie. Pour cela nous avons à considérer le sujet non comme un « monstre » mais comme un sujet à part entière. Sans ce préalable, toute action thérapeutique est vaine. Cela implique d'évidence une solidité et une indestructibilité du cadre. Pour assurer une posture thérapeutique inscrite dans la dynamique, il est important d'entendre l'histoire de l'auteur de violences, c'est à dire partir du sujet et considérer l'acte comme le point essentiel du processus de mise en œuvre de son déplacement psychique. La mise en commun des éprouvés, des ressentis, des pensées différentes entre les deux thérapeutes permet de rester vivant face à une emprise pouvant être mortifère

ou face à la fascination.

Dès l'origine du dispositif, la constitution d'un binôme mixte pour l'animation du groupe de parole s'est imposée. Ce mode de fonctionnement évite ainsi que les participants aient l'impression d'être jugés par un intervenant du même sexe et favorise la diminution de la dichotomie entre les deux genres. Le fait d'être implicitement représentant de son identité sexuée et du couple homme/femme nous incite à avoir conscience de la projection qui peut être faite sur chacun des thérapeutes (en tant qu'homme ou en tant que femme) et de la nécessité de jouer la complémentarité, le respect et le soutien nécessaire d'un genre envers l'autre. Dans notre situation, la psychologue, seule représentante du genre féminin dans les séances de groupe, se doit de « trouver sa place », une certaine place.

Objectifs du dispositif groupal

Nous faisons l'hypothèse que : *La conduite violente, le passage à l'acte a une fonction antidépressive, permettant l'évacuation d'une angoisse qui parvient à son paroxysme et le déchargement de tensions. Cette conduite revient, fait retour inévitablement en l'absence de soin.*

Comme toute conduite, ce n'est pas un choix conscient, cependant elle devient la seule solution du sujet au moment où elle s'exprime. Qu'est ce qui génère cette angoisse, cette tension, cet impossible à dire ?

Dans le cadre de notre pratique groupale, depuis plus de quatre ans, ce qui est à entendre dans les discours de séance de ces sujets est la question d'une séparation impossible qu'elle soit symbolique, imaginaire ou réelle dans le couple, au « sein même » du couple. Il est d'ailleurs essentiel de comprendre que la violence conjugale n'a rien à voir (et rien à avoir) avec la violence familiale : dans la violence conjugale, il est bien question du lien spécifique au même de l'intime. Il s'agit d'un couple constitué comme un, de façon similaire à un couple mère/enfant.

La conduite violente est la résultante d'une non élaboration, non représentation, de l'envahissement de l'autre – Réel ou Imaginaire-, d'une perte de re-père. Il est là toujours question du manque, de la perte, voire de la castration.

Il est complexe pour les sujets de s'exprimer verbalement, de parler car parler c'est avant tout parler le manque, le sien, celui de l'autre, parler le manque à être. Le dispositif groupal est une manière de négocier un espace psychique qui appartient à chacun des sujets, différent du lieu de l'intime, où jamais le conjoint, la famille, la justice font intrusion. L'espace fait tiers, ouvre du possible et nous parlons, nous mettons des mots sur des événements. L'espace groupal permet un support identificatoire du côté du masculin, il fait aussi lien social.

En prenant le parti de proposer un espace d'accueil pour des sujets auteurs de violences conjugales, un groupe où ils ont rendez-vous, nous créons une première séparation psychique ...une sphère sécurisante où tout peut se dire....une fois exprimé l'acte de violence qui les amène à via voltaire,



il s'agit de mettre en « mots » et en « sens » l'épreuve de la séparation psychique.

Le groupe est un lieu collectif pour les sujets auteurs de violences qui favorise la circulation de la parole, une prise de connaissance de soi, des échanges, une possibilité de se raconter avec le soutien des thérapeutes et des autres membres du groupe, s'appuyant sur le potentiel identificatoire de l'expérience commune, qu'il s'agisse de celui du groupe lui-même, du fait du passage à l'acte, ou du trajet qui les a conduit notamment à rejoindre le groupe. La mise en groupe permet au sujet d'aborder de manière tolérable la rencontre duelle. Il constitue un tiers entre le sujet et l'autre. Il rend possible la parole mais aussi le silence qui, dilué, devient plus supportable que dans la relation duelle. La parole dans le groupe rebondit, se maintient vivante, ainsi peut se créer un espace de liberté psychique et de pensée chez certains sujets qui en entretien individuel ont des difficultés à mettre en mots leur souffrance.

Le groupe par sa fonction contenant, c'est-à-dire support d'un travail de symbolisation, va fournir un étayage aux fonctions pare excitantes défaillantes et maintenir l'intégrité du Moi.

La thérapie individuelle faisant référence à l'histoire du sujet est, en pratique, plus complexe chez certains sujets auteurs de violences conjugales. Le groupe est une possible médiation à la relation engagée avec l'autre. En effet, en psychothérapie de groupe, c'est à l'histoire du groupe qu'il faut faire référence. L'aspect contenant et les processus identificatoires offrent de nouvelles possibilités de structuration du sujet. Le travail sur le groupe, sur sa constitution en tant qu'espace ayant un dedans et un dehors, participe à un mouvement de mise en place d'une enveloppe limitante qui permet d'aménager un lieu de pensée, une aire de symbolisation. Le groupe comme objet contenant et protecteur ouvre un espace qui favorise la perception commune des choses, il apporte un étayage permettant de supporter que les pensées soient différentes ou étrangères.

Nous proposons une prise en charge aux auteurs de violences conjugales car certaines caractéristiques groupales leur sont particulièrement bien adaptées. Le groupe permet en effet:

- **De rendre possible la mentalisation chez des sujets plus enclins au passage à l'acte qu'à la mise en mots.** L'expérience du contenant permet à ces patients de faire du lien par association, favorisant l'élaboration. Le groupe, par son effet médiateur, va permettre aux patients d'expérimenter leur toute puissance tout en se trouvant confrontés à des limites suffisamment solides pour contenir leur destructivité. Le cadre impose des limites au désir d'une relation fusionnelle avec le thérapeute et oblige chacun à tenir compte de l'existence de l'autre. La découverte du sentiment d'appartenance groupale permet ainsi progressivement une élaboration des problématiques persécutrices, réactivées par l'immersion groupale. En même temps, ces mêmes sujets auteurs de violences conjugales assouplissent leurs mécanismes de défense. La non-reconnaissance, le déni de la problématique de violence est confrontée par ceux qui ont déjà admis leur comportement déviant. La confrontation par les pairs est plus facilement acceptable que celle du thérapeute. L'analyse porte sur les relations des personnes entre elles, ce qui définit la particularité du groupe. L'inconscient se dévoile dans le réseau des intercommunications. L'une des tâches des thérapeutes est de permettre que des liens s'établissent entre ce qui se vit dans le groupe et ce qui a été vécu dans le passé et s'est souvent répété.
- **Le développement de la vie psychique.** Les sujets sont alors interpellés par la singularité de l'autre. Le groupe offre un appui narcissique suffisant. Il favorise la mise en circulation de l'imaginaire, il est en même temps capable de contenir les fantasmes destructeurs. L'objet « groupe » peut alors être investi, représenté, pensé. Le groupe va susciter parfois un niveau non négligeable de dépendance. Se sentir partie constituante d'un groupe de sujets auteurs

de violences et présentant également une carence narcissique est la première étape d'une reconstruction plus profonde. L'identification est facilitée par un narcissisme assez similaire des différents sujets. C'est en se confrontant à l'autre narcissiquement assez proche que la capacité à le considérer peut se développer. La relation en miroir fait sens. Le discours de l'un fait penser l'autre, lequel à son tour peut penser et se représenter d'une manière distanciée sa propre histoire. C'est ce processus qui va permettre un glissement des identifications fusionnelles (être l'autre) vers des identifications spéculaires (être comme l'autre) voire des identifications névrotiques (ressembler à l'autre).

Des traces impensables émergent des sensations qui peuvent prendre la forme de sentiments, puis d'idées. Des liens se tissent à la fois avec ce qui se passe dans le cadre des séances et à travers les réminiscences d'une histoire personnelle morcelée. Les interpellations venant d'un membre du groupe, autre mais semblable de part l'appartenance au groupe et sa problématique, sont perçues comme moins traumatiques et sont de ce fait plus opérantes. La situation groupale permet aussi la déculpabilisation et l'apaisement des tensions. Les sujets auteurs de violences vont alors s'autoriser à parler « de leur cas ».

- **La « dilution » du transfert ce qui rend plus tolérable la rencontre avec l'autre (thérapeute).** Le transfert, qui se définit comme la mise en acte de la réalité de l'inconscient, comporte des particularités en psychothérapie de groupe: L'investissement relationnel s'accompagne chez ces patients d'une destructivité importante. La situation duelle peut apparaître menaçante et ne permet pas le déploiement du transfert. De plus, le fonctionnement en identification projective rend l'interprétation non seulement inopérante, mais bien souvent intrusive. Le patient cherche à s'appropriier le thérapeute, à s'identifier narcissiquement à lui, à le considérer comme une partie de lui-même. Dans le groupe, la fragmentation du transfert sur chaque participant rend possible le travail d'élaboration psychique.
- **De favoriser une prise de conscience du passage à l'acte et de tenter de l'éviter.** Les mécanismes de projection et d'identification permettent la communication des inconscients. En groupe, le phénomène dit « du miroir » permet aux membres de confronter leurs pensées, leurs sentiments et leurs comportements; les patients voient chez les autres des parties d'eux-mêmes, ce qui peut permettre l'émergence possible d'une prise de conscience de l'acte violent. Chacun peut repérer dans l'autre le reflet d'un désir complémentaire. L'autre est capable d'exprimer à son tour ce qu'évoque pour lui l'image à laquelle on l'accrole. Chacun peut se trouver en situation d'admettre ce qu'il déteste en l'autre et qui est la part inacceptable de son Moi.

Conclusion

Il n'est pas ici question de rendre responsable l'homme ou la femme de ce qui se noue au sein du couple mais plutôt d'entendre la nature du lien qui les unit et l'interroger. Un couple violent est un couple où il y a de la souffrance et de la douleur de part et d'autre.

Il nous semble important de repérer et de comprendre ce qui se « cache » derrière le geste violent de l'auteur pour pouvoir l'accompagner et ouvrir une perspective thérapeutique. Ainsi le dispositif groupal propose un espace où chacun peut (se) dire et où ce dit peut être entendu. L'espace autorise le sujet, autorise la parole et parce qu'il peut être entendu cela permet que ces sujets auteurs de violences conjugales ne crient plus leur souffrance, n'acte plus leur impossible à dire, trouve des mots dans une réflexion soutenue par des pairs, pour ne plus disparaître dans une paire, le couple, qui ne réfléchit plus qu'une image partielle et déformée de Soi. Une fois retrouvée et restaurée, l'image du miroir se re-conjuge alors avec d'autres possibles où Je est un autre capable de distance avec le comportement violent.

Bibliographie

- BERGERET (J), *la violence et la vie, la face cachée de l'œdipe*, Payot, 1994.
- DAVIS (M) et WALLBRIDGE (D) 1981, *Winnicott, introduction à son œuvre*, PUF., Paris.
- FREUD (S), 1905, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, Gallimard, Paris, 1962.
- FREUD (S), 1912-1913, *Totem et Tabou*, PBP, Paris, 1997.
- FREUD (S), 1914, « pour introduire le Narcissisme » in *La vie sexuelle*, PUF, Paris, 1969.
- GREEN (A), *Narcissisme de vie, Narcissisme de mort*, Les Editions de Minuit, Paris, 1983.
- KAUFMANN (Sous la direction de), 1993, *L'apport Freudien, élément pour une encyclopédie de la psychanalyse*, dictionnaire Bordas, coll. Les références Bordas, Paris, 2003.
- LACAN, 1958, « introduction théorique aux fonctions de la psychanalyse en criminologie » in *Les Ecrits*, Seuil, Paris, 1966.
- LEGRAND (A). *Psychothérapie des auteurs de violences conjugales et familiales*. J psychol 2005 ; (231) : 45-9.
- ODIER (B), « on m'a dit de venir » : l'obligation judiciaire de soin in l'information psychiatrique janvier 2007 ; 83 :9-12.
- WINNICOTT (D. W.), 1935-1963, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, PBP, Paris, 1992.
- WINNICOTT (D. W.), 1971, *Jeu et Réalité*, Gallimard, Paris, 1975.



Anicette Vandenschrick-Desplan

Le Delirium Tremens et son traitement

Résumé : le delirium tremens est une complication grave du sevrage éthylique; le diagnostic est à poser rapidement, étant donné l'issue mortelle sans traitement adéquat. Les mécanismes physiopathologiques, les multiples facteurs de risque ainsi que le traitement font toujours l'objet de recherches scientifiques. Le traitement du delirium tremens comprend la correction des troubles hydro-électriques, l'apport de vitamines et les benzodiazépines comme premier choix thérapeutique.

Mots clefs : delirium tremens, traitement du sevrage alcoolique

Summary : Delirium Tremens is the most complication of alcohol withdrawal syndrome. Prompt diagnosis and treatment is mandatory when facing this life-threatening condition. Physiopathology, risk factors and treatment options are still currently under research. Management of delirium tremens includes rehydration, hydroelectrolytic correction and multivitamin administration. With regards to pharmacotherapy, benzodiazepin remain first- choice agents.

Keywords : delirium tremens, alcohol withdrawal treatment

Introduction

Le delirium tremens est une complication grave du sevrage de l'alcool pouvant entraîner la mort. C'est une urgence médicale dont la symptomatologie est bien décrite mais dont les mécanismes physiopathologiques sont encore mal élucidés. Moins de 10% des patients présentant un syndrome de sevrage éthylique vont développer un delirium tremens¹. Les facteurs de risque du delirium tremens sont variés et font toujours l'objet d'études; il en va de même pour son traitement médicamenteux. Le propos de cet article sera de rappeler les critères diagnostiques et cliniques, de préciser certains facteurs de risque et enfin d'envisager les multiples ouvertures thérapeutiques.

Diagnostic

La première description connue du delirium tremens (DT) remonte à 1813 et est due à Samuel Burt Pearson et Thomas Sutton, médecins britanniques². Son nom vient du latin: delirium signifiant folie et tremens, tremblement c'est à dire «délire tremblant». Le concept de delirium est utilisé actuellement dans le sens de confusion. Le DSM-IV, pour le DT donne les critères diagnostiques suivants³:

- A. **Perturbation de la conscience** (c.à.d. baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à diriger, focaliser, soutenir ou mobiliser l'attention.
- B. **Modification du fonctionnement cognitif** (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence pré-existante, stabilisée ou en évolution.
- C. **La perturbation s'installe en un temps court** (habituellement quelques heures ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
- D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'une **apparition des symptômes** des critères A et B **au moment d'un syndrome de sevrage, ou bien peu de temps après.**



Ces critères permettent un langage commun pour la recherche scientifique et l'évaluation clinique.

Histoire naturelle et clinique

Le DT se rencontre le plus souvent dans les 24 à 72 heures suivant l'arrêt brutal d'une alcoolisation jusqu'alors importante et chronique; le sevrage est volontaire ou provoqué par une affection intercurrente (traumatique, intervention chirurgicale, affection fébrile) qui vont, à la fois immobiliser le malade et ajouter à sa déshydratation.

Il existe une phase prodromique marquée par le tremblement, l'anxiété à paroxysme vespéral, un état subfébrile avec sueurs, un début d'obnubilation intellectuelle. Sans traitement, ce qui est rare aujourd'hui, survient la phase d'état qui est marquée par l'obnubilation confusionnelle et la désorientation spatiotemporelle, le délire onirique intense avec phénomènes illusionnels et hallucinatoires à prédominance visuelle, acoustico-verbale et tactile (zoopsies terrifiantes, à recrudescence nocturne, favorisées par l'obscurité, thèmes professionnels...), l'agitation intense, le tremblement majeur et constant, la dysarthrie et la déshydratation avec pyrexie supérieure à 38°C. Rarement, s'observe une évolution mortelle par collapsus, coma hépatique, hémorragie digestive, arythmie cardiaque ou arrêt respiratoire⁴.

Les signes généraux sont une hyperthermie et une hyperactivité du système nerveux autonome (tachycardie, hypertension). Les examens de base (électrocardiogramme, biologie sanguine et radiographie du thorax) seront réalisés.

Les examens complémentaires seront réalisés en fonction de l'examen physique et des antécédents; enfin, une neuro-

imagerie devrait être faite afin d'exclure une hémorragie sousdurale et/ou toutes autres lésions intracrâniennes.

Il existe plusieurs outils pour évaluer la gravité du sevrage éthylique, le plus connu est « the clinical institute withdrawal assesment of Alcohol » scale (CIWA), échelle développée par Shaw et ses collaborateurs⁵ en 1981; aujourd'hui, l'échelle a été révisée et c'est un outil objectif et validé par diverses études, comprenant 10 items: nausées, vomissement, anxiété, tremblements, sueurs, maux de tête, troubles de l'audition, de la vision et tactiles, agitation et confusion. Chaque item est coté de 0 à 7 hormis le dernier de 0 à 4. Sa limitation principale est l'obligation que le patient soit en état de répondre au questionnaire auto-administré. Si le score est supérieur à 15 ou s'il existe un antécédent d'épilepsie, le patient doit être traité médicalement pour son sevrage avec nécessité d'un monitoring afin de dépister la survenue d'un DT. Outre l'évaluation du sevrage éthylique, la CIWA-Ar permet de doser au minimum les médicaments⁶. Il n'existe cependant pas de traduction de cette échelle en langue française.

D'autres échelles¹ existent mais les études les concernant ne sont pas assez nombreuses pour valider leur emploi.

Physiopathologie

La prise d'alcool chronique affecte plusieurs systèmes de neurotransmetteurs. Ses effets incluent l'augmentation de la libération des morphiniques endogènes, l'augmentation du nombre de récepteurs NMDA, la diminution de la fonction des récepteurs GABA-ergiques pré-synaptiques de type GABA-A, qui inhibent la libération de glutamate et

l'augmentation de la fonction des canaux calciques voltages dépendants.

Dans le sevrage éthylique, l'absence d'alcool provoque une hyperexcitabilité du système nerveux central: une transmission NMDA hyperactive qui provoque agitation et convulsions (le seuil d'induction s'abaisse s'il existe des sevrages répétés, c'est le phénomène d'embrasement cérébral ou « kindling »), une libération excessive de glutamate; ainsi que des signes végétatifs liés à l'hyperactivité catécholaminergique.

L'hyperactivité NMDA est aggravée par le stress oxydatif, la carence en thiamine et l'hypersécrétion de glucocorticoïdes, tous trois dus à l'alcoolisation chronique⁷.

Épidémiologie

La fréquence du DT est très variable selon les auteurs et les pays. Aux USA, 50% des personnes hospitalisées pour sevrage éthylique requièrent un traitement médicamenteux et 5% à 10% de ces patients vont développer un DT. Quand le patient a développé un syndrome de sevrage, la probabilité de développer un DT est de 8% en unités psychiatriques⁸ et de 24% en médecine interne⁹; la mortalité par DT surviendrait dans 1 à 3% des sevrages éthyliques⁹. Le patient de race blanche développerait plus facilement un sevrage éthylique plus sévère¹⁰.

Un patient âgé de plus de 60 ans serait plus à risques de développer un sevrage éthylique grave¹¹.

Facteurs de risque

Diverses études ont mis en évidence des facteurs de risque pour développer un DT. Ainsi, selon Palmstriena⁸, il existe une corrélation entre le développement d'un DT et des antécédents d'épilepsie, des antécédents d'épisode délirant, une maladie infectieuse, une tachycardie objectivée (> 120 bpm à l'admission) et des signes de sevrage avec > 1 gr d'alcool dans le sang. Selon une autre équipe¹², les antécédents de DT et le nombre de sevrages éthyliques font aussi partie des facteurs prédisposant à un DT.

Pour Monte et al.¹³, les antécédents d'épilepsies, la pression systolique supérieure à 150 mmHg et la température axillaire supérieure à 38°C peuvent aider le clinicien à identifier les patients susceptibles de développer un DT.

Lee et al.¹⁴ ont mis en évidence deux facteurs de risque qui, s'ils sont présents conjointement, entraîneraient un DT dans tous les cas; ces facteurs sont les antécédents de DT et une tachycardie à plus de 100 bpm.

Selon Khan et al.¹⁵, la contention et l'hyperthermie (plus de 38° au-delà de 24 heures) augmenteraient le risque de DT et de mortalité.

Dittmar et al.¹⁶ ont évalué les facteurs qui prolongent la durée du DT et a observé les pathologies concomitantes et les convulsions au début du DT.

Il existerait une prédisposition génétique à développer un DT. C'est ce que montre une revue de la littérature réalisée par une équipe néerlandaise¹⁷; au total huit associations

positives entre un polymorphisme et une base génétique possible pour le DT ont été relevées.

Traitement

Le traitement du DT se fait en général aux soins intensifs. Il impose la réhydratation parentérale, la correction des troubles hydro-électrolytiques, l'apport plurivitaminé (vitamines B6, B12, nicotinamide PP avec de fortes doses de thiamine, vitamine B1). La vitaminothérapie est sans effet sur le delirium tremens mais est primordial pour prévenir l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke ou un syndrome de Korsakoff. Le traitement simultané de l'agitation comprend un volet non-médicamenteux et un volet médicamenteux. Il faut traiter les pathologies associées et les addictions coexistantes et en tenir compte pour le choix médicamenteux. Le volet non-médicamenteux comprend une thérapie de soutien de la part du personnel médical et se fera dans un environnement calme, silencieux et bien éclairé, la réévaluation constante de l'état du patient est nécessaire. Il n'existe aucune étude contrôlée sur les interventions non-pharmacologiques mais la littérature donne des recommandations. Le traitement médicamenteux du DT reste aujourd'hui encore discuté et continue de faire l'objet de nombreuses études malgré un consensus général pour les benzodiazépines.

Les benzodiazépines et autres sédatifs et hypnotiques

Les benzodiazépines s'imposent comme le premier choix thérapeutique. Outre leur haute marge de sécurité, plusieurs études cliniques prospectives randomisées ont démontré que les benzodiazépines agissent comme traitement symptomatique du sevrage éthylique et diminueraient l'incidence du delirium tremens. C'est ce que confirment récemment Mariani et al.¹⁸, Morris et al.¹⁹ et Hughes²⁰. Mayo-Smith et al.²¹ ont confirmé dans une revue d'études randomisées contrôlées de 1966 à 2001 le choix des benzodiazépines pour traiter le DT. De plus, les études comparant les benzodiazépines aux neuroleptiques montrent une diminution de la mortalité, une diminution de la durée des symptômes ainsi qu'une diminution des complications secondaires à l'emploi des benzodiazépines. Le dosage est spécifique à chaque patient et varie en fonction de l'âge, de la sévérité des symptômes et des co-morbidités médicales; les médicaments devront être donnés à doses suffisantes jusqu'au contrôle de l'agitation et afin de maintenir le patient dans une somnolence légère²¹. Les benzodiazépines agiraient sur la transmission GABAergique en atténuant les manifestations de sevrage.

Le Harrison's Principles of International Medicine²², ouvrage de références recommande la nutrition adéquate et la reconnaissance des symptômes de sevrage de l'alcool, avec l'administration de benzodiazépines de courte demi-vie pour les patients ayant des problèmes hépatiques. Dans les autres cas, les benzodiazépines à longue demi-vie sont préférées (diazépam et chlórdiazépoxide).

L'EFNS (European Federation of Neurological Societies) a publié en 2005 des guidelines pour le sevrage de l'alcool²³ dans lesquels les benzodiazépines (diazépam et lorazépam) sont le traitement de choix.

Les barbituriques dont le phenobarbital, à longue durée d'action et agissant au niveau des récepteurs GABA-A, ont leur place dans le traitement du DT. Leur indication est recommandée lorsqu'avec de fortes doses de benzodiazépines l'agitation reste non contrôlée.

Cependant, aucune étude n'a montré la supériorité des barbituriques par rapport aux benzodiazépines^{21,24}. Le propofol, administré en parentéral et agissant sur les récepteurs GABA-A et les récepteurs au glutamate peut être utilisé comme adjuvant aux benzodiazépines lorsque le DT est résistant aux benzodiazépines²⁵.

Dexmédétomidine

Plusieurs études de cas^{26,27} ont mis en évidence l'usage de dexmédétomidine comme un traitement adjuvant aux benzodiazépines; dérivé imidazole, il possède des effets sédatif, anxiolytique et analgésique produits par activation des récepteurs alpha-2 adrénergiques 2; il n'existe cependant pas d'études randomisées le concernant.

Neuroleptiques

L'halopéridol est utilisé comme adjuvant au traitement par benzodiazépines pour calmer le patient très agité. Aucune étude contrôlée n'a été réalisée sur les neuroleptiques « atypiques ».

Anti-épileptiques

Barrons et al²⁸ ont réalisé une revue de la littérature sur l'emploi de la carbamazépine et l'oxcarbazépine dans le traitement du sevrage éthylique, de 1966 à 2008 et concluent que les benzodiazépines restent le premier choix thérapeutique.

Autres substances

D'autres substances ont été utilisées pour traiter le DT: baclofen, alcool en perfusion, magnésium, mais il n'existe pas assez d'études les concernant.

Protocole de soins

L'utilisation d'un protocole de soins: évaluation des symptômes du DT selon l'échelle de la CIWA-AR et administration des benzodiazépines en fonction, est associée à une diminution significative du temps de contrôle des symptômes, une diminution des doses requises de benzodiazépines et un temps plus court avant l'administration de benzodiazépines en perfusion²⁹.

Conclusion

Le delirium tremens est une complication grave du sevrage éthylique et représente une urgence médicale à reconnaître dès les premiers symptômes; le traitement devrait être réalisé aux soins intensifs et comprend la réhydratation, l'apport de multivitamines et d'électrolytes; le premier choix médicamenteux qui s'impose est celui des benzodiazépines. Si les symptômes d'agitation résistent au traitement, les barbituriques ou le propofol peuvent être administrés.

Recommandations pratiques : une fois le diagnostic de délirium tremens posé, le traitement devrait être réalisé aux soins intensifs. Les benzodiazépines avec réhydratation parentérale et apport multivitaminé sont le traitement de choix. Si l'agitation persiste malgré des doses élevées de benzodiazépines, le propofol ou les barbituriques peuvent être rajoutés.



Bibliographie

- 1 De Carolis DD, Rice KL, Ho L, Willenbring ML, Cassaro S. Symptom-driven lorazepam protocol for treatment of severe alcohol withdrawal delirium in the intensive care unit. *Pharmacotherapy*. 2007; 27 (4): 510-518.
- 2 Stern TA, Gross AF, Stern TW, Nejad SH, Maldonado JR. Current approaches to the recognition and treatment of alcohol withdrawal and delirium tremens: « old wine in new bottles » or « new wine in old bottles » *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12 (3).
- 3 American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV). Washington (DC), American Psychiatric Association, 4 th ed., 1994.
- 4 Deniker P, Lempérière Th, Guyotat J. Alcoolisme in *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris, Masson, 1990, 319-334.
- 5 Shaw JM, Kolesar GS, Sellers EM, Kaplan HL, Sandor P. Development of optimal treatment tactics for alcohol-withdrawal. I. Assessment and effectiveness of supportive care. *J Clin Psychopharmacol*. 1981 Nov; 1 (6): 382-387.
- 6 Sullivan JT, Sykora K, Schneiderman J, Naranjo CA, Sellers EM. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). *Br J Addict*. 1989; 84: 1353-1357.
- 7 Ollat H. La neurotoxicité de l'alcool. *Neuropsychiatrie: Tendances et débats*. 2004; 24: 25-29.
- 8 Palmstierna T. A model for predicting alcohol withdrawal delirium. *Psychiatr Serv*. 2001; 52: 820-823.
- 9 Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, Zhou XH, Dittus RS. Risk factors for delirium tremens development. *J Gen Intern Med*. 1996; 11: 410-414.
- 10 Chan GM, Hoffman RS, Gold JA, Whiteman PJ, Goldfrank LR, Nelson LS. Racial variations in the incidence of severe alcohol withdrawal. *J Med Toxicol*. 2009; 5 (1): 8-14.
- 11 Kraemer KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR. Impact of age on the severity, course, and complications of alcohol withdrawal. *Arch Intern Med*. 1997; 157 (19): 2234-2241.
- 12 Alcohol withdrawal syndrom: how to predict, prevent, diagnose and treat it. *Prescrire int*. 2007; 16 (87): 24-31.
- 13 Monte R, Rabunual R, Casariego E, Bal M, Pertega S. Risk factors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal syndrome in a hospital setting. *Eur J Intern Med*. 2009; 20 (7): 690-694.
- 14 Lee JH, Jang MK, Lee JY, Kim SM, Kim KH, Park JY, et al. Clinical predictors for delirium tremens in alcohol dependence. *J Gastroenterol Hepatol*. 2005; 20: 1833-1837.
- 15 Khan A, Levy P, DeHorn S, Miller W, Compton S. Predictors of mortality in patients with delirium tremens. *Acad Emerg Med*. 2008; 15 (8): 788-790.
- 16 Dittmar G. Alcohol delirium--pathogenesis and therapy. *Med Klin*. 1991; 86 (12): 607-612.
- 17 Van Munster BC, Koorevaar JC, de Rooij SE, Levi M, Zwinderman AH. Genetic polymorphisms related to delirium tremens: a systematic review. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007; 31 (2): 177-184.
- 18 Mariani JJ, Levin FR. Pharmacotherapy for alcohol-related disorders: what clinicians should know. *Harv Rev Psychiatry*. 2004; 12 (6): 351-366.
- 19 Morris PR, Mosby EL, Ferguson BL. Alcohol withdrawal syndrome: current management strategies for the surgery patient. *J Oral Maxillofac Surg*. 1997; 55 (12): 1452-1455.
- 20 Hughes JR. Alcohol withdrawal seizures. *Epilepsy behav*. 2009; 15(2): 92-97.
- 21 Mayo-Smith MF, Beecher LH, Fischer TL, Gorelick DA, Guillaume JL, Hill A. Management of alcohol withdrawal delirium. An evidence-based practice guideline. *Arch Intern Med*. 2004; 164 (13): 1405-1412.
- 22 Isselbacher KJ, Wilson JD, Braunwald E, editors. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. New York NY, Mac Graw Hill Companies, 13th ed., 1994.
- 23 Brathen G, Ben-Menachem E, Brodtkorb E et al. EFNS guideline on the diagnosis and management of alcohol-related seizures: report of an EFNS task-force. *Eur J Neurol* 2005; 12: 575-581.
- 24 Hjerme I, Anderson JE, Fink-Jensen A, Allerup P, Ulrichsen J. Phenobarbital versus diazepam for delirium tremens. A retrospective study. *Dan Med Bull*. 2010; 57 (8): A4169.
- 25 Coomes TR, Smith SW. Successful use of propofol in refractory delirium tremens. *Ann Emerg Med*. 1997; 30: 825-828.
- 26 Darrouj J, Puri N, Prince E, Lomonaco A, Spevetz A, Gerber DR. Dexmedetomidine infusion as adjunctive therapy to benzodiazepines for acute alcohol withdrawal. *Ann Pharmacother*. 2008; 42 (11): 1703-1705.
- 27 Rovasalo A, Tohmo H, Aantaa R, Kettunen E, Palojoiki R. Dexmedetomidine as an adjuvant in the treatment of alcohol withdrawal delirium: a case report. *General Hospital Psychiatry*. 2006; 28: 362-363.
- 28 Barrons R, Roberts N. The rôle of carbamazepine and oxcarbazepine in alcohol withdrawal syndrome. *J Clin Pharm Ther*. 2010; 35 (2): 135-1367.
- 29 Repper-DeLisi J, Stern TA, Mitchell M, et al. Successful implementation of an alcohol-withdrawal pathway in a general hospital. *Psychosomatics*. 2008; 49 (4): 292-299.



Jan Cimicky



Omar Mounir

Le corps morcelé... et le savoir vivre¹

Résumé : si nous savons explorer virtuellement le corps humain à l'aide de résonances magnétiques ou de tomographies, parallèlement nous nous trouvons face à une spécialisation de plus en plus compartimentée. La déshumanisation de la médecine est très défavorablement ressentie par le public. En face de la superspécialisation, il y a le besoin de comprendre le corps comme un ensemble harmonieux. Il faut qu'il existe à côté du spécialiste érudit, un praticien capable de comprendre, de comparer et de corriger l'homme dans son image globale.

Mots clés : corps, morcellement, spécialisation, déshumanisation, médecine, image globale

Summary : « fragmented body and behavioral self guideline ». If we know virtually explore the human body with magnetic resonances or scans, at the same time we are front of a more compartmentalized specialization. The dehumanization of medicine is very adversely felt by the public. From the superspecialisation, there is the need to understand the body as a harmonious whole. Must be that there is next to the specialist scholar, practitioner able to understand, compare and correct the man in his overall image.

Key words : body, fragmentation, specialization, dehumanization, medicine, overall image.

Un individu vraiment en bonne santé, cela n'existerait pas à ce qu'il paraît. Il existe seulement les gens mal auscultés... Il suffit de quelques gouttes de sang ou d'un autre liquide corporel pour qu'une machine sophistiquée crache trois pages serrées de résultats, avec l'indication des limites maximales et minimales, y compris des coefficients de correction, et que ne comprennent peut-être même pas ceux qui ont préparé ce programme.

Nous savons explorer virtuellement le corps humain, à l'aide de résonances magnétiques ou tomographiques ; parallèlement, nous nous trouvons face à une spécialisation de plus en plus grande et de plus en plus compartimentée. Le jour n'est pas loin où même les dentistes vont se spécialiser dans la stomatologie infantine, et où, pour les adultes, il y aurait des spécialistes des incisives, des canines ou des molaires, tandis que le patient potentiel va devoir lui-même deviner chez lequel des spécialistes il devrait prendre rendez-vous par internet.

De plus en plus la médecine contemporaine perdra jusqu'à la simple communication, la simple manifestation de com-

passion, voire un intérêt purement humain. Dominera alors la chasse aux résultats, aux points et aux interventions, qui, seuls intéressent les praticiens et les assurances.

Le patient à la recherche de l'assistance médicale ne consulte pas parce qu'il s'ennuie ou qu'il recherche de l'adrénaline, mais parce qu'il a mal quelque part, a peur et cherche de l'aide. Si, par exemple, il ressent des douleurs aiguës au côté droit, le médecin en conclura à une colique néphrétique et, sans échange de paroles jugées « inutiles » avec ce patient, l'enverra faire plusieurs analyses et examens appelés à prouver que son diagnostic était juste. Le coupable bactériologique est ainsi découvert. Il est traité et éliminé par des antibiotiques. Tout va bien, donc. Le patient est guéri. Guéri, mais pas satisfait pour autant, quelque chose fait défaut. Un petit détail. Il avait besoin de dire à son médecin que sa colique était la plus terrible du monde, mais il n'y avait pas de temps pour cela. La compassion a disparu des relations médecin-patient, remplacée par une pression neurotique permanente. Le temps modernes ont éliminé « la médecine en tant qu'art ». Il n'en reste plus qu'une technique inhumaine et une informatique froide. La communication de jadis est remplacée par le laboratoire. L'homme, lui, cherche toujours un certain contact.

Psychiatries
Prague

1. La conférence EUROCOS 2010, « Santé, médecine et corps morcelé ».

Quand, il y a quarante ans, j'ai passé mon examen en médecine interne à la Faculté de médecine de Prague, l'examinateur a solennellement annoncé son intention de nous dévoiler « le secret de la médecine » ; celui qui se transmet d'une génération à l'autre.

Nous étions curieux. Mais le message a été très simple : « *Si vous voulez vraiment vous approcher du malade, il faut lui consacrer du temps.* »

Souvent le médecin arrive non préparé pour effectuer une visite médicale. Et ce n'est qu'une fois près du lit du patient qu'il cherche et trie les informations, ce qui a une influence négative sur le malade, déjà assez apeuré. Que doit-il penser d'un médecin qui lui demande à chaque fois son nom et de quoi il souffre, et qui se contente ensuite de lui dire qu'il faut continuer le traitement ? Difficile, dans ces conditions, de créer le facteur confiance, pourtant très important. Peu importe au patient que le médecin soit spécialiste réputé du cardia ou du pylore ou peut-être même du fond de l'estomac ! Ces détails, le patient ne les distingue pas, et, au fond, peu lui importe que monsieur le médecin soit un spécialiste en cardiologie invasive ou non invasive ou peut-être même diplômé en interprétations échographiques... Ce qu'il sait, c'est que le plus mal vu est le patient dont la santé ne s'améliore pas. Il peut avoir même des sentiments schizophréniques : d'un côté, il aimerait expliquer comment il se sent ; de l'autre, il craint de fâcher l'autorité médicale. Etant donné qu'il ne veut pas fâcher le médecin, il ne dit rien ou ment en prétendant qu'il se sent mieux, car, de toute façon, le médecin soigne et la nature guérit.

« *Si vous voulez vraiment savoir comment se sent un patient, arrêtez-vous auprès de son lit, prenez sa main comme si vous voulez lui prendre le pouls, retenez-la comme si vous avez oublié de la lâcher, et là, vous allez voir comment il va s'ouvrir à vous !* » C'est ça « le secret de la médecine » ? Nous avons eu du mal à cacher notre déception. Mais nous avons pu tester tout de suite ce secret en pratique. Par extraordinaire, c'est toujours valable. La déshumanisation de la médecine est très défavorablement ressentie par le public. Le médecin a toujours été perçu comme l'archétype du conseiller, un peu comme un confesseur. Il a campé ce rôle pendant toutes les années de l'évolution de la médecine.

Aujourd'hui, les choses ont changé comme si le malade est passé en arrière plan. Ce n'est plus un patient, c'est un client et les soins médicaux sont classés parmi les services. Il devient de plus en plus clair que même le plus parfait des diagnostics, œuvre d'appareils, ne peut remplacer l'approche psychique nécessaire. Il est connu qu'un ordinateur peut jouer et gagner aux échecs contre un joueur moyen, mais il arrive aux champions de le vaincre. S'agit-il de l'inventivité, de l'intuition, de la prévoyance ou du talent ? La bonne médecine a besoin de tout cela !

C'est là que réside le paradoxe de notre temps : d'un côté



la super-spécialisation et de l'autre le besoin de comprendre le corps d'une manière globale comme un ensemble harmonieux. C'est d'ailleurs la philosophie de la médecine orientale qui considère surtout l'homme comme un ensemble d'énergies et tout est orienté pour soigner non pas un élément, mais tout ce qui lui est attaché. Quand, il y a vingt-deux ans, justement avec un doute croissant sur l'orientation de la médecine, j'ai découvert l'acupuncture que j'ai commencé progressivement à pratiquer dans les soins, je suis rapidement arrivé à la conclusion qui m'a confirmé ce que je savais déjà : en plus de l'harmonie, la complémentarité des systèmes corporels et du psychisme sont le fondement du fonctionnement de l'organisme humain. La spécialisation à outrance est plutôt une voie sans issue. Finalement, tout cela doit se rejoindre et former un ensemble fonctionnel échelonné.

Déjà dans les années cinquante, le célèbre psychiatre français, le professeur Sivadon, a attiré l'attention sur des observations qui dans l'histoire de l'humanité agissent presque par magie. C'est, par exemple, le cas des chiffres 7, 30, 90, 360... connus comme semaine, mois, trimestre ou année, une autre fois comme sections, compagnies, régiments... Partant de cette découverte, l'architecte Astorg a créé l'idéal des pavillons au centre hospitalier à La Verrière. Dans une aile de pavillons, il y a sept chambres, trente au total dans chaque pavillon, trois pavillons de 30 forment « un village » et quatre villages tout l'institut ! Il a été prouvé que c'est une découverte bénéfique pour une atmosphère thérapeutique positive.

Cependant, les recherches sur l'environnement ont confirmé aussi le contraire : dans une maison ayant plus de sept étages, les gens ne se connaissent pas et il n'est pas possible de créer un environnement de voisinage. Sivadon a aussi renoncé aux tendances de spécialisation par âge. Il critiquait les services spécifiques à la gériatrie ou aux adolescents et conseillait de procéder selon la pyramide démographique : à peu près 7 % d'adolescents et environ autant des seniors, le reste étant

composé des hommes et des femmes, d'âge moyen. Il soulignait que la spécialisation gériatologique ne stimule pas, de même qu'un regroupement d'adolescents problématiques mène à une agressivité de groupe plus grande et à d'autres manifestations négatives. En revanche, les relations des adolescents et des malades gériatriques fonctionnent très bien. Le conflit d'autorité (parents - enfants) fait défaut, et les rapports de deux générations qui ne se suivent pas est au contraire très productif et complémentaire. Il reproduit les relations des enfants avec leurs grands-parents !

La pratique révèle qu'il est plus naturel de laisser évoluer la société dans une communication mutuelle spontanée (les écoles mixtes d'autrefois) et d'orienter la thérapie dans ce sens. Il est surprenant pour certains de constater que si un homme entre dans un collectif de femmes, qui est de nature conflictuel et plein de jalousies, son arrivée change les moyens d'expression et les relations mutuelles ; ceci est valable dans le cas contraire, si une femme arrive dans un collectif purement masculin.

À partir de là, nous pouvons démontrer qu'il est très important de conserver certains comportements et, dans le même temps, de percevoir l'environnement non seulement avec un regard isolé et étroitement orienté, mais un regard global.

Ceci est valable surtout en médecine. Étant donné le peu de possibilités des examens instrumentaux et de laboratoire, la psychiatrie a gardé un large spectre de compréhension, d'observation et de comparaison. Elle s'est gardée de glisser vers la déshumanisation et la technicisation, laquelle aurait divisé en spécialisations étroites même le psychique, notamment dans le traitement des dépressions, de l'anxiété, de la schizophrénie etc. Pareilles tentatives n'ont d'ailleurs pas manqué.

Dans l'imaginaire du public persistent certaines doutes. Il n'est pas rare qu'on demande si le psychiatre s'occupe du spectre entier du psychisme ou uniquement d'une partie isolée, traitement de l'insomnie, de l'anxiété, de la fatigue... Vue la complexité évidente des problèmes, une orientation trop étroite peut laisser de côté certains liens importants et fondamentaux. Ceci est valable aussi bien en psychiatrie que dans d'autres branches de la médecine. En tant que médecin, j'ai même vécu des moments absurdes, comme lorsque ce patient du service interne jugé par trop excité et impossible à ausculter, a été envoyé en psychiatrie ; évidemment, son ulcère d'estomac a fini par éclater...

Le corps, sectionné en organes ou leurs parties, soumis à une recherche scientifique étroite à intérêt théorique, peut difficilement correspondre à un individu qui souffre, tellement il est vrai que dans un organisme vivant tout est

interdépendant, tout est mutuellement lié.

Sans doute que dans le monde moderne du réseau internet, la génération montante trouverait bizarre que nous puissions vivre dans un monde sans portables et sans internet ; bizarre que nous puissions soigner sans la tomographie, l'échographie ou la résonance magnétique ; bizarre que la médecine elle-même puisse exister avec succès. Pourtant, elle a existé. Et avec succès. Comme tout le reste...

Les voitures étaient sans ceintures de sécurité, sans appuie-têtes et sans air-bags, les lits d'enfants et les jouets enduits de peintures sinon toxiques, du moins douteuses, et pas de serrures de sécurité enfants sur les tiroirs ou les portes de voitures, pas de mode d'emploi sur les médicaments et les produits de nettoyage. Nous roulions sans casque à vélo, buvions l'eau des tuyaux d'arrosage et non pas l'eau minérale dans des bouteilles en plastique. Nous étions couverts de bleus et avions les genoux écorchés. Quelque fois même nous nous battions, sans que personne ne soit culpabilisé pour nos gamineries, sinon nous-mêmes. Nous mangions les tartines au beurre et buvions des limonades sucrées, sans jamais être obèses, car nous jouions toujours dehors. Nous buvions du même verre, de la même bouteille de limonade, et pourtant, nous ne tombions pas malades et nous n'en sommes pas morts. Nous n'avions ni Playstation, ni Nintendo, ni 99 chaînes de télévision, mais nous avions des amis chez qui nous pouvions venir à pied ou à bicyclette, frapper à la porte, entrer, et s'amuser. Nous jouions au football à un seul but, ou lancions le ballon au-dessous d'une corde tendue entre deux arbres. Et si l'un de nous n'a pas gagné, il n'en faisait pas une maladie....

Eh oui ! Comment avons-nous pu survivre !

Nous nous posons deux questions importantes : le sens de la médecine ne se perdrait-il pas dans des spécialisations de plus en plus grandes ? Est-ce qu'il ne serait pas mieux de concevoir le patient dans sa globalité plutôt que d'admettre qu'il court d'un médecin spécialisé à un autre médecin spécialisé ?

Je crois que l'évolution de l'humanité a toujours trouvé les bonnes voies et su quitter les impasses par instinct de conservation. Nous ne pouvons pas penser naïvement que chaque médecin doit être forcément un encyclopédiste. Une chose est sûre, il faut des spécialistes érudits, avec une vue particulière concentrée sur une petite part de la science médicale. Mais il faut qu'existe au côté de ces médecins, un praticien capable de comprendre, de comparer et de corriger l'homme dans son image globale. Je suis donc convaincu que l'homme ne peut être remonté et démonté en pièces détachées ; il faut d'abord le prendre en considération dans sa globalité.

Auteurs d'Afrique subsaharienne et méditerranéenne

Un article d'auteurs ivoiriens ouvre ce dossier. Il traite du positionnement de médecins généralistes dans des centres de santé communautaires, confrontés aux conduites suicidaires. Ce travail statistique réalisé dans une optique de santé mentale, vise à améliorer la prise en charge de cette problématique du suicide, par les médecins généralistes.

Avec le second texte, nous sommes dans l'Ouest algérien par un auteur de Tlemcen qui brosse une rétrospective et un état des lieux de la prise en charge des enfants psychotiques dans cette aire géographique. Il reste beaucoup à faire puisque, dit-il, « aucune structure appropriée ne les prend en charge convenablement jusqu'à présent. » Mais des associations pour enfants autistes se mettent en place et sont en train de se fédérer pour demander des centres spécialisés. Gageons qu'un état algérien qui bénéficie de rentes pétrolières record, saura répondre positivement une fois qu'il aura été sensibilisé à ce besoin.

Nos contraintes techniques nous ont limité à deux textes africains après deux numéros où ils ont été largement majoritaires. Le n° 61 à paraître en octobre leur sera de nouveau largement consacré.



Image d'Afrique : Porto Novo 2008.



Konan Yao Eugène



Tetchi Ekissi Orsot



Kone Drissa

Description des pratiques et attentes des médecins généralistes des centres de santé communautaires d'Abobo (Côte d'Ivoire) face aux conduites suicidaires

Auteurs : Konan Yao Eugène¹ ; Yeo-Tenena Yessonguilana, Jean-Marie², Aké Odile³, Tetchi Ekissi Orsot¹, Saraka Kouadio Walter Olivier⁴, Soro Mariam⁴, Koffi Kouamé⁵, Delafosse Roger Charles Joseph⁶, Koné Drissa⁷

RÉSUMÉ

Introduction : Le suicide et les tentatives de suicide constituent une préoccupation majeure de santé publique. Dans les pays en développement, l'insuffisance de spécialiste en santé mentale amène le médecin généraliste à élargir son champ d'action à la gestion des problèmes psychiatriques. Le rôle du médecin généraliste se situe en amont du passage à l'acte, dans la prise en charge lors de l'acte suicidaire et dans le suivi ultérieur de ces patients.

Matériels et méthode : Cette étude transversale à visée descriptive portant les pratiques et les attentes des médecins généralistes des centres de santé publics de la commune d'Abobo (Abidjan) s'est déroulée de janvier 2007 à mars 2007.

Résultats : Les médecins généralistes enquêtés en majorité de sexe masculin (68,9%) n'ont jamais bénéficié de formation en prise en charge des conduites suicidaires (84,4%). Dans l'exercice de leur profession, 82,2% d'entre eux avaient déjà été confrontée à au moins une tentative de suicide de certains patients. Ceux qui ont été informés du suicide d'au moins un de leurs patients représentaient 13,3%. Parmi les médecins, 75,6% ont affirmé ne pas disposer de compétences nécessaires pour prendre en charge les patients ayant des conduites suicidaires et 91,1% reconnaissaient qu'il n'est pas facile de repérer et d'évaluer le risque suicidaire chez un patient. Seuls 14,4% médecins estimaient qu'il n'était pas nécessaire d'hospitaliser tout patient suicidant. En cas de refus du patient d'être hospitalisé, 80% des médecins

1. Chef de clinique Assistant

Institut National de Santé Publique (INSP), UFR Sciences Médicales Abidjan

2. Professeur Agrégé de psychiatrie

Service d'Hygiène Mentale(INSP), UFR Sciences Médicales Abidjan

3. Maître-Assistant

Institut National de Santé Publique (INSP), UFR Sciences Médicales Abidjan

4. Médecin

Institut National de Santé Publique (INSP),

5. Professeur de Santé Publique

Institut National de Santé Publique (INSP), UFR Sciences Médicales Abidjan

6. Professeur émérite de Psychiatrie, Directeur Coordonnateur du Programme National de Santé Mentale

7. Professeur de Psychiatrie

Hôpital Psychiatrique de Bingerville, UFR Sciences Médicales Abidjan

Auteur correspondant :

Docteur YEO-TENENA Y. Jean-Marie – 09 BP 874 Abidjan 09, Côte d'Ivoire – yeotenena@yahoo.fr

chercheraient à obtenir l'autorisation de l'entourage familial. La majorité des médecins (64,4%) référerait le patient suicidant à des spécialistes de santé mentale. Toutefois 91,1% d'entre eux ont affirmé de l'inexistence de collaboration avec les structures de référence du fait de l'absence de contre référence (84,4%). Tous les médecins enquêtés ont souhaité être formés à la prise en charge des patients ayant des conduites suicidaires et une amélioration de la collaboration avec les spécialistes de santé mentale.

Conclusion : Nul doute que la prise en compte de ces résultats ne pourrait permettre l'élaboration de stratégies en vue d'améliorer la prise en charge des conduites suicidaires par les médecins généralistes

Mots clés : Médecin généraliste, conduites suicidaires, pratiques, attentes, Abidjan

SUMMARY

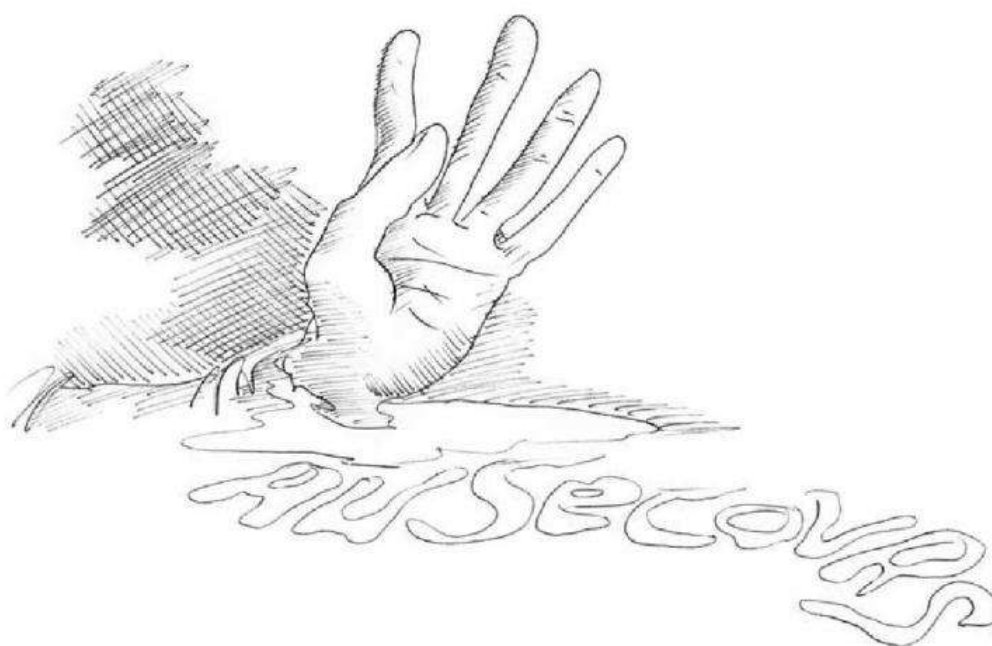
Introduction : Suicide and suicide attempts are a major concern of public health. In developing countries, the shortage of specialist in mental health leads the general practitioner (GP) to expand his sphere of activity to the management of psychiatric problems. The GP's role is above the action taking stage, in the agreement to pay medical expenses during the act of suicide and in the subsequent monitoring of these patients.

Materials and method : This transversal and descriptive study on the practices and expectations of general practitioners from in public health centers of the commune of Abobo (Abidjan) took place from January 2007 to March 2007.

Results : General practitioners surveyed mostly male (68.9%) have never been training in management of suicidal behavior (84.4%). During their career, 82.2% of them had already been confronted with at least one suicide attempt from some patients. Those who were informed of the suicide of at least one of their patients accounted for 13.3%. Among doctors, 75.6% declared that they did not have the necessary skills to manage patients with suicidal behavior and 91.1% acknowledged that it is not easy to identify and assess suicide risk on a patient. Only 14.4% doctors felt it was not necessary to hospitalize any patient suicide. In case of the patient's refusal to be hospitalized, 80% of doctors would seek permission from the family circle. The majority of doctors (64.4%) would refer the patient suicide to mental health specialists. However 91.1% of them declared the lack of any cooperation with the structures of reference because of the lack of reference against (84.4%). All doctors surveyed wished to be trained in the management of patients with suicidal behavior and get an improvement in their collaboration with mental health specialists.

Conclusion : No doubt taking into account these results could help develop strategies to improve the management of suicidal behavior by general practitioners.

Key words: suicidal behavior, general practitioner, practices, expectations, Abidjan



Introduction

Selon l'OMS, le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale [14]. Il constitue un problème majeur de santé. En effet, au moins un million de personnes se suicident chaque année dans le monde, soit un mort toutes les 40 secondes. Il représente la dixième cause de mortalité à travers le monde [12,18]. En France, il est la première cause de décès chez les 30-39 ans [6,11]. En outre, les tentatives de suicide se caractérisent par des taux de récives élevés [5]. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et considéré comme relevant exclusivement du champ psychiatrique [6,11]. Pourtant, le patient suicidaire et/ou suicidant représente également une urgence pour le médecin prodiguant des soins généraux [1] notamment dans les pays en développement confrontés à une insuffisance de spécialistes en santé mentale. Le médecin généraliste sollicité a un rôle multiple à jouer. En effet, son action se situe en amont du passage à l'acte, dans la prise en charge lors de l'acte suicidaire et dans le suivi ultérieur des patients suicidaires et suicidants [5,15].

Comment réagissent les médecins généralistes face aux patients présentant des conduites suicidaires ? Comment perçoivent-ils ces patients ? Quelles difficultés rencontrent-ils ? Quelles relations entretiennent-ils avec les autres professionnels ? Quelles sont leurs attentes ?

Ce travail réalisé auprès des médecins généralistes des centres de santé publics de la commune d'Abobo se propose de répondre à ces questions. Il a pour but de contribuer à la lutte contre le suicide qui apparaît comme un sujet d'actualité et une préoccupation majeure de santé publique. En effet, la description des pratiques des médecins généralistes face aux conduites suicidaires constitue un préalable à des actions de santé publique auprès de ces médecins au profit des patients suicidants ou suicidaires en Côte d'Ivoire.

Matériels et méthode

Cette étude transversale à visée descriptive s'est déroulée de janvier 2007 à mars 2007 dans les 12 centres de santé publics de la commune d'Abobo (une des dix communes de la ville d'Abidjan). Elle a concerné tous les médecins généralistes qui exerçaient dans ces 12 centres de santé. Toutefois, n'étaient pas inclus dans l'étude, les médecins qui refusaient de participer à l'étude, les médecins absents au moment de la collecte des données et les médecins assurant principalement les activités administratives (gestionnaires). Au total, nous avons pu interroger 45 médecins généralistes sur un total de 83. Par conséquent, le taux de participation était de 54,2%. Pour la collecte des données nous avons opté pour la méthode de visite dans les centres de santé avec interview directe. Chaque médecin généraliste retenu dans l'étude a fait l'objet d'un questionnaire s'enquérant des caractéristiques sociodémographiques, des pratiques et attentes face aux conduites suicidaires. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués sur les logiciels SPSS



et Epi Data 3.1. A l'aide de ces logiciels, nous avons réalisé une description simple des différentes variables étudiées. Les données quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart type, la médiane et le mode. Tandis que les variables qualitatives ont été décrites par les proportions.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Les médecins généralistes enquêtés en majorité de sexe masculin (68,9%) avaient un âge moyen de 35 ans avec des extrêmes de 30 ans à 44 ans. L'écart type, le mode et la médiane étaient respectivement 3,64, 35 ans et 35 ans. La majorité des enquêtés (71,1%) avait au plus 5 ans de pratique professionnelle, la moyenne étant 3,4 ans (extrêmes : 1 an et 9 ans). Ceux qui n'ont jamais bénéficié de formation en prise en charge des conduites suicidaires représentaient 84,4%. Ils avaient pour principales sources d'information les collègues (51,1%) et les médias (46,6%).

Pratiques face aux conduites suicidaires

Dans l'exercice de leur profession, 82,2% des médecins avaient déjà été confrontés à au moins une tentative de suicide de certains patients. Plus du tiers de ces tentatives remonte à moins d'un an (37,8%). Ces patients qui ont tenté de se suicider étaient essentiellement des sujets adultes (81,1%), de sexe féminin (73%), référés dans 64,9% des cas par l'entourage familial (Tableau I). Par ailleurs, 6 médecins soit 13,3% ont affirmé avoir été informés du suicide d'au moins un de leurs patients. Concernant les caractéristiques des suicidés, il s'agissait généralement de sujets de sexe masculin (66,7%) et d'adultes (66,7%). Face à ces cas de suicides, 4 des 6 médecins se sont interrogés sur les raisons du suicide. Les autres réactions étaient l'étonnement (1/6) et le sentiment de culpabilité (1/6).

La majorité médecins enquêtés (91,1%) a affirmé que les patients qui ont des conduites suicidaires ont besoin d'aide du médecin. Toutefois, 75,6% des médecins affirmaient ne pas disposer de compétences nécessaires pour assurer une

Tableau I : Répartition des médecins enquêtés selon les éléments de diagnostic d'une crise suicidaire

Eléments de diagnostic d'une crise suicidaire		Fréquence	Pourcentage
Signes de vulnérabilité psychique	Tendance à l'anxiété	19	79,2
	Instabilité comportementale	15	62,5
	Trouble de l'image de soi	13	54,7
	Agressivité	13	54,7
	Signes d'impulsivité	5	20,8
	Total	24	53,3
Contexte suicidaire	Le sentiment de désespoir	18	94,7
	La présence d'idées ou leur fréquence	15	79
	Les conduites de préparation à l'acte	9	47,4
	L'intention communiquée à une tierce personne	3	15,9
	Total	19	42,2
Changement récent de comportement	Une modification de la vie relationnelle	14	77,8
	Des conduites à risque	10	55,5
	Total	18	40

bonne prise en charge de ces patients. Il est important de signaler que parmi nos enquêtés, 3 soit 6,7 % traitaient ces patients de lâches. Seul un médecin déclarait que ces patients n'avaient pas besoin de soutien.

La majorité des médecins (75,6 %) pense qu'il est important d'hospitaliser des patients ayant tenté de se suicider. Ce qui permet de prendre en charge correctement le patient (64,7%), conseiller et soutenir le patient (38,2%), de retirer le patient du contexte conflictuel ou l'isoler (23,5%) ou de prévenir l'acte suicidaire (20,6%). Les 11 médecins (24,4%) qui ne trouvent pas l'hospitalisation nécessaire ont évoqué l'efficacité de la prise en charge psychologique (8/11) et la possibilité de suicide des patients, même à l'hôpital (3/11). En cas de refus du patient d'être hospitalisé, 80% des médecins chercheraient à obtenir l'autorisation de l'entourage et 11% convaincraient le patient de la nécessité de l'hospitalisation. En pratique quotidienne, face à un sujet suicidant, 3 médecins sur 5 soit 60% optaient pour l'hospitalisation. Les autres préféraient libérer le patient après prescription médicale (20%) ou le référer immédiatement (20%). Par ailleurs, 28 médecins enquêtés soit 59,4% affirmaient rencontrer des difficultés chez certains patients ayant des conduites suicidaires. Il s'agissait surtout des adolescents (39,3 %) et des malades psychiatriques (35,7 %). Lorsqu'ils décidaient de référer des patients suicidants, les structures de référence étaient les services de santé mentale ou de psychiatrie (64,4%), les services de réanimation (53,3%) et les urgences médicales (33,3%).

Pour 91,1% des médecins interrogés, il n'est pas facile de repérer et d'évaluer le risque suicidaire chez un patient. Les signes de vulnérabilité psychique (53,33 %) étaient les principaux éléments d'identification ou de diagnostic d'une crise suicidaire (Tableau I). La présence de moyens létaux à disposition (46,7%) constituait le principal élément d'appréciation de la dangerosité et de l'urgence de la crise suicidaire (Tableau II). Les principaux éléments d'évaluation du risque suicidaire chez un patient étaient le contexte

social ou professionnel difficile (68,9%), les antécédents de tentative de suicidaire (64,4%) et les antécédents psychiques (57,8%) (Tableau III).

Dans cette étude, 75,5% de nos enquêtés pensent qu'il est possible de prévenir le suicide principalement par le soutien de l'entourage familial (85,3%) et des amis et collègues (73,5%) du patient.

La majorité des médecins (91,1%) ont affirmé l'inexistence de collaboration avec les structures de référence du fait de l'absence de contre référence (84,4%) et du refoulement des malades (15,6%) par certaines structures de référence. Aucun des médecins n'était satisfait de la collaboration avec ces structures de référence y compris les services spécialisés dans la prise en charge des conduites suicidaires.

Attentes des médecins face aux conduites suicidaires

Tous les médecins enquêtés ont souhaité être formés à la prise en charge des patients ayant des conduites suicidaires, l'amélioration de la collaboration avec les spécialistes et l'implication de la famille pour une meilleure prise des patients ayant des conduites suicidaires. Parmi eux, 51,1% ont également souhaité la promotion des services spécialisés dans la prise en charge des personnes ayant des conduites suicidaires par les autorités compétentes.

Commentaires

En Côte d'Ivoire, la population féminine représente 49% de la population totale. Cette répartition quasi-égalitaire ne se reflète ni dans les différents ordres d'enseignement, ni dans les différents secteurs d'activités [16]. C'est ainsi que dans cette étude nous avons noté une faible représentation de femmes médecins (31,1%). Par conséquent, malgré les efforts consentis par le gouvernement ivoirien et les partenaires au développement pour promouvoir l'égalité de

Tableau II : Répartition des médecins enquêtés selon les éléments d'appréciation de la dangerosité et l'urgence de la crise suicidaire

Eléments d'appréciation de la dangerosité et l'urgence de la crise suicidaire		Fréquence	Pourcentage
La présence de moyens létaux à disposition		21	46,7
Un élément précipitant		18	40
Qualité du soutien de l'entourage proche	Défaillante	14	82,3
	Incompréhension	1	5,9
	Sentiment d'abandon	2	11,8
	Total	17	37,8
Niveau de souffrance	Désarroi ou désespoir	12	80
	Repli sur soi	8	53,3
	Isolement relationnel	9	60
	Sentiment de dévalorisation ou d'impuissance	8	53,33
	Sentiment de culpabilité	3	20
	Total	15	33,3
Eléments d'impulsivité	Tension psychique	4	80
	Instabilité comportementale	4	80
	Antécédents de passage à l'acte	2	40
	Antécédents de fugue	2	40
	Antécédents d'actes violents	2	40
	Agitation motrice	1	20
	Total	5	11,1
Degré d'intentionnalité	Idées envahissantes	5	100
	Attitude par rapport à des propositions de soin	2	40
	Dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte	2	40
	Rumination	1	20
	recherche ou non d'aide	1	20
	Total	5	11,1

Tableau III : Répartition des médecins enquêtés selon les éléments d'évaluation de risque suicidaire chez un patient

Eléments d'évaluation de risque suicidaire chez un patient		Fréquence	Pourcentage
Contexte social ou professionnel difficile		31	68,9
Antécédent de tentative de suicidaire		29	64,4
Antécédent personnel psychiatrique	Dépression	26	100
	Troubles anxieux	24	92,30
	Troubles affectifs de l'humeur	8	30,77
	Toxicomanie	5	19,23
	Alcoolisme	1	3,84
	Total	26	57,8
Présence d'un désespoir		22	48,9
Projet de suicide ou verbalisation d'idée		14	31,1
Isolement affectif		13	28,9
Existence d'une dépendance du sujet		5	11,1
Antécédent familial de suicide		2	4,4
mal entente d'un sourd-muet		2	4,4



sexe dans tous les secteurs d'activité, les femmes continuent d'occuper pour la plupart les emplois peu valorisants. En fait, la précarité de l'emploi féminin est liée en grande partie à la sous qualification, elle-même due au faible niveau d'instruction des femmes [16]. Seuls 15% des médecins enquêtés avaient reçu une formation en prise en charge des conduites suicidaires. Pourtant dans l'exercice de leur profession, la majorité des médecins (82,2%) ont déjà été confrontés à des tentatives de suicide de certains patients. Il s'agit donc d'un problème de santé publique devant justifier une approche spécifique et pluridisciplinaire tant les déterminants en sont multiples [2]. Parmi les médecins enquêtés, 6 ont été informés du suicide de certains patients. Que s'est-il passé ou que se passe-t-il pour que le suicide apparaisse dans le contexte africain comme une forme majeure d'expression ? Par conséquent, comme le soulignait Koné [13] dans sa réflexion sur la symbolique du suicide en Afrique noire, les problèmes psychopathologiques tournant autour de la personne et de la personnalité méritent d'être questionnés dans le contexte actuel de décomposition du tissu social. Selon les médecins, les suicidés étaient essentiellement des sujets de sexe masculin. En effet, dans la plupart des pays, le suicide touche d'avantage les hommes que les femmes. En fait, le nombre de tentatives réussies est plus important chez les hommes que chez les femmes [11,18,19]. Il est important de souligner que le nombre des médecins qui ont été informés du suicide de certains de leurs patients paraît insignifiant. Toutefois, il ne doit pas minimiser l'import-

tance du problème en médecine générale [1,7,8]. Il serait nécessaire de prévoir un système d'enregistrement des décès par suicide. En effet, seul un système de surveillance épidémiologique efficace permettra de mesurer son ampleur. Ce qui permettra l'élaboration de stratégies et d'interventions efficaces de prévention du suicide après avoir caractérisé les populations à risque et analyser les déterminants des conduites suicidaires sur la base des données disponibles. Devant un geste d'auto-agressivité, il est difficile de faire la part de ce qui est une authentique recherche délibérée d'issue fatale et de ce qui représente un appel au secours par la mise en danger de soi [2]. Dans ces conditions, la majorité des médecins interrogés (91,1%) considéraient les patients ayant des conduites suicidaires comme des personnes qui ont besoin de soutien et d'aide. Ils affirmaient, toutefois, ne pas disposer de compétence nécessaire (75,6%). La conséquence, c'est la difficulté massivement signalée par nos enquêtés (91,1%) de repérer et d'évaluer le risque suicidaire. Par manque de formation (84,4%), ils essaient de se constituer leurs propres critères comme l'avait déjà signalé Fanello [5]. C'est ainsi qu'ils fondent leur conviction sur l'existence de signes de vulnérabilité psychiatrique (53,3%) pour évoquer une crise suicidaire et sur l'existence d'un contexte social ou professionnel difficile (68,9%), d'antécédents de tentative de suicidaire (64,4%) et les antécédents psychiatriques (57,8%) pour évaluer le risque suicidaire chez un patient. Comme il n'existe pas de critère diagnostique précis de la crise suicidaire, la démarche

diagnostique s'appuie sur la reconnaissance d'une sémiologie d'alerte concernant à la fois le texte suicidaire et le contexte suicidaire [17]. Il importe de souligner que face à un sujet venant de réaliser une tentative de suicide et/ou faisant part d'un désir de se suicider, le médecin qu'il soit psychiatre ou non doit avant tout écouter ce qui, pour le patient constitue une impasse inextricable et la souffrance qu'il éprouve. Il tentera de repérer les facteurs de risque individuels, familiaux et socioculturels [10]. L'identification de ces facteurs permettra au médecin d'être impliqué dans une démarche de prévention primaire avec l'aide des structures spécialisées de soins [3]. Plus de la moitié des médecins (59,6%) ont affirmé rencontrer des difficultés face à certains patients suicidants. Il s'agissait essentiellement des adolescents (39,3%) et des malades psychiatriques (35,7%). Concernant les adolescents, les idées suicidaires sont relativement banales. Toutefois, elles doivent être prises au sérieux compte tenu de la soudaineté de la tentative et du caractère souvent anecdotique du facteur déclenchant [5]. La majorité des médecins enquêtés (75%) pense qu'il est nécessaire d'hospitaliser tout patient ayant tenté de se suicider. Toutefois, ceux qui hospitalisaient systématiquement les patients suicidants représentaient 60%. Dans l'étude réalisée par Fanello, les médecins généralistes hospitalisaient leurs patients suicidants dans les deux tiers des cas [5]. Ces résultats confirment, s'il en était besoin, que toutes les tentatives de suicide ne débouchent pas systématiquement sur une hospitalisation [10]. Il est important de souligner que si le médecin estime l'hospitalisation nécessaire, il tachera qu'elle soit de courte durée et la moins stigmatisante possible [10]. Cette hospitalisation a l'avantage, sans banaliser ni dramatiser, de permettre à l'entourage familial de s'apaiser et de créer un espace neutre où le patient suicidant pourra plus facilement se laisser aller à la parole. Il est bon de profiter de la situation de crise pour mobiliser la famille. En effet, la crise est un moment idéal pour que chacun accepte de travailler son dysfonctionnement [10]. C'est certainement dans cette optique que tous les médecins souhaitent l'implication de la famille pour une meilleure prise des patients ayant des conduites suicidaires. Dans cette étude, les médecins qui ont affirmé qu'il est possible de prévenir le suicide représentaient 75%. Œuvrer à la prévention du suicide est capital en santé publique. Cela suppose de décrypter des facteurs de risque et des facteurs précipitants. L'autopsie psychologique permet de mieux appréhender les interactions complexes entre les paramètres biologiques, médicaux, familiaux et sociaux susceptibles d'être impliqués

dans le geste suicidaire [9]. Par conséquent, il est du devoir du médecin généraliste d'utiliser tout ce qui est en son pouvoir pour permettre à un être humain de ne pas mettre fin à ses jours. Il peut donc jouer un rôle important dans la lutte contre le suicide. Toutefois, comme le souligne Jadoul [10], il ne lui sera jamais possible d'empêcher tout suicide. Tous les médecins enquêtés souhaitaient être formés à la prise en charge du patient ayant des conduites suicidaires. Il s'agit d'une attente légitime. En effet, comme le soulignait Abom [1] 20 et 40% des personnes qui ont tenté de se suicider avaient consulté un médecin généraliste dans la semaine précédant le para suicide. Il importe donc d'améliorer les connaissances des médecins généralistes à reconnaître et à intervenir face à des signes suicidaires chez le patient. Les médecins généralistes pourraient profiter de programmes de formations portant sur l'épidémiologie, les facteurs de risque, les techniques de diagnostic de la dépression et du comportement suicidaire, les techniques d'entrevue, la procédure de référence et la collaboration post-intervention avec les spécialistes de la santé mentale [1,4]. Concernant les professionnels de santé mentale, ils avaient souhaité une amélioration de leur collaboration pour une meilleure prise en charge des patients. On voit là toute l'importance d'un réseau structuré pour soulager les médecins généralistes insatisfaits de la collaboration avec les structures de référence.

Conclusion

Le suicide constitue un problème majeur de santé publique. Ce comportement autodestructeur a des conséquences dévastatrices du point de vue affectif, social et économique. Les médecins généralistes des centres de santé publics d'Abobo éprouvent le besoin de mieux repérer, dépister et traiter les conduites suicidaires. C'est uniquement avec des médecins généralistes correctement informés et formés qu'un programme de lutte contre les conduites suicidaires pourra prendre forme et avoir une chance de réussite. Par ailleurs, une collaboration avec l'entourage familial mais aussi avec les spécialistes est souhaitée. Concernant les spécialistes (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux), ils doivent être facilement repérables au sein des structures de référence pour assurer efficacement la continuité des soins (référence et contre référence). Ceci préfigure le type de réseau souhaité et souhaitable pour une participation effective et efficace des médecins généralistes à la prise en charge des conduites suicidaires en Côte d'Ivoire.

Bibliographie

1. Abom B. Le médecin de famille et le patient. Santé mentale au Québec. 1994, XIX, 2, 163-174.
2. Caillard V. Conduite suicidaire de l'enfant de l'adolescent et l'adulte. Revue du Praticien, Paris, 2006. Vol(56): 1699-1704.
3. Caroli. Idée ou conduite suicidaires : orientation diagnostique. Rev Prat (Paris) 1993, Vol43 ; 1, pp. 84-86.
4. Diekstra R. F. W., Egmond M., 1989, Suicide and attempted suicide in general practice, 1979-1986, Acta Psychiatr Scand, 79, 268-275.
5. Fanello S., Paul P., Delbos V., Gahir B., Jousset N.; Du Verger P., Garre J.B. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé publique 2002, vol(14)3 pp. 263-273.
6. Gagné, M. et St-Laurent, D. (2009). La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes 1981-2007. Institut national de santé publique du Québec. http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/890_BulSuicide09.pdf
7. Heckman V, Horiuchi C. Photographie de la prise en charge médicale précédant une intoxication médicamenteuse volontaire. A propos d'une enquête portant sur 215 intoxications admises au CHU de Grenoble. Psychol Med 1994; 26 : 1192-1197.
8. Horiuchi M, Mallaret M, Heckman V, Debru JL, Guignier M. Une meilleure prévention du suicide par le médecin est-elle possible? Conc Med 1996; 118 : 67-70
9. INSRM. Suicide : autopsie psychologique et prévention. <http://www.inserm.fr/index.php/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>
10. Jadoul E, Zdanowicz N, Reynaert Ch. La détresse du médecin face aux menaces de suicide de l'adolescent : repères pour l'évaluation du risque suicidaire. Louvain méd 2003. Vol (122), n°9, pp. 405- 412.
11. Jouglu E, Péquignot F, Le Toullec A, Bovet M, Mellah M. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. Inserm-CépiDc, IFR 69 adsp n° 45 décembre 2003, pp 31-34. www.hcsp.fr/explore.cgi/ad453134.pdf
12. Keith Hawton, Kees van Heeringen. Suicide. The Lancet, Volume 373, Issue 9672, Pages 1372 - 1381, 18 April 2009. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60372-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60372-X/fulltext)
13. Koné D. La symbolique du suicide en Afrique Noire. Perspectives Psy, vol. 47. n° 2, Avril-Juin 2008.
14. OMS. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève; 2002.
15. Rapport du Conseil Supérieur d'Hygiène. Dépression, dépressivité et suicide. Date de validation:6/12/2006, Numéro CSH: 8108, 17p, Conseil Supérieur d'Hygiène, rue de l'Autonomie 4 – 1070 Bruxelles – www.health.fgov.be/CSH_HGR
16. République de Côte d'Ivoire. Rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement. Décembre 2003. <http://www.ci.undp.org>
17. Walter M., Genest P. Risque suicidaire de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte : identification et prise en charge, 2ème partie-risque suicidaire de l'adulte. La Revue du praticien, Paris 2005. 56, pp. 425-428.
18. World Health Organization (2008). Suicide rates per 100,000 by country, year and sex (Table). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html
19. World Health Organization. Mental health: suicide prevention. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/





Mohamed Tadlaoui

La prise en charge des enfants psychotiques dans l'Ouest algérien

Résumé

Il y a un an, le département de psychologie de l'Université de Tlemcen et son homologue de l'Université de Montpellier ont organisé à l'auditorium de la faculté de médecine un Colloque sur " la prise en charge de l'autisme en Algérie". Aussi ils m'ont contacté pour parler de mon expérience dans ce domaine. C'est là où j'ai pensé écrire cet article sur l'historique de la prise en charge des enfants psychotiques dans l'Ouest algérien (en superficie, c'est une fois et demis la France). Au fait je voulais montrer que malgré le grand nombre d'institutions de prise en charge des handicapés mentaux et le grand nombre de psychiatres, de psychologues, d'infirmiers, d'éducateurs...l'enfant autiste n'est toujours pas pris en charge ou du moins très mal pris en charge chez nous. Je voulais voir pourquoi nous continuons à parler de psychose infantile là où l'OMS et le DSM IV parlent de troubles envahissant du développement. Dans la foulée, je tenais à rappeler les lacunes de la formation de nos psychiatres et de nos psychologues.

Mots clefs : psychose infantile, autisme, TED, prise en charge, centres spécialisés, formation des psychiatres et des psychologues.

Abstract

One year ago, the Department of Psychology at the University of Tlemcen and his counterpart from the University of Montpellier were organized in the auditorium of the Faculty of medicine a symposium on «the management of autism in Algeria». Also they have contacted me to talk about my experience in this field. I thought of writing this article on the history of support of psychotic children in Western Algeria (in area, it is once and removed the France). I wanted to show than, despite the large number of institutions in support of the mentally disabled and the large number of psychiatrists, psychologists, nurses, of educators...The' autistic child is poorly supported. I wanted to know why we continue to speak of child psychosis when WHO and DSM IV speaks of invading disorders of development. I wanted to remind the gaps in the training of our psychiatrists and our psychologists.

Keywords : child psychosis, autism, TED, support, specialized centers, training of psychiatrists and psychologists.

Cette contribution va retracer brièvement l'historique de la prise en charge des enfants psychotiques dans l'Ouest Algérien.

Dans un premier temps nous verrons succinctement pourquoi nous continuons à parler de psychoses infantiles là où l'OMS et le DSM IV parlent de troubles envahissants du développement ou TED, dans un second temps nous listerons les différentes institutions qui se sont occupé de l'enfant psychotique tel que les hôpitaux et services de psychiatrie,

les CMPP de l'Etat et les centres des Associations. Dans la troisième partie nous verrons brièvement les différentes prises en charge que prodigue chacun de ces intervenants. Quatrièmement nous effleurerons les différentes attitudes des parents, enfin nous parlerons de nos projets.

Psychose infantile ou TED ?

Nous savons que cette dénomination de « psychose infantile » a été abandonnée dans les nouvelles classifications internationales tel que la CIM 10 (classification internationale des troubles mentaux de l'O.M.S.) et le DSM IV

Psychologue Major

Service de psychiatrie – CHU Tlemcen. Algérie.

américain, au profit de la notion de "troubles envahissants du développement" ou TED qui regroupe l'autisme, le syndrome de Rett, le syndrome d'Asperger, les troubles désintégratifs de l'enfance...

On peut dire que les habitudes sont dures à changer, mais il faut savoir aussi que d'un côté il n'y a pas un débat sur ce sujet en Algérie et que d'un autre côté il n'existe pas encore chez nous des prises en charges spécifiques pour les différents TED.

Aussi il reste plus économique de tout mettre dans la psychose infantile...

Par ailleurs, il faut signaler que les parents, comme nous le verrons plus loin, viennent en général chez les psychiatres ou les psychologues pour demander un certificat médical pour leurs différents dossiers administratifs (carte de handicapé, carte gratuite de sécurité sociale, pension handicapé...) et les administrations telle que la DAS ou la Sécurité Sociale ne connaissent jusqu'à présent qu'un seul diagnostic qui donne droit à ces avantages : psychose infantile. Un autre diagnostic tel que TED ou syndrome de Rett ou autre, posera un problème pour les parents qui se verront rebuter par les agents de l'Administration qui reçoivent les dossiers et les vérifient.

Je ne suis pas en train de défendre « psychose infantile » au dépend des TED, mais la réalité est là...d'ailleurs, comme nous le verrons plus loin, même les jeunes psychologues qui nous viennent fraîchement de l'Université ne parlent pas de TED...

Apparemment le problème continue à se poser aussi en France. En effet, la CFTMEA-R (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent) dans sa dernière version révisée de 2000 classe toujours les TED dans « les psychoses précoces » ou « troubles psychotiques de l'enfant ». Par ailleurs selon l'organisation "Autisme France" beaucoup de pédopsychiatres français continuent de poser le diagnostic de « psychose infantile » (Dr Geneviève Macé in wikipedia.org).

Enfin, nous avons remarqué lors de nos stages au CHS de psychiatrie de Montfavet (Avignon) que les psychiatres et les psychologues parlent de PIV ou « psychose infantile vieillissante » lorsqu'ils discutent du cas d'un adulte malade mental psychotique depuis son enfance.

Les Institutions de prise en charge

Les enfants psychotiques ont été jusqu'à présent "pris en charge", en externat et en internat, par les hôpitaux psychiatriques, les Centres médicaux psychopédagogiques (CMPP) de l'Etat et les Centres psychopédagogiques (CPP) des Associations.

Bien sûr nous les retrouvons aussi, pour diverses raisons que nous verrons plus loin, dans les consultations des psychiatres et des psychologues cliniciens.

À l'indépendance en 1962, il y avait trois hôpitaux psychiatriques régionaux en Algérie : Un à l'Ouest, un au Centre et un à l'Est.

Sidi Chahmi

L'hôpital psychiatrique de Sidi Chahmi, près d'Oran, recevait tous les malades mentaux de l'Ouest Algérien ou Oranie (un territoire une fois et demi plus grand que la France et 26 fois plus grand que la Belgique...). Jusqu'en 1973, Sidi Chahmi ne comptait qu'un seul psychiatre, le DR NEGADI. Il faut préciser que ce psychiatre ne consultait ou hospitalisait que les malades mentaux Adultes. En plus des expertises judiciaires et autres tracasseries administratives, il s'occupait aussi de son cabinet privé qu'il ouvrait les après midi pour recevoir une foule de patients qui venait de toute l'Oranie (jusqu'au fin fond du Sahara à plus de 1300 km), avec des rendez vous de six mois.

En 1973 est arrivé à Sidi Chahmi le premier psychiatre "coopérant étranger". C'était un médecin bulgare (URSS) qui comprenait quelques mots en français... l'infirmier présent à la consultation se chargeait, tant bien que mal, de lui traduire ce que disait en arabe dialectal le malade adulte et sa famille. En fait, c'était l'infirmier (non spécialisé en psychiatrie) qui se chargeait de l'interrogatoire du malade.

Pour l'anecdote, je me rappelle une fois (alors que j'étais stagiaire en 3ème année de licence en psychologie) qu'après avoir discuté avec la malade et ses parents, l'infirmier se tourna vers notre psychiatre bulgare et lui dit « épilepsie ! ». Alors le psychiatre décréta « épilepsie ? Gardénal ! »...c'était une femme hystérique...

Concernant l'enfant, c'est vers 1972 qu'est arrivé un « pédopsychiatre », coopérant français (*), qui a ouvert un pavillon pour consultation et hospitalisation des enfants et des adolescents.

Parmi les enfants hospitalisés, on trouvait bien sûr les psychotiques mais aussi les enfants/adolescents qui venait des centres de l'Assistance publique (pouponnière et maison de l'enfance-6 à 18 ans-) où ils dérangeaient parce qu'ils avaient des "troubles du comportement"...

Il y avait deux sortes d'enfants psychotiques hospitalisés : ceux qui déambulaient librement dans le service et ceux qui étaient enfermés dans la "salle des monstres".

En effet ce qui frappait d'emblée les visiteurs, et les stagiaires psychologues que nous étions, c'est la *salle des monstres*. C'est une salle où il n'y avait aucun meuble ni autre objet et où des enfants psychotiques nus étaient abandonnés par terre sur le carrelage. Ces enfants avaient un trait en commun : ils meublaient leurs journées et leurs nuits de balancements et d'auto agressivité. Les uns se tapaient la tête de leurs poings, d'autres se tapaient les coudes et la tête contre le mur...Aux heures de repas les infirmières venaient les gaver de nourriture. Il y régnait une odeur nauséabonde, pestilentielle faite d'un mélange d'urine, de défécations, de sang, de pus et de mauvais grésil (détergent à bon marché). D'une semaine à une autre des enfants mouraient et d'autres venaient les remplacer.

Vers 1973, au départ du médecin coopérant, le pavillon des enfants fut fermé.

Il ne restait pour toute l'Oranie que le « pavillon 35 », au sein du CHU d'ORAN, qui assurait des consultations pour les enfants mais n'hospitalisait que les adultes.

Consultations psychologiques et psychiatriques

Consultations psychologiques

Disons d'abord un mot sur la formation des psychologues. Jusqu'en 1970, les psychologues ont été formés dans les trois universités existantes à ce moment à savoir Oran, Alger, Constantine, avec baccalauréat plus trois années d'études. En 1971, avec la refonte de l'enseignement supérieur, la formation est passée à quatre années avec spécialisation en troisième année : psychologie clinique, psychologie industrielle ou du travail, psychologie pédagogie et orthophonie (cette dernière à Alger seulement).

Après l'indépendance et dans le cadre de la coopération algéro-française, des techniciens et des cadres français venaient faire leur service militaire en Algérie en travaillant dans la santé, l'éducation etc.

Ce sont les psychologues, ancien système de formation, qui ont remplacé les "coopérants français" à leur départ. Avant 1975, il y avait trois psychologues algériens, à Oran, pour tout l'Ouest algérien.

En septembre 1975, je fus le premier *psychologue clinicien algérien* à être recruté par le Ministère de la santé et envoyé travailler au CHU à Oran au service de Médecine sociale pour assurer la consultation de psychologie en PMI (protection de la mère et de l'enfant). Mais très vite, les médecins de la polyclinique où je travaillais ont commencé à m'envoyer des patients hommes et femmes. D'autres cliniciens algériens me rejoignent à partir du mois de décembre 1975.

D'autres Universités ouvrent leurs portes entre 1990 et 2000 ; Mostaganem, Tlemcen et Sidi Belabess commencent à former les psychologues.

Les psychologues cliniciens ont toujours reçu, pour diagnostic, dans leur consultation en service psychiatrique, dispensaire d'hygiène mentale, centre de santé etc., des enfants qui présentaient des troubles allant de la psychose infantile la plus légère à l'autisme le plus profond.

En 1998, nous avons ouvert une **Unité de psychologie clinique** au CHU de Tlemcen avec 3 puis 6 psychologues cliniciens. Cette Unité de psychologie a été installée loin du service de psychiatrie où travaillaient les trois premiers psychologues et où les enfants se retrouvaient dans la même salle d'attente que les 60 à 70 adultes malades mentaux qui venaient consulter chaque jours.

L'Unité de psychologie clinique a été ouverte à cause d'une '*nouvelle maladie*' à savoir le psycho trauma du au terrorisme (les années 90, décennie noire en Algérie) ; mais les psychologues cliniciens continuaient à prendre en charge les autres pathologies de l'enfance et à recevoir les enfants/adolescents psychotiques qui venaient, notamment, pour un diagnostic pour leur dossier administratif.

Consultations psychiatriques

Quant aux médecins psychiatres, ils préféraient orienter les enfants vers le pavillon 35 du CHU ORAN et vers la Clinique Amical Cabral (St Michel) du service de pédiatrie d'Oran où une neuropédiatre et deux psychologues cliniciens les recevaient.

Au CHU de Tlemcen, ce n'est qu'en 1986, avec mon affectation au service de psychiatrie que j'ai commencé à prendre en charge localement les enfants.

C'est sur mon insistance, pour sensibiliser les psychiatres à la prise en charge des enfants, que nous avons pu improviser en 2002 une consultation de "pédopsychiatrie", deux fois par semaine, assurée par un psychiatre et moi-même, avec vœux d'ouverture d'un hôpital de jour pour enfants psychotiques à l'Unité de psychologie.

En 2006 commence au niveau national la formation des psychiatres en « pédopsychiatrie ».

C'est ainsi que 2 maîtres assistants du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen ont pu bénéficier de cette formation à raison de plusieurs stages d'une semaine durant 3 ans. Ils ont ouvert, chacun de leur côté, une consultation spécialisée pour enfants une fois par semaine à l'Unité de psychologie. L'infirmier psychiatrique, chargé de l'accueil et des rendez vous, oriente en priorité les enfants et adolescents qui lui semblent psychotiques vers les psychiatres, préférant laisser les autres troubles de l'enfance aux psychologues cliniciens. Cette formation nationale en pédopsychiatrie (qui est actuellement à sa deuxième promotion) a permis d'ouvrir des services ou du moins des Unités de pédopsychiatrie dans quelques wilayas. Tlemcen attend toujours son tour.

Les CMPP et les CPP

Dans les années 1970, il existait en Algérie deux ou trois centres pour enfants inadaptés, ouverts par l'état et peut être deux centres ouverts par les parents et les religieux chrétiens.

Ce n'est qu'après 1983 qu'il y a eu une multiplication rapide des centres pour enfants inadaptés.

En effet, en 1983, il y a eu la création du Secrétariat d'Etat chargé des affaires sociales (rattaché au Ministère de la santé qui s'occupait jusqu'à présent de tous les handicapés). Sa première mesure a été de rapatrier tous les handicapés qui étaient pris en charges à l'étranger à un prix trop élevé en devises et de construire des centres en Algérie pour les Aveugles, les Sourds Muets, les inadaptés mentaux...

C'est comme cela qu'il y a eu vers 1990 l'ouverture d'au moins un Centre MedicoPsychoPédagogique (CMPP) pour enfants et adolescents inadaptés par wilaya. Ces centres qui fonctionnent en externat et en internat accueillaient aussi bien les déficients mentaux que les enfants psychotiques, les IMC, les échecs scolaires...

Dans la même foulée les Associations de handicapés mentaux (ou déficients mentaux), par le biais de leur fédération la FNPEI, arrivent à avoir un prix de journée pour les enfants pris en charge dans leurs centres. La Sécurité sociale leur rembourse désormais, à la fin de chaque mois, 65 DA



par jour par enfant présent dans les classes ou ateliers... (310 DA /enfant/ jour ouvrable actuellement).

Ce ballon d'oxygène a été à l'origine de la multiplication des Associations¹(1) à travers tout le territoire National (35 actuellement) et à l'ouverture d'un grand nombre de centres CPP. Ces centres qui fonctionnent en externat pour enfants (+5ans), adolescents et adultes déficients mentaux ont toujours laissé glisser par mégarde ou par piston quelques enfants psychotiques dans leurs rangs...

À Tlemcen, entre 1986 et 1988, j'ai reçu beaucoup d'enfants et d'adolescents déficients mentaux ou psychotiques lors de ma consultation en psychiatrie. Après avoir posé le diagnostic et expliqué le handicap aux parents, ces derniers me demandaient de leur prescrire des médicaments ou du moins de les orienter vers un centre spécialisé. Comme les centres des Associations d'Oran et de Mostaganem (à plus de 140 km de Tlemcen) ne recevaient les enfants qu'en externat et que le centre d'Alger (à 600km), qui fonctionnait en internat, était déjà saturé, je me retrouvais impuissant et "coupable" de ne pouvoir faire quelque chose pour l'enfant et ses parents.

C'est ainsi qu'en février 1988 j'ai décidé de créer une Association. Avec l'aide du Parti unique (FLN) j'ai organisé une assemblée générale à laquelle j'ai invité les autorités locales, les psychiatres et les parents et nous avons créé l'Union des Déficients Mentaux de la wilaya de Tlemcen (UDM). Entre 1990 et 2003, l'UDM a ouvert 9 centres CPP à travers le département de Tlemcen, un centre de formation professionnelle adaptée et un centre d'aide par le travail (CAT) pour handicapés adultes, le tout en externat.

1. Contrairement à ce qui s'est passé dans l'algérois et dans d'autres pays (dont la France), ce ne sont pas les parents qui ont créé les Associations pour inadaptés mentaux dans l'Ouest algérien. A partir des années 80, ce sont plutôt les psychologues – cliniciens ou pédagogues- qui ont pris l'initiative de créer des associations pour déficients mentaux à Mostaganem, Oran, Sidi Belabess, Tlemcen...

En 1990, nous avons créé une deuxième Association (Dar el Ihcene) qui a maintenant 2 centres à Tlemcen.

En 1990, l'Etat a ouvert son premier CMPP, avec internat à Remchi à 30 km de Tlemcen. Cette année elle a inauguré son quatrième centre dans le département.

Les prises en charges des enfants psychotiques

Le CHU de Tlemcen

Comme nous l'avons vu, nous attendons toujours l'ouverture officielle d'une Unité ou Service de pédopsychiatrie.

Quant à nos jeunes maîtres assistants, qui assurent la consultation de pédopsychiatrie, ils se contentent jusqu'à présent de poser un diagnostic de psychose infantile (autisme par fois), de donner un traitement neuroleptique, de prodiguer quelques conseils à la mère et dans certains cas, orienter l'enfant et les parents vers le psychologue pour "tests et prise en charge" ou mieux encore pour "psychothérapie". Ne sachant pas vraiment de qui s'occupent les CMPP et les CPP, les psychiatres orientent parfois l'enfant psychotique vers ces centres spécialisés pour déficients mentaux.

Un peu partout en Algérie les médecins se croient obligés de prescrire des médicaments aux enfants qui viennent consulter. C'est vrai que les parents n'attendent que cela, c'est vrai que certains enfants ont besoin de traitements neuroleptiques ou autres mais il ne faut pas culpabiliser et distribuer les médicaments pour se faire bonne conscience. Si le médecin se voit démunir devant la psychose de l'enfant, ce n'est peut être pas sa faute complètement car c'est le ministère de la santé qui n'a pas ouvert de structures spéciales de prise en charge de ces enfants et qui n'a pas formé de psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs,

infirmiers, spécialisés dans ce domaine. Il n'y a pas encore un programme national de prise en charge de ces enfants.

Quand l'enfant est amené par ses parents directement à la consultation de psychologie, il bénéficie d'un peu plus de temps et de séances avec le psychologue. Mais il faut avouer que la prise en charge reste minimum...

Après avoir posé le diagnostic de psychose infantile, expliqué aux parents la maladie de leurs enfants, il ne reste plus au psychologue qu'à leur donner quelques conseils, comment se comporter avec lui et comment travailler avec lui à la maison. Il espace les rendez vous, laisse la porte ouverte aux parents...ou les oriente vers les centres spécialisés.

Pour les enfants violents, insomniaques et qui nécessiteraient un traitement, il les oriente vers les psychiatres.

Cette prise en charge à minima serait due à la formation universitaire des psychologues. Il y a un grand déficit en documentation à la faculté et les quelques livres en arabe qu'on y trouve restent dans les généralités. Les traductions (bonnes) sont rares en psychologie. Les livres sont chers. Par ailleurs, les étudiants ne maîtrisant pas la langue française ou anglaise, sont trop frileux par rapport aux recherches sur internet, quand il est disponible. Les enseignants, qui n'ont aucun contact en général avec le terrain et aucune expérience avec l'enfant algérien, continuent pour la plus part d'enseigner la psychiatrie classique française. D'autres font allusion au DSM IV, livre qui coûte trop cher (équivalence d'un SMIG), quand on le trouve. Donc la formation des psychologues n'insiste pas sur le dépistage des enfants psychotiques, sur les tests et sur les thérapies éventuelles.

Il faut aussi signaler le manque de tests dans les services des hôpitaux et des secteurs sanitaires et l'inexistence des recyclages des psychologues cliniciens de la santé.

Comme si tous ces problèmes ne suffisaient pas, les parents, à leur tour, viennent mettre leur grain de sel pour rendre encore plus complexe la prise en charge des enfants psychotiques. En effet, une bonne partie des enfants sont amenés à la consultation du psychologue par le père, voire les grands parents, les oncles et même par les voisins...Il s'agit surtout des pères des milieux ruraux, steppiques et des nomades. Parfois c'est un proche parent ou un voisin, qui vient pour affaires personnelles à Tlemcen, qui est prié par les parents de faire en crochet par l'hôpital pour présenter l'enfant au psychologue. Dans tous ces cas, la mère doit, par tradition, rester à la maison pendant que les hommes s'occupent de besognes extérieures.

Alors, dans ces cas là, fortiche est le psychologue qui arrivera à tirer des renseignements justes et précis du père. Les renseignements que le père donne sur le développement psychomoteur, affectif ..., sur les troubles etc. sont approximatifs et flous. Le père ne comprend pas pourquoi on lui pose toutes ces questions. « L'enfant est devant vous, auscultez le, passez lui des radios, faites lui des analyses de sang et vous comprendrez sa maladie ». Le père comprend encore moins pourquoi nous lui disons que la présence de la mère est indispensable.

Alors, avec le peu de renseignements que vous rapportent les accompagnateurs, allez différencier entre les différents troubles envahissants du développement et poser un diagnostic précis. C'est pour cela que le psychologue est tout content de classer cela dans un grand fourretout qui est « la psychose infantile ».

Les centres spécialisés de l'Etat et des associations

Les centres pour inadapté, mentaux de l'Etat et les centres pour handicaps mentaux des Associations, malgré leur appellations, sont en fait spécialisés dans la prise en charge des enfants / adolescent déficients mentaux.

En effet, les éducateurs et autres personnels spécialisés de tous ces centres sont formés (par l'Etat ou la FNPEI) pour la rééducation des déficients mentaux. Les programmes de rééducation, eux aussi ne prévoient pas la prise en charge des enfants psychotiques.

Mais les CMPP de l'Etat, qui sont prévus pour les enfants inadaptés, sont obligés d'accepter les enfants psychotiques vu que ceux sont des "enfants inadaptés"...

Quant aux CPP des Associations, une fois l'enfant psychotique admis, par mégarde ou par piston, il devient difficile de l'exclure, sauf s'il dérange beaucoup la classe.

Alors que faire de ces enfants scolarisés ?

D'un centre à un autre, d'une Association à une autre l'équipe psychopédagogique se voit contrainte d'improviser pour les enfants/ adolescents psychotiques des programmes de prise en charge ou du moins des emplois du temps :

1. dans le meilleur des cas, un atelier (classe) ou deux sont réservés pour les enfants psychotiques. Les psychologues avec les éducateurs préparent un programme psychopédagogique qui leur semble le « mieux adapté », avec les moyens matériels dont ils disposent. En générale une éducatrice volontaire ou deux se proposent pour diriger cet atelier.
2. Dans d'autres cas, il est décrété que chaque "classe" ou atelier de déficients mentaux doit prendre en charge un enfant ou un adolescent psychotiques. Pendant la rééducation des autres enfants une activité occupationnelle est proposée à l'enfant psychotique (jeux de lego, dessin, pâte à modeler, musique pour qu'il danse ...)
3. Enfin, dans le pire des cas, l'enfant psychotique est laissé en liberté surveillée ...

Les parents

Du moins informé au plus revendicatif :

1. **les fatalistes** : nous les rencontrons surtout parmi les villageois, les campagnards et les nomades du sud de la wilaya. « Dieu la voulu, el hamdouli LAH » s'il y a un traitement qui peut le guérir, il est le bienvenu, sinon le malade est bien accepté dans la famille et son entourage.
2. **les compréhensifs** : ceux qui reconnaissent le handicap et cherchent avec les spécialistes des solutions allant du traitement, aux centres, aux avantages sociaux...

3. les négationnistes : surtout les pères,

- « *notre famille ou classe sociale ne peut avoir de fous* ».
- Ils rejettent la maladie, la nie, la cache.
- « *s'il est fou, c'est à cause de la mère ou de sa grande famille* ».

4. les rejetants : l'enfant malade devient encombrant et les parents tentent de se débarrasser gentiment de lui : le psy doit leur trouver un internat.

Pire encore les parents rejetants et agressifs : « *L'hôpital ou l'Etat doivent prendre l'enfant malade et s'en occuper à 100 %, à temps plein* ».

À tous ceux-là, au fil des années, nous leur avons demandé de se réunir et de créer une Association pour enfants autistes pour demander les droits de leurs enfants et créer des centres spécialisés pour leurs prises en charge.

Nous leur avons toujours proposé notre aide pour la rédaction des statuts et autres dossiers administratifs, comme nous l'avons toujours fait avec les autres Associations d'handicapés. Mais aucune réponse des parents jusqu'à présent.

Aussi, avec quelques spécialistes de la santé mentale, nous avons créé en 2003 l'Association d'aide aux handicapés mentaux de la wilaya de Tlemcen ou AAHM et nous attendons toujours que les parents y adhèrent en force et qu'ils prennent en main la destinée de leurs enfants. Dans les statuts de l'AAHM, nous avons déjà prévu l'ouverture de centres pour enfants autistes.

Projet

Hôpital du jour

- l'AAHM est toujours à la recherche d'un local pour prendre en charge, de jour, les enfants psychotiques. En Octobre 2008, le Croissant Rouge de Tlemcen nous a promis un local, après sa réfection. Nous attendons ...
- Comme nous attendons toujours l'ouverture d'une Unité ou service de pédopsychiatrie au CHU Tlemcen où nous pourrions aménager un hôpital de jour pour les enfants psychotiques.

Halte garderie pour enfants handicapés mentaux

J'ai toujours pensé aux difficultés qu'éprouvent les mères qui ont un ou plusieurs enfants handicapés mentaux et qui ne peuvent jamais s'absenter de leur maison, pour quelques jours ou quelques semaines pour aller quelque part en Algérie ou à l'étranger, pour se soigner, ou en voyage d'agrément ou on pèlerinage...

Pour ces mères, j'ai pensé ouvrir une "Halte garderie" où elles pourraient laisser leurs handicapés entre de bonnes mains, pour quelques jours à quelques semaines. Halte garderie qui comprendrait une équipe pluridisciplinaire avec médecins, psychologues, infirmiers, éducateurs ...

- Ce projet nous l'avons inscrit en 1990 à l'Association Dar Al Ihsane pour handicapés mentaux ; nous avons commencé à construire les locaux puis le centre a été détourné à d'autres fins ...
- En 2003, nous avons inscrit cette halte garderie dans le CAT (centre d'aide par le travail pour handicapés mentaux) de Sidi Abdeli et un hôtel en préfabriqué, désaffecté par les chinois, lui a été destiné. Cet hôtel devait héberger en semaine les jeunes travailleurs handicapés mentaux du CAT et la halte garderie.

Nous avons bénéficié de trois enveloppes financières de l'Ambassade du Canada à Alger (aménagement, ameublement, cuisine) puis le projet a été abandonné (?) ...

Conclusion

Les enfants psychotiques sont toujours pris en charge par leurs parents au domicile familial avec ou sans traitement chimiothérapeutique. Aucune structure appropriée ne les prend en charge convenablement jusqu'à présent.

Même la classification de ces troubles reste à faire au niveau national. Il faut harmoniser notre vocabulaire entre universitaires, praticiens, Ministères concernés, Associations etc....

Enfin, nous terminerons par une bonne nouvelle : c'est que les "Associations pour enfant Autistes" commencent à éclore à travers le territoire national (après 2000) et elles pensent à se fédérer pour demander les droits de ces enfants et ouvrir des centres spécialisés...



CHU de Tlemcen.

Actualité scientifique *francophone*

Yaoundé les 16-18 février 2012 Le pluralisme religieux en Afrique¹

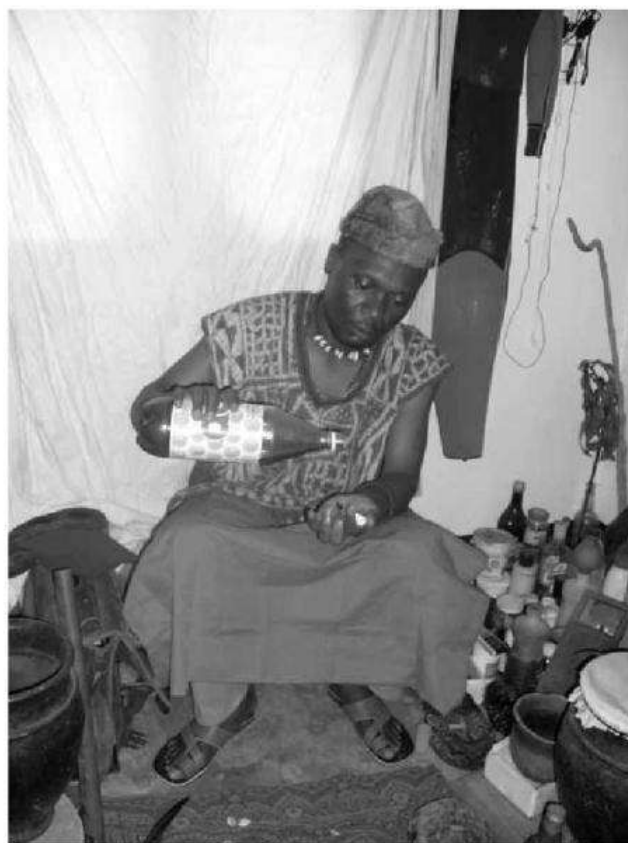
Ce colloque international de la faculté des sciences sociales et de gestion, au sein de l'Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC) de Yaoundé au Cameroun (Campus de Kolbison) est consacré au pluralisme religieux en Afrique. L'exposé introductif des Professeurs Yvan Droz et Edio Soares, anthropologues de l'Institut des Hautes Etudes Internationales et du Développement de Genève, aborde la question du butinage religieux en Afrique en général et au Cameroun en particulier. 1300 dénominations religieuses environ existent au Cameroun avec plus de 20 000 chapelles, temples, églises, royaumes confondus. Cette mobilité s'explique par des facteurs externe et interne. Externe par la mission évangélisatrice et interne par des difficultés existentielles que traversent les populations les plus diverses.¹

L'axe 1 du colloque est consacré aux aspects juridique et politique. La législation permet-elle d'assumer le pluralisme religieux ? Quels sont les enjeux politiques du dialogue interreligieux ? Quelle était l'offre religieuse en situation coloniale ? La problématique de la laïcité est abordée. L'Etat a-t-il la mainmise sur les religions. L'Etat du Cameroun est laïc dans les textes, mais indirectement impliqué dans les sphères du religieux. Les nombreuses visites des Papes en Afrique et au Cameroun avec mobilisation des hommes politiques et religieux. Les discussions issues de cet axe donnent le ton au Colloque.

En après-midi du jeudi, la salle est archi pleine, les étudiants du département d'Anthropologie de l'Université de Yaoundé I suivent les pas de deux de leurs enseignants. Le Dr Ndonko que certains affirment l'avoir déjà écouté et vu lors d'une conférence au Centre culturel Français de Yaoundé en 2010 tient le public en éveil malgré la fatigue de l'après-midi. Le titre de sa communication à lui seul attire la curiosité de nombreux participants, notamment du Professeur John Cinnamon de l'Université de Miami qui mène en ce moment une recherche sur les tradipraticiens du Gabon. Ce titre est « LES YEUX DU CHIEN NOIR : analyse anthropologique d'une initiation aux pratiques divinatoires au Cameroun ». L'auteur dit que les Occidentaux n'étaient jamais venus en Afrique apprendre aux africains à connaître Dieu, mais que la religion était un moyen de s'accaparer des richesses

africaines ; il se réfère ainsi au texte du Roi Belge au Congo en 1884. Pour cet auteur, les Africains connaissent Dieu et il se nomme Nzamba, Nsi, Lumou, Zame, Nyambe, Zome (diversité des dieux et diversité des cultures). L'auteur montre l'itinéraire de son immixtion dans la pratique divinatoire et aux pratiques thérapeutiques. A la fin de son exposé et la présentation du powerpoint, l'auteur reçoit à lui seul 33 questions de 17 participants. Il dit ne pas pouvoir répondre à toutes les questions en dix minutes et le débat continua en fin du panel.

Le Dr Mebenga Tamba exposera sur la genèse historique et sociopolitique d'un mouvement religieux qui était au départ un parti politique avant de s'ériger en religion. Il s'agissait de montrer comment l'implantation des religions modernes (christianisme...) en Afrique n'était pas du tout aisée.



Peguy Ndonko après son initiation à la tradithérapie en contexte Bamiléké du Cameroun.

1. Compte rendu du Dr Ndonko Peguy, anthropologue rattaché au CNRS, membre du comité de rédaction francophone de la revue *Psy Cause* (Cameroun)

L'historien Togolais, le Dr Ilaboti Dipo présente un aspect historique d'un rite d'initiation au Togo. Le rite d'initiation (mal condi) est réservé aux enfants de moins de 20 ans. Il s'agit d'un rite pubertaire qui permet au jeune de passer à l'âge d'adulte.

En après-midi, le débat tourne autour du Marketing religieux. Le Dr Pierre Mounjo montre et analyse les stratégies de conquête et de fidélisation de la clientèle religieuse au Cameroun. Il s'agit pour le clergé de comprendre les désirs des populations et leur proposer des solutions (les ingrédients). Parmi ces stratégies, on peut citer : le télévangélisme, la stratégie d'entreprise, la stratégie d'activité et pour seul produit la foi, et les points de vente sont donc les églises. Il rappelle une citation du pape Jean Paul II lors de son passage au Cameroun qui disait : « Ouvrez les portes de l'Eglise, laissez souffler l'esprit ».

Le Doctorant en sociologie, Moustapha Nsangou analyse la conquête et la fidélisation des adeptes par les nouveaux mouvements religieux au Cameroun, notamment le cas de l'association CHRISTAME à Yaoundé. Le mouvement Campus pour Christ devenu CHRISTAME attire les fidèles par la boisson et la nourriture. La secte CHRISTAME est constituée des étudiants et d'une partie du staff Universitaire. Elle assure l'emploi après la formation, la réussite aux concours dans les grandes écoles de formation et facilite l'accès à des postes de responsabilité aux diplômés de l'enseignement supérieur.

La journée du vendredi 17 était consacrée aux mutations du christianisme et de l'Islam. Le Dr Souley Mane, historien, de l'Ecole Normale Supérieure de Yaoundé, analyse à partir d'un repère chronologique bien précis (1990-2011), le mouvement chi'ite à la conquête de l'Afrique subsaharienne et l'exemple du Cameroun. Cette communication a suscité beaucoup de débat et d'attention tant de la part des intervenants que des participants. Il existe alors deux mouvements islamiques : le chiisme et le sunnisme (Islam orthodoxe, originel, prophète et compagnon). Le chiisme est le mouvement ayant succédé au prophète, une succession historique et théologique. La fête de Ashura commémore l'assassinat de Ali, d'où la violence, l'autoflagellation, la donation du sang qui expliquent les violences vécues dans le monde islamique (Iran, Irak...). Cette fête a lieu le 10 du mois de mai de chaque année.

Le processus d'implantation des chiites sont : l'évangélisation par les œuvres, la présence chiite au Cameroun, l'emploi (demande avec calcul lointain), la construction des lieux de cultes.

Les relations entre les chiites et les sunnites ne sont pas bonnes, les uns et les autres procèdent par : une stratégie de dénigrement, la persécution, l'isolement, le containment.

Les deux mouvements détiennent les armes de destruction massive dans le monde, d'où le débat sur l'Iran, le monde arabe et les conflits vécus ça et là dans le monde islamique. (Nigeria, Iran, Irak, Lybie...)

Le professeur Samuel Efoua Mbozo'o, historien à l'Université de Yaoundé I, montrera comment le christianisme a été un facteur d'acculturation chez les peuples bétis du Sud Cameroun entre 1892-1957. Le christianisme viendra dissoudre les sociétés secrètes et les associations religieuses telles que le SÔ et le NGI (réservé aux hommes) et le Mevungu (pour les femmes). Ces religions africaines avaient une fonction de cohésion sociale. Malheureusement, ces religions ne seront jamais comprises par le colonisateur.



La cathédrale de Yaoundé.

La Dr Celestine Fouellefack, historienne à l'Université de Dschang, analyse les stratégies de survie des croyances religieuses Bamiléké face à l'assaut du catholicisme. Le christianisme est vécu par les Bamiléké du Cameroun dans la clandestinité. Il traine en eux le fond culturel et religieux et c'est ce qui explique encore les pratiques fortes dans cette partie du pays.

Comment comprendre les pratiques religieuses des populations en contexte d'épidémie du choléra ? La Dr Estelle Kouokam, anthropologue à l'Université Catholique d'Afrique Centrale de Yaoundé, analyse les représentations de la maladie au Nord Cameroun et au Tchad en contexte islamique. Le Coran rattache la survenue de la maladie à la désobéissance des peuples à Dieu. Le jeûne est un moyen de purification du corps, ce qui explique les nombreux cas de décès dans ces localités. Enfin, pour les populations, le choléra est une maladie intelligente parce qu'elle « vient et repart ». La maladie est signe d'égalité entre les hommes. Les rites liés au choléra c'est pour chasser la maladie du village et non dans le corps. La thèse de Peguy Ndonko porte sur les usages de l'eau au Cameroun : « contribution à une étude anthropologique des maladies endémiques d'origine hydrique ». Sont alors abordées les questions de choléra, du sale et du propre, de la pollution...

Les cultes synchrétiques sont présents en Afrique. Anastasie Mekounde analyse le cas de la lutte contre la sorcellerie en milieu carcéral chez les prisonnières du Cameroun. Les sorciers se retrouvent en prison. Le chien à la figure humaine vu dans un rêve symbolise la sorcellerie féminine.

Les prisonnières sont alors victimes des agressions érotiques nocturnes (les maris de nuit, les épouses de nuit...). La pratique de la sorcellerie traduit un malaise social.

Les philosophes sont impliqués dans le colloque, ils sont cet oiseau de Minerve qui prend son envol à la tombée de la nuit. La philosophie apporte étonnement, doute sur le sacré, le mystique, la croyance. Pour les philosophes, les raisons de pluralité religieuses sont de plusieurs ordres :

- l'inertie des religions dites universelles,
- ouverture juridique (loi de 90 au Cameroun et la décennie 90 en Afrique),
- les religions classiques critiques l'Etat qui autorise l'entrée des nouvelles religions. On assiste à un super marché de la foi, à un super marché du salut.

Mais chaque religion devrait garder son identité. L'Afrique est actuellement le plus grand marché religieux qui s'agite et qui est actif. L'Etat doit alors assurer la régulation des pratiques religieuses dans l'espace public. On peut aussi parler de la religiosité alternative en Afrique.

Le pluralisme religieux est une expression de la révélation.

On n'a pas demandé l'avis de la raison pour avoir le pluralisme religieux en Afrique. Mais comment ramener le divers vers l'unité. La révélation est la catégorie ultime qui permet d'appréhender le fait religieux. Le but final de la religion, c'est la restitution de l'homme. Les occidentaux, quand ils arrivent en Afrique, réalisent que la base existentielle est déjà là, mais il manque aux Africains la religion.

Le professeur Kouam déplore deux choses dans la religion : la sorcellerie et les sectes pernicieuses qui sont le principal malaise des religions dites révélées, et se pose la question de savoir si on a vraiment évangélisé en quantité et en qualité les peuples africains. Ne s'est-t-on pas trompé de peuples à évangéliser, renchérit-il ? Il énumère les maux qui minent l'église en Afrique : l'autonomie financière, la nécessité d'une réflexion approfondie sur les ministères, les sectes et la sorcellerie. L'église est possédée et il faut la déposséder. La sorcellerie, selon cet auteur, existe ; on peut la discuter mais on ne peut la nier. Il évoque aussi le caméléonage des hommes politiques qui occupent les premiers rangs à l'église. Dieu ne peut se dire qu'au pluriel !!!!

Psy Cause et le Web

La revue *Psy Cause* n'est pas seulement une publication papier. La publication papier est importante car ainsi vos articles sont accessibles dans les rayons d'une bibliothèque, vos numéros sont archivés dans votre bureau et le plaisir de la lecture est supérieur à l'affichage sur un écran. Seule une revue papier donne à vos publications la meilleure crédibilité. Une revue ayant une existence matérielle sera toujours plus reconnue qu'une revue uniquement virtuelle. Nous avons fait le choix de continuer dans cette voie malgré le coût élevé et la crise qui a fait disparaître des grands titres dans le paysage des revues francophones de psychiatrie.

Mais *Psy Cause* s'inscrit aussi dans la révolution informatique des moyens de communication, aussi importante que l'invention de l'imprimerie.

Nous avons **un site « *Psy Cause* »** essentiellement consacré à l'archivage de nos numéros six mois après leur parution en support papier, et ce depuis le N°1. L'adresse en est : <http://psycause.pagesperso-orange.fr>

Nous avons **un blog « *revuepsycouse* »** qui propose presque chaque semaine des nouveaux textes qui concernent notre actualité : organisation de colloques et de séminaires, débats au sein de notre rédaction (par exemple sur l'EBM), questions d'actualité, présentations de notre dynamique (par exemple les six carnets de repérage au Cambodge, l'appel de Pribor, des rétrospectives sur notre revue en Afrique subsaharienne, dans les Amériques, en Afrique méditerranéenne). Ce blog est la propriété du Comité de rédaction francophone de *Psy Cause*. L'adresse en est : <http://revuepsycouse.blogspot.com/>

Nous avons **un compte FaceBook « *PsyCause Revue Francophone* »** qui est un outil d'échanges et de dialogue à travers un réseau de plus de 1500 « amis », qui ne cesse de s'étendre très rapidement. C'est le lieu des mobilisations pour des « causes » qui sauvegardent ou font progresser une conception humaniste de la psy. Ce type de dynamique existait déjà lorsque le Dr Alain Gavaudan déclarait lors de notre congrès de Martigues en septembre 2003 : « *Psy Cause* n'est pas seulement une revue, c'est aussi un mouvement ».

Jean Paul Bossuat, le 20 mars 2012

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)

Marie-José Pahin (Marseille)

Le comité de coordination rédactionnelle est constitué du directeur et des rédacteurs en chef. Avec les membres du secrétariat de rédaction et du comité de rédaction, il constitue le comité de lecture.

■ 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 Feberrey (Pierrefeu du Var)

Psychisme et approche corporelle : Brigitte Manivel (Rochefort du Gard)

■ 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)

Olivier Fossard (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé, Cameroun)

Drissa Koné (Abifjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Myriam Livolant (Luzes)

Jean-Jacques Lottin (L'Isle sur Sorgue)

Claude Miens (Arles)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Valère Nkelzok (Maroua, Cameroun)

Marc Oeynhausien (Avignon)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

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)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

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

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)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Jean-Baptiste Orlor (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)

■ Correspondants étrangers

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

Farid Bouchene (Alger, Algérie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Abomey, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Conseil Scientifique

Thierry Alberne (Avignon)

Charles Alezrah (Thuir)

Dominique Arnaud (Avignon)

Charles Aussilloux (Montpellier)

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)

Boris Cyrułnik (Toulon)

Françoise Deramond (Toulouse)

Martine Fournier (Marseille)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille)

Robert Julien (Marseille)

Dimitri Karavokyros (Laragne)

Jean-Luc Metge (Martigues)

Carole Mitaine (Antibes)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Régis Polverel (Martigues)

Gérard Papeschi (Aix)

Dominique Pringuey (Nice)

Yves Rousselot (Aix)

Nicole Vernazza (Arles)

■ Membres honoraires

Laurence Feller (Uzès)

Thierry Lavergne (Pierrefeu)

Mila Ramon (Béziers)

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*
12 rue du Sancy
30133 Les Angles (France)

Nom et prénom

Adresse professionnelle

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

et Instructions aux auteurs

Toute proposition d'article devra être formulée et envoyée au Dr J.-P. Bossuat, à son adresse email : jpbossuat@numericable.fr. 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** (photo d'identité)
- **Nom de l'auteur** (prénom suivi du nom), 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 désignés 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 pages de l'article.

Instructions techniques

Texte

Le texte doit être fourni en version informatique (fichier .doc ou .rtf) et envoyé par mail.

Photographies et figures

Les photographies ou figures doivent être d'une précision et d'une qualité suffisante pour permettre l'édition. Elles doivent être fournies en version informatique et envoyées par mail, chacune faisant l'objet d'un fichier séparé (format tif, eps ou jpg).

Tableaux

Comme pour le texte, les tableaux seront fournis en version informatique (fichier doc, xls...) et envoyés par mail.

Le Bouddhisme en psychiatrie et dans les psychothérapies



Congrès au Cambodge de PsyCause les 20 et 21 novembre 2012 à Siem Reap/Angkor

Sous la présidence du Professeur Ka Sunbaunat,
doyen de la faculté de médecine de Phnom Penh
et directeur du programme de santé mentale.

Trois grands thèmes :

- « Le bouddhisme dans les thérapies en Orient »,
- « Particularités de la psychiatrie au Cambodge »,
- « Dialogue Orient/Occident ».

Ce congrès est intégré à une découverte du site d'Angkor et suivi d'une croisière sur le Mékong de Siem Reap jusque dans le delta au Viet Nam. L'ensemble du Voyage/congrès/séminaire est du 17 au 30 novembre 2012. Pour tout renseignement, écrire au directeur de la revue Psy Cause (jpbossuat@numericable.fr) et contacter notre partenaire logistique Morgan Tours (ancrages.clutz@gmail.com), Tél 06 15 90 93 15, 71 rue Diderot 75014 Paris.