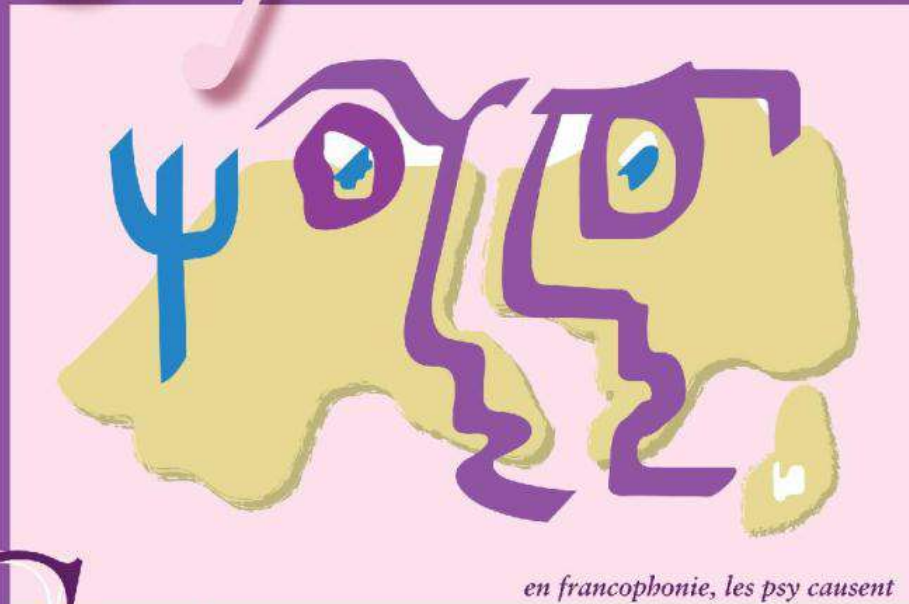


Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Psychiatrie, psychanalyse et philosophie
- Vécu des homosexuels en Côte d'Ivoire
- Spécificités africaines

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Deux auteurs français en argument de « l'Appel de Pribor »	3
Quand Freud montre la lune, certains regardent le doigt Pierre Évrard.....	4
La causalité mentale en philosophie contemporaine et psychanalyse Amélie Trupin.....	9
PsyCause II – Auteurs d'Afrique subsaharienne	16
Description du vécu des homosexuels masculins suivis dans une clinique de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire) Eugène Yao Konan, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Ekissi Orsot Tetchi, Odile Ake, Franck Kokora Ekou, Parfait Stéphane Sable, Kouadio Walter Olivier Saraka, Kouassi Valerie Kouakou, Sylvain Ehouman, Drissa Kone	17
Étude monographique du délai de la demande de soins chez les patients schizophrènes à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire) Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Asséman Médar Koua, Adama KONE, Drissa KONE	25
Aspects épidémiologiques et psycho-sociaux des vomissements incoercibles gravidiques au Burkina Faso K. Karfo, A. Ouédraogo, Ch. Ouédraogo	31
L'eau dans la pratique de l'ordalie : une lecture anthropologique et (socio)linguistique Peguy T. Ndonko, Laurain Assipolo	37
PsyCause III – Auteurs de l'Afrique méditerranéenne	42
Quel est l'impact du stress professionnel et du burnout sur les enseignants tunisiens ? Leila Chennoufi, Faten Ellouze, Wissal Cherif, Mourad Mersni, Asma Ben Houida, Thouraya Ben Abla, Mohamed Fadhel M'rad	43
Les thérapies traditionnelles, quelles réponses à la maladie mentale au Maroc ? Leila Cherqaoui	48
Les congrès internationaux de Psy Cause	53

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



L'appel de Pribor

Le 18 juin 2011, notre rédacteur Jean Yves Feberey, secrétaire de la revue *Psy Cause* à l'Union Européenne, psychiatre près de Nice et président de l'association européenne Piotr Tchaadaev, nous adressait un texte publié le lendemain dans notre blog. Il le concluait par ces mots : « *On me pardonnera la facilité qui consisterait à évoquer à propos de cet écrit, un « Appel de Pribor », mais retenons-en cependant l'idée pour le futur.* » Jean Yves Feberey évoquait notre congrès de mai 2011 dans la ville natale de Sigmund Freud en Moravie tchèque. Pierre Évrard, psychiatre rédacteur en chef de notre revue introduisait nos travaux, comme il le fait dans ce numéro, par sa communication intitulée : « *Quand Freud montre la lune, certains regardent le doigt* ». Son propos était inspiré par la parution en France d'un livre du philosophe Michel Onfray, « *L'affabulation freudienne* » aux Éditions Grasset. Il écrit : « *j'avais auparavant de la sympathie pour l'auteur, en écoutant chaque été, sur France culture ses cours de contre-histoire de la philosophie, volontiers lors de promenades en vélo. Son ton caustique et libertaire, son érudition désacralisante avaient pour moi un caractère assez plaisant. C'est pourquoi son entreprise de disqualification de Freud et de la psychanalyse m'a stupéfié. Ses propos étaient habituellement tenus par les commentateurs les plus rétrogrades, conservateurs et réactionnaires qui soient. Ce pavé dans la marre paraissait au moment même où le monde de la psychiatrie, celui des « psychistes » (Tosquelles) et « désalienistes » (Bonnafé) est en lutte. Des mouvements « contre la nuit sécuritaire », « contre la politique de la peur », contre la multiplication de réformes aux conséquences désastreuses, contre une idéologie qui menace, méprise et rejette les plus fragiles et les désigne volontiers à la vindicte populaire. Or la psychanalyse est au cœur même de ces mouvements de résistance. C'est avec l'héritage Freudien que nombre de psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux luttent tous les jours contre la déshumanisation de la psychiatrie. Voilà bien une dimension sociopolitique complètement méconnue par Onfray.* »

Tout juste une année plus tard, en mai 2012, les Français congédient l'architecte de cette politique déshumanisante au sein de notre discipline, en élisant un nouveau Président de la République. N'ayons pas la mégalomanie de penser que notre appel de Pribor ait pu jouer un rôle important dans cet événement, ni même que la politique menée en psychiatrie fut déterminante pour cette élection, mais tout a son poids sur le plateau de la balance de l'opinion des citoyens. Cependant la démobilisation n'est pas d'actualité : la prise de position d'un Onfray montre que cette question dépasse les clivages politiques. Notre rédactrice anglaise Anne laure Donskoy, engagée dans un organisme international d'usagers, dénonce la l'attentisme du nouveau gouvernement socialiste français à l'égard de la loi sécuritaire du 5 juillet 2011. La vigilance est donc de règle, que ce soit en France ou ailleurs. Saluons par exemple le courage de psychiatres ivoiriens qui publient dans ce numéro un article sur un sujet tabou en Afrique subsaharienne : le vécu des homosexuels. Les psy, en règle générale, ont cette position de vigilance dans les diverses sociétés où ils exercent. Ce sera un point fort de notre séminaire à Reus près de Barcelone, en avril 2013.

En novembre 2012, l'approche philosophique orientale bouddhiste appliquée à la psy, sera au menu de notre congrès au Cambodge. *Psy Cause* n'est pas une revue dogmatique et c'est sans doute là le véritable sens de l'appel de Pribor : l'être humain au cœur du soin, dans son unité et le respect de sa personne.

Avignon le premier juillet 2012
Jean Paul Bossuat

Deux auteurs français en argument de « l'Appel de Pribor »

Pierre Évrard introduisait en mai 2011 notre congrès dans la ville natale de Sigmund Freud, une charmante et paisible petite ville au milieu de la campagne tchèque, non loin de la frontière polonaise, en Moravie du nord. Dénommée alors Freiberg en 1856, elle était un carrefour commercial relié par une gare où Jacob Freud, le père du petit Sigmund, était le patron d'une petite entreprise qui commercialisait du tissu. En 1859, gestionnaire insouciant, Jacob Freud fit faillite et, alors que Sigmund n'avait que trois ans, il partit avec sa famille pour Vienne, la capitale d'un empire cosmopolite, qui était un haut lieu de la culture européenne. Cette faillite du père à Pribor fut le premier aiguillage d'un destin qui allait bouleverser la psychiatrie et la psychologie, avec l'invention de la psychanalyse. Or le retour en force du néo-positivisme en ce début du vingt et unième siècle, conteste l'apport de Sigmund Freud. Le propos de Pierre Évrard, notre rédacteur en chef psychiatre, met en exergue l'incalculable apport de cette découverte qui porte sur l'efficacité de la parole et du transfert.

Amélie Trupin, psychologue clinicienne et grande connaisseuse d'Aristote, aborde la question de la psychanalyse selon une approche philosophique, sous l'angle de la « causalité mentale ». Elle adresse au passage un clin d'œil au nom de notre revue : Psy Cause. La cause cause (parle), comme le disait Lacan. N'oublions pas le célèbre congrès de Bonneval en 1946 dans lequel Jacques Lacan critiquait la théorie organodynamique d'Henry Ey qui était probablement le plus grand psychiatre clinicien français de l'époque. Le titre de l'intervention de Lacan était : « Propos sur la causalité psychique ». Un texte à relire presque trois quarts de siècle plus tard. Le thème du congrès de Bonneval, choisi par Henry Ey qui avait invité Jacques Lacan, portait sur la psychogénèse des névroses et des psychoses. Le débat Ey / Lacan portait sur la place de l'organique à l'origine de la folie. Dans son article, Pierre Évrard met en évidence justement que le corps est modifié par le langage. Il y a bien de l'organodynamisme, peut être à remettre en perspective. Winnicott à propos de la genèse de l'autisme, n'excluait pas que le corps puisse modifier le rapport au langage. Il pourrait être intéressant de « rejouer » le congrès de Bonneval sur cette question de la causalité.



Pribor, place Sigmund Freud ».

Cette question de l'interaction du corps et du langage avait questionné Brigitte Manivel, psychologue clinicienne et psychanalyste, qui anime dans notre revue une dynamique de recherche dans ce champ et qui organisa deux années durant, un séminaire intitulé « Les langages de l'être ». Amélie Trupin y intervint comme conférencière en février 2009. C'est sa communication que nous publions ici, qu'elle conclut ainsi : « *C'est « moi », une personne, qui pense et sent, pas mon cerveau, même si j'ai besoin de lui pour pouvoir penser et sentir.* »

Jean Paul Bossuat



Pierre Évrard*

Quand Freud montre la lune, certains regardent le doigt¹

Résumé : Les arguments virulents des détracteurs de Freud et de la Psychanalyse (cf M. Onfray : « L'affabulation freudienne ») méconnaissent totalement l'essentiel de l'héritage freudien :

1. une pensée autre des rapports du normal et du pathologique,
2. la place du concept de transfert,
3. la « matérialité » du langage dans son emprise sur le corps.

La référence à Freud est même au cœur du mouvement de résistance à la déshumanisation de la psychiatrie.

Mots clés : M. Onfray, psychanalyse et psychiatrie, Freud, normal et pathologique, transfert, parole et langage.

Abstract : The arguments virulent critics of Freud and psychoanalysis (cf. M Onfray): "the Freudian fable") ignore most of the Freudian heritage:

1. thinking about links between normal and pathological mind and behavior
2. instead the concept of transfer
3. "materiality" of language in its influence on the body

The reference to Freud is the hearth of the actual resistance movements against dehumanization of psychiatry.

Keywords : M. Onfray, psychiatry and psychoanalysis, Freud, normal and pathological transfer, speech and language.

En 2010, au moment où nous projetions ces rencontres dans la ville natale de Freud, paraissait en France un livre de Michel ONFRAY « L'affabulation freudienne » Ed. Grasset. J'avais auparavant de la sympathie pour l'auteur, en écoutant chaque été, sur France culture ses cours de contre-histoire de la philosophie, volontiers lors de promenades en vélo. Son ton caustique et libertaire, son érudition désacralisante, avaient pour moi un caractère assez plaisant. C'est pourquoi son entreprise de disqualification de Freud et de la psychanalyse m'a stupéfié. Ses propos étaient habituellement tenus par les commentateurs les plus rétrogrades, conservateurs et réactionnaires qui soient.

Ce pavé dans la marre paraissait au moment même où le monde de la psychiatrie, celui des « psychistes » (Tosquelles)

et « désalienistes » (Bonnafé) est en lutte. Des mouvements « contre la nuit sécuritaire », « contre la politique de la peur », contre la multiplication de réformes aux conséquences désastreuses, contre une idéologie qui menace, méprise et rejette les plus fragiles et les désigne volontiers à la vindicte populaire. Or la psychanalyse est au cœur même de ces mouvements de résistance. C'est avec l'héritage Freudien que nombre de psychiatres, psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux luttent tous les jours contre la déshumanisation de la psychiatrie. Voilà bien une dimension sociopolitique complètement méconnue par Onfray.

Passant son temps à lire des textes, tout Freud en 6 mois, et surtout le « livre noir de la psychanalyse » paru en 2005, dont il reprend à son compte tous les arguments, il semble ignorer complètement la réalité du champ psychiatrique.

Je voulais presque lui trouver des circonstances atténuantes et pensais que cet homme de gauche libertaire ne savait pas

* Psychiatre des Hôpitaux
Avignon

1. Communication au congrès de Pribor, mai 2011.

où il mettait les pieds.

L'enjeu étant politique, son livre a suscité bien sur des réactions virulentes. Les invectives échangées de part et d'autre sont à l'image du combat entre ennemis politiques, parfois à fronts renversés.

Il intente à Freud un procès à charge avec des éléments déjà connus mais qu'il déforme et exploite à sa manière, tel un suppôt de l'« Ordre Moral ». Il n'a à aucun moment entrevu l'importance du CHAMP que Freud nous a ouvert.

« Tant de connaissances au service d'une telle méconnaissance » pourrait résumer ce que je pense de son entreprise.

Voici un bref résumé sous forme d'inventaire du procès qu'Onfray intente à Freud : l'homme était un menteur, cocaïnomane pendant 10 ans, responsable de la mort d'un de ses amis, obsédé par la masturbation et l'inceste, croyant en l'occultisme, trafiquant ses cas cliniques, dormant pendant ses séances, couchant avec sa belle sœur, ambitieux, cupide, psychorigide, homophobe, sympathisant de l'austro fascisme de Dolfuss et de Mussolini, et complaisant avec le nazisme !.....

Quant à la psychanalyse :

- ce n'est pas lui qui l'a inventé, il a pillé d'autres auteurs
- ce n'est qu'une philosophie, celle de Freud lui-même. « Oedipe » est son affaire à lui seul.
- elle est un idéalisme de type platonicien
- elle n'a rien de scientifique
- elle relève de la pensée magique
- elle n'a rien de subversif car politiquement conservatrice
- elle ne s'adresse qu'à des gens riches et bien portants
- elle n'a jamais guéri personne.

La plupart de ces arguments ne sont pas nouveaux et sont aussi vieux que la psychanalyse elle-même.

Ces attaques s'appuient sur les confidences et les hésitations de Freud lui-même dans sa correspondance. L'AUTOANALYSE DE FREUD SERA RETENUE CONTRE LUI !!!

Il ne s'agit pas pour moi de reprendre tous ces points, mais de pointer ce que ce réquisitoire n'aborde pas, ignore ou traite à contre sens, et qui constitue l'essentiel du « freudisme ». J'évoquerai plutôt ce champ entièrement nouveau qu'a ouvert Freud et quelques aspects recouverts depuis lors par le signifiant « psychanalyse ».

Tous ceux qui ont une pratique clinique attentive en psychiatrie, reconnaissent la validité des concepts introduits par Freud : triangulation œdipienne, fantasme inconscient, compulsion de répétition, symptôme comme formation de compromis, bénéfice de la maladie, masochisme, pulsions, réalité psychique, transfert... Toutes ces notions ont un sens concret dans une pratique quotidienne.

Je vais me limiter à 3 sujets fondamentaux :

- Les rapports du normal et du pathologique
- le concept de transfert
- la matérialité du langage.

Ces points sont méconnus ou ignorés par les détracteurs de la psychanalyse dont Onfray emprunte les pas.

Normal et pathologique

Nous faisons nôtre cette assertion de Georges CANGUILHEM : « le pathologique doit être compris comme une espèce du normal, l'anormal n'étant pas ce qui n'est pas normal mais ce qui est un autre normal »

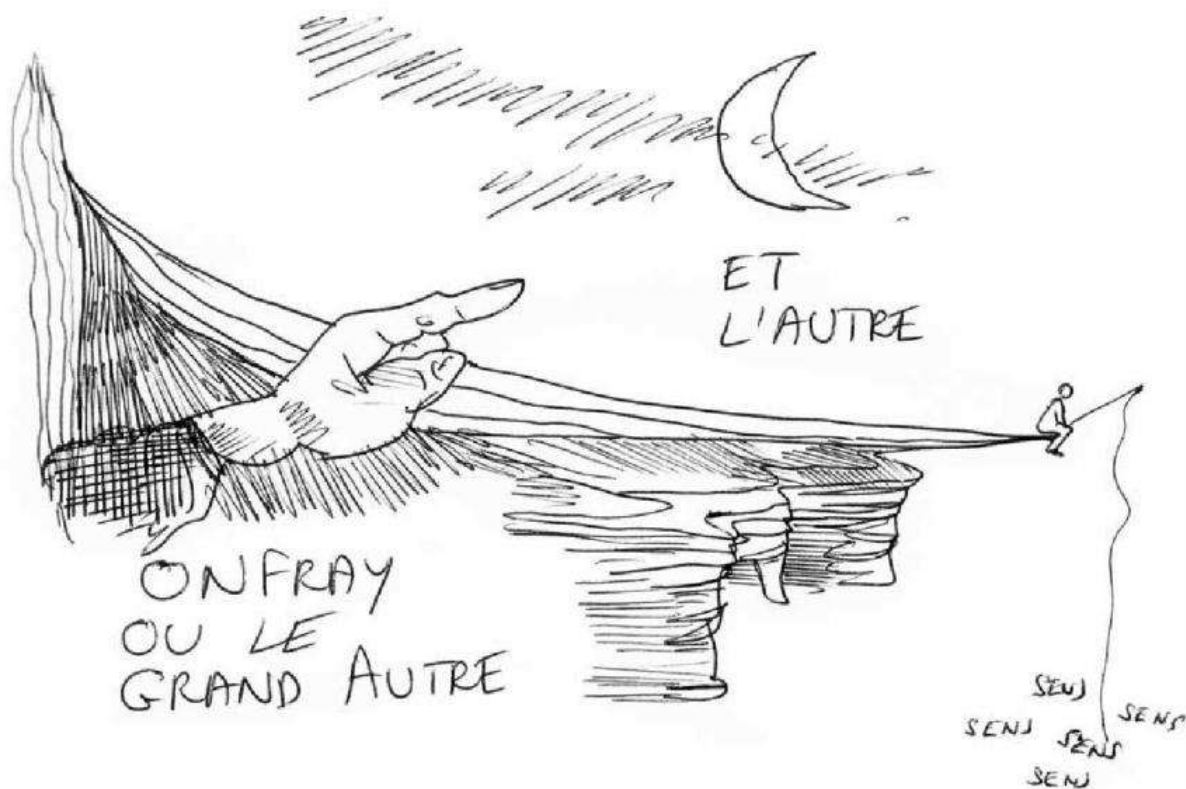
La notion de structure de personnalité a, du reste, remplacé l'opposition normal/anormal. Tout être dit normal se présente en fait comme « normalement névrotique ». Névrotique, sans dénier la « réalité extérieure commune », et un peu psychotique pour vouloir la changer ainsi qu'en témoignent aussi bien l'engagement politique que la création artistique. Être un peu hystérique pour avoir des idées, obsessionnel pour les réaliser, et paranoïaque pour les imposer.

L'effacement d'une différence de nature entre « santé mentale » et « maladies mentales » est pour Onfray le signe du nihilisme de Freud. Il ironise sur l'idée de Freud « qu'il serait scientifiquement impossible d'établir une ligne de démarcation entre états normaux et anormaux », ou sur celle que « nous serions tous plus ou moins névrosés ». Intéressant est le glissement opéré par Onfray sur un plan non plus psychique mais « moral » ; pour lui, il est impensable que l'on puisse comparer le psychisme d'un nazi et celui de sa victime. Bien sûr qu'il existe des salauds, mais tous les criminels disposent d'un « appareil psychique » comme tout le monde. Une psychiatrie fécondée par la psychanalyse est autre chose qu'une simple police des comportements. Il s'agit d'accueillir chaque sujet dans sa singularité et pas comme le représentant d'une catégorie générale (nosographique, sociologique, juridique ou autre...). Les symptômes présentés sont moins des signes cliniques d'une maladie dont la personne serait la victime mais l'expression d'un rapport des forces intrapsychiques ayant un sens précis pour cette personne-ci. Cette distinction entre symptôme et « signe » clinique nous vient de la psychanalyse. Elle est fondamentale et ignorée par ceux qui rejettent Freud au nom d'un positivisme prétendument médical.

Cette conception de la maladie entraîne bien sur des contresens sur l'idée de guérison. Il ne s'agit pas tant d'éradiquer le symptôme pour atteindre une illusoire « santé mentale idéale » mais de vivre avec ses limites, ses failles, son non-savoir, ses contradictions. Cette approche de l'humain reconnaît que la vérité n'est pas toujours dans l'identité a = a, ou que les mythes nourrissent la science, comme la science engendre les mythes.

Même si Freud a arrangé certains de ses cas pour asseoir la doctrine psychanalytique, il n'empêche qu'il nous a ouvert une voie et que des générations de thérapeutes ont bénéficié de l'expérience analytique pour eux-mêmes.

Une telle expérience redessine toujours la frontière entre le normal et le pathologique.



Le concept de TRANSFERT

Le transfert en tant que concept est quasiment absent des écrits des détracteurs de la psychanalyse. Ce n'est pas étonnant. Ils en restent à une conception **binaire** normal/pathologique recoupant celle malade/thérapeute. Ils ignorent cet **entre-deux** qui distingue la psychanalyse.

Dans le livre de Michel ONFRAY, voici les 2 occurrences où le terme de transfert est évoqué.

- Dans les pages 170 et 186, il est fait allusion à l'invention de la psychanalyse par Breuer. Freud repérant ensuite dans le cas Anna O « un transfert de nature sexuelle ». Selon Onfray, c'est en raison du refus de Breuer d'accepter l'étiologie sexuelle des névroses que Freud et lui se seraient brouillés. Dans cette affaire, il néglige le plus important : la question du transfert. Là réside ce qui est fondamental à comprendre : certes l'idée de la « talking cure » est celle de Breuer et d'Anna O elle-même. Mais c'est de cette question du « transfert » que s'origine vraiment la psychanalyse freudienne. Freud commence là où Breuer s'est arrêté (à la grosse nerveuse d'Anna O.)
- Page 465 : « Le transfert suppose que l'analyse se déroule bien, car l'analysé reporte sur l'analyste des sentiments vécus dans sa prime enfance avec ses parents » et il ajoute « comment mieux dire que la cure **infantilise** le patient ? » ! Le transfert, réduit à une « infantilisation », est complètement ignoré, en tant qu'il constitue ce qui dirige le travail psychanalytique.

Certes le transfert permet de « rééditer des conflits anciens » et de « restaurer ce qui a été occulté ». Mais il n'est pas que

cela. Il est créatif et inventif dans le présent. C'est cette « folie » du transfert qui produit du savoir chez l'analysant, à partir du savoir qu'il suppose à l'analyste (le véritable destinataire étant le sujet supposé savoir). Nous ne sommes pas dans une relation dite duelle ou binaire patient/thérapeute.

La psychanalyse repose sur un modèle « **ternaire** ». La parole se conjugue à trois personnes : je, tu, il. L'analyste est celui qui joue à la fois le rôle des 3 personnes sans jamais s'identifier à aucune (ainsi que le développe Serge LECLAIRE). Jouer le rôle de la 3ème personne à laquelle la parole s'adresse, **sans l'incarner**, est la gageure de ce « métier impossible » d'être psychanalyste. Prétendre incarner le destinataire du message serait revenir à une logique binaire. Cette logique envahit de plus en plus tous les domaines de l'humain et les écrits discréditant la psychanalyse, y participent pleinement.

Au cœur des mouvements actuels de résistance à la déshumanisation de la psychiatrie, le « transfert » est devenu un mot d'ordre politique (ainsi que le répète OURY). N'oublions pas que le soin aux psychotiques consiste même à greffer du transfert (G. PANKOW). Or réduire un thérapeute à une sorte d'expert prestataire de service et le patient à un client élimine toute référence tierce au TRANSFERT. L'analyse du transfert constitue le cœur de la cure psychanalytique.

A qui le sujet s'adresse-t-il ? Ainsi Lacan posait-il la question en 1936 : « À la personne de l'analyste comme auditeur présent ? ou plutôt « à quelque autre imaginaire mais plus réel : au fantôme du souvenir, au témoin de la solitude, à la statue du devoir, au messenger du destin ? » In « au delà

du principe de réalité » (Ecrits p.83-84). Au Sujet Supposé Savoir (SSS) comme il le formulera plus tard .

La notion de cet « entre-deux » du transfert a permis à la psychiatrie elle-même de se déprendre d'un savoir de maîtrise sur le patient. De même dans le domaine de la psychologie médicale pour les médecins somaticiens (pensons aux groupes Balint).

La dégénérescence actuelle de ce champ va de pair avec l'abandon de cette référence. Notre époque privilégie plutôt ce j'appelle le « moi prétendant savoir » (M.P.S.) au détriment du maniement du S.S.S. Le temps est celui des « experts néo-positivistes » et autres technocrates évaluateurs.

La question du transfert est inséparable de celle des rapports de la parole et du langage, autre point aveugle des détracteurs de la psychanalyse.

PAROLE et LANGAGE

ONFRAY martèle que FREUD dénie le corps, se réfugie dans l'idéalisme platonicien, la magie, le spiritualisme, les « mythes » et qu'il se situe dans la lignée d'un dualisme radical entre le corps et l'âme.

Sa conception restreinte de la matière, de l'organique, de l'inconscient neuronal, son ironie sur le langage qui parle .. « tautologie des linguistes » le rendent étranger aux lois de la parole et du langage telles que Lacan les a développées. Dans son livre il fait allusion à Lacan en ces termes : Affabulateur au carré ! Histrien influencé par le surréalisme !

Onfray se situe dans la tradition qui entretient une confusion entre l'organisme, sa physiologie et le Corps marqué par le Symbolique et le langage. Le langage n'est pas à situer du côté « d'une âme immatérielle ». (La chose la moins stupide qu'ait pu dire Staline est que le langage n'est pas une superstructure). Le « corps », en tant qu'il est incorporation du symbolique, est donc plus que le seul « organisme ». L'histoire suivante permet d'illustrer « cette matérialité du langage » :

Frederic II empereur d'Allemagne et de Sicile, au XIII^{ème} siècle, parlant plusieurs langues dont l'arabe, excommunié 2 fois par les papes, acquéreur de Jérusalem, connaisseur des choses artistiques et philosophiques de son temps voulut faire une expérience : il cherchait à savoir quelle langue utiliseraient des enfants élevés dans un environnement où personne ne leur aurait parlé ! Il prescrivait aux nourrices de ne jamais leur parler. Lorsqu'ils se mettraient à parler, quelle langue parleraient-ils ? le grec ? l'arabe ? l'hébreu ? celle de leur parents géniteurs ? En fait cette expérience fut vaine car tôt ou tard ces enfants moururent tous !..

Cela prouve que le langage est bien plus qu'un instrument. Il permet le développement de l'être et du corps lui-même.

La parole est un facteur de croissance de l'enfant. Du reste les neurosciences confirment cela. Lorsque le système nerveux est mis en inactivité dans certaines de ses parties, il

connaît un phénomène d'invololution, appelé « attrition ». C'est en fonction de son activité que l'individu développe son réseau neuronique, selon un processus d'auto-organisation. Si certaines potentialités neuronales ne sont pas activées, elles connaissent ce phénomène d'attrition et disparaissent. D'où l'importance du Langage dans ses effets sur le Corps.

(Le Corps = organisme + langage). On cite l'exemple des Japonais dont la langue ne contient pas les phonèmes « ra » et « la » : les adultes ne les distinguent pas et ne peuvent pas même les entendre.

Le son des paroles a une matérialité, une efficacité dans le développement même de l'enfant. L'échec de l'expérience barbare de Frédéric II est tout à fait explicable à la fois par la psychanalyse et par les neurosciences. Le monde des mots n'est pas du domaine de « l'esprit » en tant que distinct du corps, mais constitutif de la matière même de l'homme en tant que « parlêtre »

La psychanalyse est centrée sur la parole laquelle supporte un désir singulier, dans le transfert. Il ne s'agit pas seulement d'entendre ce que le Sujet veut dire, comme on prend connaissance de l'information contenue dans un message. Il s'agit aussi d'entendre ce qu'il veut dire **en disant cela**.

Il convient de distinguer le sujet de l'énonciation et le sujet de l'énoncé, de ne pas confondre le « dire » et le « dit ». Si je parle de moi, je ne suis pas le même que celui dont je parle. Comme le note D. SIBONY, « faire entendre à un patient ce qu'il dit, ça le secoue, ça l'étonne ».

La psychanalyse invite à nous laisser surprendre par notre propre parole, laquelle puise dans une langue qui nous est venue de l'Autre. L'inconscient consiste en ce que l'on dit à notre insu. Les langues elles-mêmes ont une vie inconsciente, une histoire, elles sont remplies d'effets de métaphores et de métonymie, de double sens, d'homophonies, d'équivoques.

L'œuvre de Freud sur le « Mot d'esprit » témoigne, entre autres, du rapport entre langue et inconscient. Ce que Lacan a développé sur l'inconscient structuré comme un langage est dans la droite ligne de ce Freud a initié.

Voici un exemple tiré de l'analyse de l'« homme aux loups ». Ce dernier dit à Freud :

« J'ai rêvé qu'un homme arrachait ses ailes à une « espe » – qu'entendez vous par « espe » ?
– l'insecte ayant des raies jaunes sur le corps et qui peut piquer
– vous voulez dire WESPE (ce qui veut dire guêpe en allemand)
– on dit wespe ? Je croyais vraiment qu'on dit ESPE ; Mais espe, c'est moi S.P (Sergueï Pankejeff).

Il réalise lui-même que ESPE est une WESPE mutilée, que c'était une allusion à la poire rayée de jaune, Grouscha étant à la fois le nom de la « poire » en russe et le prénom de la bonne dont il voulait se venger.

Ces jeux de signifiants nous amènent à considérer que la langue n'est pas réductible à un simple outil de « communication » au service d'une « maîtrise moïque ».

Voilà donc une esquisse du vaste champ que Freud nous a indiqué.

La clinique quotidienne psychiatrique confirme la validité des rapports entre langue, inconscient et symptôme. Combien d'expressions langagières courantes se matérialisent cliniquement et font du symptôme hystérique de conversion une transposition métaphorique : « on me laisse tomber », « je suis mal épaulé », « ça me prend la tête », « ça me reste sur l'estomac ».

Le point sur lequel Freud a bifurqué de Charcot, c'est sur le fait que la paralysie hystérique n'est pas une « lésion fonctionnelle » mais la marque sur le corps d'une représentation symbolique inconsciente, une façon de parler sans parole. D'où la démarche qui consiste à instaurer un dispositif de la parole.

Les modalités de l'accueil des patients, dans ce qu'elles exigent, doivent beaucoup à la psychanalyse. C'est plutôt l'abandon de cette référence qui inquiète ceux qui combattent les nouvelles formes d'aliénation contemporaines.

Les détracteurs de la psychanalyse ont beau fouiller dans les écrits de Freud, sa correspondance, ses biographies pour tenter de démolir la statue, ils passent de toute façon à côté de l'essentiel.

Onfray, converti à l'anti freudisme par le « livre noir » paru en 2005, a été à son tour pris dans cet étrange aveuglement qui consiste à focaliser sur les défauts d'un homme et les imperfections de son doigt, sans même se rendre compte que ce doigt est là pour nous indiquer la lune.

« Il n'appartient qu'aux grands Hommes d'avoir des grands défauts » nous disait LA ROCHEFOUCAULD. Ce propos d'un moraliste se situe à l'opposé de ce qui anime secrètement l'œuvre de M. ONFRAY (se relisant, peut-être se surprendrait-il) : son adhésion implicite à longueur de pages à un certain « Ordre Moral » qui n'a jamais accepté le message Freudien.





Amélie Trupin

La causalité mentale en philosophie contemporaine et psychanalyse

Résumé : le problème de la causalité mentale a été formulé dès l'Antiquité par la philosophie. Cet article ne vise pas à proposer une solution innovante à ce problème, mais à le définir, puis, à présenter différents points de vue en philosophie contemporaine de l'esprit et de l'action (selon une classification de Donald Davidson) et d'y mettre à l'examen la psychanalyse en ce qui concerne le déterminisme de l'action.

Mots clés : causalité mentale, psychanalyse, déterminisme de l'action

Summary : The problem of mind causation was formulated by philosophy since the Antiquity. This article does not aim to provide an innovative solution to this problem, but to define it, then, to present various points of view in contemporary philosophy of mind and action (according to a classification of Donald Davidson), and to consider psychoanalysis as regards the determinism of the action.

Key words : mind causation, psychoanalysis, determinism of action

J'ai été invitée à une journée d'étude de l'association Psy Cause en février 2009, sur le thème suivant : « Les langages de l'être, quand l'esprit parle au corps ». J'avais choisi d'y présenter le problème de la causalité mentale tel qu'il est étudié en philosophie contemporaine et en psychanalyse, en usant de la polysémie du verbe « causer » (« parler » ou « induire causalement »). J.P. Bossuat m'avait à cette occasion rappelé cette remarque de Jacques Lacan : « Ca parle, cause toujours ».

Ces dernières décennies, le paysage de la psychologie semble s'être scindé entre deux camps : les sciences cognitives et la psychanalyse (cf. le débat illustré dans les médias par les parutions en 2005 du *Livre noir de la psychanalyse* puis de l'*Anti livre noir de la psychanalyse*). Ainsi, si l'on extrême ces points de vue, là où les matérialistes réfléchissent à la nature physique du mental, les psychanalystes s'interrogent sur la nature mentale du corps. On passe d'une « neurologie sans âme » à une « psychologie sans corps »¹. Cependant, la

rupture n'est peut-être pas à cet endroit et il est sans doute très réducteur de n'y voir qu'une querelle entre ceux qui nieraient le mental et ceux qui l'érigeraient en maître tout puissant.

Définition du problème

Traditionnellement, il s'agit de la difficulté à définir la relation et interaction entre le mental et le physique.

On peut en fait définir plusieurs problèmes de la causalité mentale :

- Comment des états mentaux (attitudes) causent des états physiques (actions) ?
- Comment des états mentaux (désirs, croyances, sentiments) causent d'autres états mentaux (d'autres actes de pensée à contenu représentationnel qui sont en eux-mêmes des actions telles que juger, décider) ?

Ces deux premières questions traitent de l'efficacité causale du mental sur le physique et sur le mental.

- Comment des états physiques (neuronaux) causent des états mentaux (pensées, sentiments) ?

Il s'agit du problème de la cause physique de l'existence du mental, voire de son identité avec le physique.

*Psychologue clinicienne en EHPAD à Morières-les-Avignon, Doctorante dans le laboratoire « cognition, langage, éducation » de l'Université de Provence, Collaboratrice du projet de traduction intégrale commentée de l'œuvre d'Aristote de l'Université de Lisbonne.

1. O. Sacks, *L'homme qui prenait sa femme pour un chapeau*, Seuil, coll. Points Essais, 1992, p.126.

En tout cas, il y a conflit entre deux hypothèses :

- l'esprit² fait une différence causale dans le monde,
- le monde en tant que série des phénomènes, événements et entités physiques, est causalement fermé.

Dans un premier temps, si l'on parle d'esprit et de corps, avant d'évaluer la pertinence d'un rapport causal entre les deux (c'est-à-dire d'une efficacité causale de la pensée sur l'action), il faut reconnaître que ce dualisme ne va pas de soi.

Parler de causalité mentale dans le sens d'efficacité causale spécifique du mental (distincte de celle des états neuronaux sous-jacents) revient à affirmer la réalité distincte du mental. Et, inversement, réduire le mental au physique et à son efficience revient à nier la possibilité d'efficacité causale propre au mental (épiphénoménisme) et donc de réalité ontologique du mental³.

Le sens commun nous dit que corps et esprit sont différents et que les intentions et désirs sont la base de nos comportements. Rosenthal⁴ explique que « les arguments suivant lesquels les propriétés mentales ne sont pas des propriétés physiques se fondent habituellement sur la présupposition tacite et circulaire qui postule que tout ce qui est mental est forcément non physique ». Cependant, peut-on imaginer des corps sans esprit (zombies) ? Ces entités seraient-elles des personnes ? Et, inversement, des esprits sans corps (fantômes) ? Pourrait-il y avoir du mental s'il n'y avait pas de physique ? Même si ces éventualités pouvaient être éliminées, reste le problème qui est de définir leur action réciproque, la manière dont l'esprit agit sur le corps et le corps sur l'esprit.

On ne pose plus aujourd'hui le problème, comme le faisait Descartes, entre des substances mentales qui pensent et des substances matérielles étendues (la question était alors ainsi formulée : comment peut-on rendre raison de l'action de l'immatériel sur le matériel ?) mais entre des propriétés mentales et des propriétés physiques. La question devient alors de définir comment elles sont reliées et déterminer si les propriétés mentales sont réductibles aux propriétés physiques. Il est difficile d'imaginer que les propriétés mentales et physiques ne sont pas liées puisqu'on observe une concomitance des occurrences mentales et cérébrales⁵. On remarque que les altérations du système cérébral (par lésions, médicaments...) sont corrélées à des altérations de la conscience (réflexive : identité personnelle ; cognitive : structure, états et processus responsables de nos compor-

tements ; phénoménale : sentiment de soi)⁶. Une fois la corrélation observée et répétée systématiquement, il nous faut définir de quel type de corrélation il s'agit (identité, causalité, épiphénoménisme, monisme neutre...).

Est-ce que les processus cérébraux **déterminent** les phénomènes mentaux ? Cette co-occurrence est-elle nécessaire ? Est-ce qu'il pourrait en être autrement dans un autre monde possible ? Selon Kripke⁷ un état mental n'est pas nécessairement identique à un état neuronal puisqu'il y a des cas possibles où une personne a un état cérébral sans l'état mental attendu et vice-versa. Dans ce cas, est-ce contingent, par exemple peut-on imaginer une espèce extra-terrestre qui n'aurait pas de cerveau mais un organe ayant la même fonction de produire du mental ? Peut-on imaginer que les événements mentaux que connaissent les humains pourraient être instanciés par d'autres êtres qui auraient des événements physiques différents des humains⁸ ? C'est conce-

6. Un désordre organique peut inclure un corrélat physiologique ou neurologique et influencer sur la compréhension de notre histoire personnelle et identité. C'est, par exemple, frappant chez les individus atteints du syndrome de Korsakoff. Et, suite à une lésion cérébrale, on peut observer la dégradation d'un état mental « normal » en état mental « pathologique ». Cette dépendance du fonctionnement du mental au physique laisse supposer un rapport de nécessité entre neurologique et mental. Et ce serait le cerveau lui-même qui causerait l'état mental.

7. S. Kripke, *Naming and Necessity*. Cambridge: Harvard University Press, 1980.

8. D. Lewis, dans son article, « Douleur de fou et douleur de martien » (in *Philosophie de l'esprit* (Tome I): Psychologie du sens commun et sciences de l'esprit, ed. Denis Fisette and Pierre Poirier, Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2003), propose deux exemples possibles : les cas de douleur du fou et de douleur du martien, pour illustrer d'autres manières d'entrevoir ce rapport.

Le fou (qui quand il souffre ne manifeste pas les comportements habituels et attendus des êtres humains, qui visent à atténuer ou arrêter la douleur, mais un comportement atypique) nous apprend que le vécu phénoménologique est impossible sans sa cause neurologique, par contre la cause neurologique pourrait exister sans le vécu phénoménologique attendu comme son effet (il n'est pas nécessaire à l'événement neurophysiologique) sans être nécessairement différente (ce n'est peut-être pas tout à fait la douleur au même sens que les autres êtres humains mais c'est la douleur pour le fou). De même que les mêmes états mentaux peuvent être réalisés différemment chez différents organismes d'une même espèce et chez le même organisme à différents moments (multiréalisabilité). Les prédicats psychologiques seraient donc relatifs. Ainsi, dans le cas du fou, la douleur n'est reliée que de manière contingente à son rôle causal (fibre C stimulée et pourtant il n'y a ni ressenti ni expression de douleur standard chez le fou). Cet exemple montre d'une part que les lois de la nature semblent contingentes et d'autre part qu'il est impossible d'expliquer ce que signifie pour quelqu'un de posséder un état mental en termes de ses dispositions comportementales supposées.

Quant au martien (qui n'a pas de cerveau mais un système de cavités qui, quand elles se gonflent d'eau, ressent de la douleur), son exemple montre que la douleur occupe une place dans un réseau causal reliant stimuli, états intérieurs et comportements. Et chaque type d'état mental n'est pas nécessairement identique à un type d'état physique (pour l'humain douleur = stimulation fibre C, pour le Martien douleur n'est pas = à stimulation fibre C). La cause neurologique n'est pas nécessaire à l'existence du vécu phénoménologique, et l'émergence de la conscience chez une créature sans cerveau est possible. En effet, dans le cas du martien, la douleur n'est reliée que de manière contingente à sa réalisation physique (pas de fibre C et expression et ressenti de douleur). S'il y a identité elle est intra-espèce et non inter-espèces. A ce sujet Armstrong précise qu'il faut différencier nécessité logique

2. En parlant d'esprit on fera référence à tout ce qui est mental, pas seulement à la cognition et représentation subjective.

3. Si l'on admet le critère causal de l'existence au sens de Wilfrid Sellars, n'a de l'être que ce qui est doté de pouvoir causal.

4. Rosenthal, *Deux concepts de conscience*, « Deux Concepts de Conscience », in *Philosophie de l'esprit* (Tome II): Problèmes et Perspectives, ed. Denis Fisette and Pierre Poirier, Paris: Librairie Philosophique J. Vrin, 2003, p.166.

5. Ces observations permettent d'établir des généralisations probabilistes et des affirmations singulières, mais ne suffisent pas à définir des relations nomiques.



vable, cependant la concevabilité n'implique pas la possibilité réelle des faits, tout ce qui est possible logiquement n'est pas pour autant réellement ou physiquement possible, aussi il est difficile d'en tirer des conclusions ontologiques dans le monde actuel. Qu'on puisse imaginer trouver un alien sans cerveau qui ressent la douleur ne signifie pas qu'il soit réellement possible qu'un tel alien existe.

Et aussi, s'agit-il d'une dépendance de l'un à l'autre ? Et si oui, peut-on en déduire qu'il y a identité entre événement mental et événement physique ? Donald Davidson cite Taylor à ce sujet : « Tant qu'on n'admet pas qu'un événement mental donné est invariablement accompagné d'un processus cérébral, nous n'avons aucune raison de suggérer ne serait-ce qu'une identité générale entre les deux ». Tout au moins, on conclut de l'observation des corrélations que l'activité cérébrale rend possible la pensée. Au plus, que la pensée est un épiphénomène de l'activité cérébrale.

Si nous sommes constitués par nos corps sans être identiques avec eux, qu'est-ce qui fonde cette différence ? Est-ce la conscience phénoménale (vécu subjectif) ?

Selon Mc Ginn¹⁰ « nous savons que les cerveaux sont de facto la base causale de la conscience, mais nous n'avons aucune idée de comment l'eau du cerveau physique est transformée en le vin de la conscience ».

et causalité nécessitante (in D.M. Armstrong and Norman Malcolm, *Consciousness and causality* : a debate on the nature of mind, New York, B. Blackwell, 1984, p.173).

9. Donald Davidson, « Événements mentaux », in *Philosophie de l'esprit* (Tome II).

10. Mc Ginn, 1989, in G. Güzeldere, "Approaching consciousness", 1995, in *The nature of consciousness*, coll., MIT press, 1997.

Les différents modèles

Sur cette question de la causalité mentale, Davidson¹¹ propose de classer les différentes positions théoriques selon les deux critères suivants :

- Il existe des lois psycho-physiques,
- Il y a identité des événements physiques et des événements mentaux (ce qui apparaît comme deux phénomènes distincts ne revient qu'à un seul, les expressions « événements physiques » et « événements mentaux » dénotent le même phénomène, bien qu'ils n'aient pas la même signification).¹²

L'affirmation de ces positions se fait en référence aux critères présumés en question, à savoir par leur négation ou acceptation.

11. D. Davidson, « Événements mentaux ».

12. On distingue : psychophysique interne au sens de Fechner, c'est-à-dire de l'étude des rapports de l'esprit avec le corps, des phénomènes psychologiques avec des phénomènes physiologiques ; qu'il oppose à la psychophysique externe (étude des rapports de l'esprit avec le monde physique, c'est-à-dire des phénomènes psychologiques avec les phénomènes physiques externes).

Théorie de l'identité psychophysique : deux types membres de typologies différentes (psychologique et neurologique) sont identiques s'ils dénotent le même type d'objet ou événement (extensionnellement identiques), et qu'ils n'ont pas le même sens (intentionnellement différents). La version plus faible de la théorie de l'identité : deux types sont identiques s'ils dénotent le même particulier à chaque utilisation. Cette théorie accorde une autonomie à la psychologie. En effet, deux événements particuliers distincts décrits pas le même type physique sont associés à deux événements particuliers de types psychologiques distincts.

Le compromis entre ces deux versions de l'identité psychophysique est la survéance (théorie qui permet la multiréalisabilité mais empêche l'autonomie de la psychologie par rapport à la neurologie).

On obtient ainsi :

Le monisme nomologique (matérialiste) (1 et 2)

- Le propre du *fonctionnalisme* en tant que théorie matérialiste sur le mental c'est d'identifier les états mentaux à leurs rôles causaux ou fonctionnels. Pour le fonctionnalisme, tous les états qui existent sont des états physiques sous différentes configurations, dont certaines sont mentales. Ainsi, un état mental correspond à un état cérébral, mais l'état mental a aussi un rôle dans la vie de l'individu (ressentir une douleur par exemple). L'état fonctionnel (mental) consiste dans le fait d'être dans d'autres états (physiques), avec qui il entretient des rapports causaux. Le fonctionnalisme caractérise les états mentaux en référence au comportement, sans les identifier. Ainsi, avoir une croyance c'est jouer un type de rôle social (approprié selon le contexte).
- Le matérialisme éliminativiste consiste à nier l'existence même de l'esprit (l'esprit n'a aucune réalité ontologique) et conclut que les tentatives de réduire notre discours sur l'esprit aux notions comportementales, neurologiques ou fonctionnelles, sont vouées à l'échec car il n'y a pas d'esprit. Patricia Churchland¹³ veut en ce sens éliminer le vocabulaire de la « psychologie populaire » (« il est à tout le moins possible que ses principes soient faux et son ontologie illusoire »¹⁴) ; en effet, selon elle, il n'y a pas plus de désirs, croyances et intentions, qu'il n'y a des sorcières et élixirs de vie. Et ce qui constitue la psychologie de sens commun n'est ainsi qu'un « savoir traditionnel » constitué de connaissances acquises au sujet des relations nomologiques (qui décrivent des lois) liant les circonstances externes, les états internes et le comportement manifeste.
- Il y a *réductionnisme* quand il y a réduction des phénomènes psychologiques aux phénomènes physiques. Les sciences neurocognitives réduisent plus précisément au neurologique : un état mental équivaut à un état physique du cerveau. En ce sens la vie mentale, la conscience, l'affectivité...ne sont que des productions du système nerveux dont le fonctionnement peut être décrit selon les termes d'une causalité purement mécanique.

Les critiques de ces modèles sont la possibilité de la multi-réalisabilité, c'est-à-dire de l'incarnation possible du même type d'état mental dans divers tokens (instanciations particulières et concrètes) cérébraux et l'intuition que la cognition ça n'est pas la totalité de la conscience.

Selon Levine « On doute souvent de la valeur des théories physicalistes de l'esprit parce qu'elles semblent ne pouvoir s'empêcher d'« omettre » l'aspect qualitatif ou conscient de la vie psychique »¹⁵, omission qui s'explique par une impossibilité épistémologique actuelle (et peut-être définitive) des

théoriciens à expliquer ces aspects en terme de propriétés physiques. Cependant, rien ne prouve que le qualitatif et le physique ne soient pas deux aspects d'un même fait, auquel cas les physicalistes n'omettraient rien du tout (mais rien ne prouve l'inverse non plus). Ainsi, l'aspect qualitatif de l'expérience (identification subjective d'un état) serait distinct de l'état neurophysiologique (identification objective), mais ils seraient quand même des propriétés différentes d'un même fait.

Le dualisme nomologique (1 mais pas 2)

Le dualisme nomologique est toujours un épiphénomisme : les états mentaux existent mais sont inobservables et inutiles dans l'explication de l'action humaine. L'état mental ne détermine pas l'action.

Le dualisme anomal (ni 1 ni 2)

Pour le dualisme anomal (cartésianisme), corps et esprit sont deux types de substances ontologiquement différents et indépendants. L'esprit n'a pas besoin du corps pour être ce qu'il est, le cerveau n'est qu'un organe pour l'activité mentale. Ces deux substances sont hétérogènes et cependant il y a une efficience causale de l'un sur l'autre. En fait, l'esprit est une part essentielle des mécanismes causaux internes à l'individu sous-tendant le comportement.

Le monisme anomal (2 mais pas 1)

Le monisme anomal (survenance) est un physicalisme non réductionniste. Les phénomènes mentaux ne peuvent pas recevoir une explication purement physique. Davidson fait cette comparaison : l'esprit n'interagit pas plus avec le corps que l'économie n'interagit avec les usines. Cependant, bien que différent du corps, l'esprit n'est pas indépendant du corps.

Davidson présente une théorie de la causalité de l'action intentionnelle¹⁶ et formule ainsi le problème auquel il tente de répondre : « Les événements mentaux (...) ne se laissent pas intégrer dans le réseau nomologique de la théorie physique. Comment concilier ce fait avec le rôle causal des événements mentaux dans le monde physique? »¹⁷. Il définit une relation de *causalité*¹⁸ qui lie sur le plan ontologique des événements mentaux et physiques (il admet la possibilité que tous les événements ne soient pas mentaux tout en insistant sur le fait que tous les événements sont physiques), qu'il différencie de la relation d'*explicitation causale* qui lie sur le plan épistémologique des descriptions d'événements en termes psychologiques et des descriptions d'événements

13. P. Churchland, « Le matérialisme éliminativiste et les attitudes propositionnelles », in *Philosophie de l'esprit* (Tome I), Vrin, 2002.

14. P. Churchland, idem, p. 125.

15. J. Levine, « Omettre l'effet que cela fait », in *Philosophie de l'esprit* (Tome II).

16. « Je pars de l'idée que la dépendance causale tout comme l'anomie des événements mentaux sont des faits incontestables », D. Davidson, « les événements mentaux », in *Philosophie de l'esprit* (Tome I), p. 237.

17. D. Davidson, idem, p. 237.

18. « Bien que l'interaction et l'action soient les exemples les plus évidents de l'interaction causale entre le physique et le mental, je pense qu'on peut avoir de bonnes raisons de soutenir que tous les événements mentaux ont en dernière instance, peut-être par l'intermédiaire de relations causales avec d'autres événements mentaux, des liens causaux avec des événements physiques », D. Davidson, idem, p.239.



en termes physiques. L'explication causale, en ce sens, est nomologique, alors que la causalité ne l'est pas, parce qu' « il n'y a pas de lois déterministes strictes à partir desquelles on puisse prédire et expliquer la nature exacte des événements mentaux »¹⁹. Donc, selon le monisme anomal tel que le définit Davidson, il n'y a pas de lois psycho-physiques et, bien que les caractéristiques mentales soient dépendantes des caractéristiques physiques ou *survenantes* par rapport à elles, cette dépendance n'implique pas la réductibilité par des lois ou déterminismes. Pas de réductibilité tout court. « Les concepts psychologiques, selon moi, ne peuvent pas être réduits, même nomologiquement, à d'autres. Mais ils sont essentiels à notre compréhension du reste. »²⁰. En effet, sans mental on ne peut pas parler d'action car il n'y a pas d'agent (conscient ou non, cohérent ou non). Les mouvements corporels ne sont des actions que s'il y a une description sous laquelle l'agent les ramène à une intentionnalité. Si les événements physiques pertinents sont les causes réelles de l'action, alors la description psychologique est vaine, elle n'est qu'une redescription. Et cette solution ne paraît pas satisfaisante par ce qu'elle implique, car il nous est difficile de renoncer à l'agentivité, à la liberté individuelle.

C'est pourquoi, au lieu de parler d'une relation de causalité entre le mental et le physique, Davidson parle plutôt d'une

relation de *survenance*. La survenance est une relation de dépendance entre les choses qui peuplent le monde (objets, propriétés, faits, événements, etc.). Tous les événements mentaux sont des événements physiques (monisme matérialiste) et les caractères mentaux sont déterminés par des caractères physiques. Une modification au plan physique implique nécessairement une modification au plan mental. La causalité est une relation structurante de la même espèce. Mais, contrairement à la causalité, la survenance ne présuppose ni une quelconque priorité logique ou temporelle, ni une réduction ontologique d'un niveau d'existence à un niveau qui le précéderait. En cela, la survenance est très proche de l'émergence (bien que distincte). Il y a survenance lorsqu'un changement à un niveau d'existence implique un changement à un autre niveau. La philosophie analytique a développé le concept de survenance qu'elle applique souvent pour rendre compte d'états irréductibles à leur base matérielle. « Nos décisions, nos intentions, et tous les autres événements ayant lieu dans notre esprit ne sont pas eux-mêmes causalement responsables des mouvements corporels constitutifs de nos actions. Ces mouvements n'ont que des causes physiques (ou plutôt neurophysiologiques). L'apparence de causes mentales de ces mouvements corporels vient du fait que nous utilisons des concepts psychologiques pour rendre compte de leur origine. »²¹. La survenance présentée

19. D. Davidson, *idem*, p.240.

20. « Philosophie de la psychologie, commentaires et réponses », *Actions et événements*, Paris, PUF, 1993, p.323.

21. M. Kistler, préface à J. Kim, *L'esprit dans un monde physique, Essai sur le problème corps-esprit et la causalité mentale*, collection

par Davidson s'efforce de répondre à une double exigence : la dépendance du mental sur le physique et la non réduction des propriétés survenantes à leur base subvenante.

Cependant, l'intuition de survenance basée sur le principe qu'il ne pourrait y avoir aucune différence mentale sans une différence physique ne suffit pas à écarter la possibilité que les propriétés mentales soient *ontologiquement distinctes* des propriétés physiques.

La psychanalyse

Les neurosciences ne sont pas le domaine exclusif des sciences cognitives et Freud lui-même, de formation médecin neurologue, ne niait pas la possible « matérialité du mental ».

Freud dit dans *l'Esquisse d'une psychologie scientifique* en 1895²² que « La structure théorique de la psychanalyse que nous avons créée n'est en fait qu'une superstructure dont il faudra, un jour, asseoir les fondations sur des bases organiques. Mais nous sommes encore dans l'ignorance de tout ceci ». Et il ajoute : « Nous devons nous rappeler que toutes nos idées en psychologie sont provisoires et seront probablement, un jour, basées sur un substrat organique ». C'est pourquoi il éclaircit de la façon suivante son objectif : « ...l'intention de fournir une psychologie scientifique [naturwissenschaftliche], c'est-à-dire de présenter des processus psychiques comme états quantitativement déterminés de parties matérielles pouvant être montrées et de les en rendre intuitifs et de leur ôter toute contradiction ».

Quelques mois plus tôt, la même année, dans les *Etudes sur l'hystérie* écrites avec Breuer, il dit que « les processus psychiques doivent être traités dans le langage de la psychologie (...) si nous voulions dire au lieu de « représentation », « stimulation de l'écorce », la deuxième expression ne pourrait avoir un sens pour nous que par le fait que nous reconnaissons sous son déguisement l'expression que nous connaissons et que nous restituons la représentation, tacitement. Car tandis que les représentations sont continuellement des objets de notre expérience et nous sont familières dans toutes leurs nuances, la « stimulation de l'écorce » est pour nous plus un postulat, un objet de connaissance future, espérée. Cette substitution de termes semble une « mascarade inutile » ».

Je ne crois pas qu'il entende par là que tous les événements psychologiques n'existent qu'en tant qu'ils sont décrits comme tels et devraient au fonds recevoir une explication physique, comme le conçoit Ryle (in *The concept of mind*, 1949), qui dénonce la référence à une doublure des actions pour les expliquer et selon qui l'usage des entités mentales est faux car il consiste à appliquer le modèle de l'explication causale de la physique au mental. Il propose donc de traduire le langage mental en langage comportemental. Ce

projet a reçu de nombreuses critiques et Popper a en particulier précisé que même si on utilise les mots des deux de la même façon ils n'appartiennent pas à la même catégorie.

Qu'entend-on en alors psychanalyse par causalité ?

En fait il faut répondre à cette question à deux niveaux :

- au sens étroit, il n'y a pas de relation de causalité entre événements physiologiques et processus mentaux. La différence majeure entre Ryle et Freud est que Freud pré-suppose une relation de dépendance et une cooccurrence (mais pas une identité) entre phénomènes mentaux et physiques, une relation de parallélisme psycho-physique, en même temps qu'une efficience causale des phénomènes mentaux sur l'action, une pertinence des explications qui y font appel et une préférence à décrire les événements en termes mentaux pour une meilleure compréhension, tandis que Ryle nie l'existence du mental et vise donc une explication qui abolisse les termes mentaux. Utilisant un langage qu'on n'est pas en mesure d'expliquer ici, on pourrait dire qu'il y a pour Ryle des raisons externes et pour Freud des causes internes.
- au sens large (de l'action), le désir est cause de l'action intentionnelle (et en l'absence de satisfaction de celui-ci il cause des symptômes). Freud déduit d'abord la causalité mentale à partir de l'expérience de l'hypnose qui témoignerait de la puissance de l'âme sur le corps. Puis, alors qu'il élabore une étiologie sexuelle des névroses, il vise une explication scientifique : une causalité qui produit des névroses. Selon lui, une idée qui se présente à l'esprit ne peut être arbitraire et, s'il y a des actions irrationnelles, elles doivent donc avoir un antécédent déterminé inconsciemment²³. Dans les *Cinq leçons sur la psychanalyse* (1904), il précise ainsi sa pensée : « Vous remarquerez déjà que le psychanalyste se distingue par sa foi dans le déterminisme de la vie psychique. Celle-ci n'a, à ses yeux, rien d'arbitraire ni de fortuit ; il imagine une cause particulière là où, d'habitude, on n'a pas l'idée d'en supposer. ». Il lie un universalisme des mécanismes (des lois du mental) à une individualité de l'histoire personnelle. En ce sens, inférer des faits observables à des faits non observables implique une relation de cause à effet.

Cependant, Freud avait nié la causalité psychique en 1897 quand il a abandonné sa « neurotica » en tirant des conclusions de son étude empirique et de l'observation des

« Matériologiques », Editions Syllepse, 2006, p.21.

22. Adressée à Fliess, comme la lettre de 1897 dont on parlera plus tard.

23. On définit généralement les processus mentaux inconscients comme non présents et inaccessibles à la conscience à un moment considéré mais pas exclus en eux-mêmes et de façon permanente de la conscience, alors que l'inconscient freudien n'est pas seulement des processus que la conscience ne perçoit pas au moment où ils ont lieu mais des processus qu'on ne peut pas percevoir car quelque chose s'oppose à ce qu'elle le fasse, ces processus se font connaître par des voies déguisées et détournées. Inconscient et Conscient ne sont pas des domaines hermétiquement fermés l'un à l'autre. Bouveresse explique dans *Philosophie, mythologie et pseudoscience*, p.35, que Freud n'identifie pas le mental au conscient puisque selon lui le mental est par essence inconscient et occasionnellement a la propriété d'être conscient, le fait d'être perçu est ainsi aussi contingent et accessoire qu'il l'est pour un objet physique.

patientes « hystériques ». C'est-à-dire qu'il met en avant la dimension fantasmatique du traumatisme dont la réalité et véracité ne sont pas déterminantes et remet en question la pertinence du lien causal d'un événement donné qui serait toujours et nécessairement la cause suffisante d'un autre événement. D'un autre côté, il met en place un modèle économique du désir structurant de la personnalité, en créant alors à un modèle causal qui emprunte le vocabulaire et les images des sciences naturelles (transfert, condensation, déplacement...). On lui reproche que cette théorie n'est pas une science²⁴ mais une mythologie.

Y'a-t-il contradiction entre ces deux moments théoriques ?

Il me semble que non, il s'agit plutôt d'une redéfinition du terme « causalité ». En effet, il ne formule pas une universalité causale, mais la singularité d'une parole subjective qui ne permet pas la généralisation et les lois causales. Il s'agit en ce sens d'une causalité contingente, propre à chaque sujet (faudrait-il, pour cela faire appel à une théorie « singulariste » de la causalité telle que le propose E. Anscombe²⁵ ?, et, est-ce compatible avec le projet d'une psychologie scientifique ?). En ce sens, la psychanalyse vise une recherche explicative non nécessitante et non une série causale unique du trouble névrotique.

Pour bien comprendre le point de vue de Freud à cet égard, il faut, alors, distinguer la causalité universelle, avec des lois nécessitantes, de la causalité singulariste, avec des régularités et séparer le problème de la causalité de celui de la nécessité.

Conclusion

Les explications par les phénomènes mentaux semblent imprécises, cependant il ne semble pas possible d'y renoncer, à la fois pour des raisons épistémologiques et éthiques. C'est

pourquoi la psychanalyse garde une actualité dans le débat contemporain sur la causalité mentale.

La difficulté maintenant est donc d'imaginer comment concilier le déterminisme neurologique avec la liberté individuelle et l'indéterminisme psychologique.

En effet peut-on réconcilier deux approches aussi différentes :

- Celle qui étudie le rôle du mental (conscience, subjectivité)
- et celle qui recherche des corrélats physiques neuronaux à ces états

En fait il ne faudrait pas les mettre en concurrence puisqu'elles ont pour objet des phénomènes différents. Et il n'est pas possible pour chacune de ne pas tenir compte des présupposés et conclusions des recherches de l'autre. Une description neurophysiologique, même si l'on croit qu'elle ne sera jamais suffisante, n'est pas invalidée ni dénuée d'intérêt, pour l'étude de l'activité humaine.

Peut-être qu'en réfléchissant à partir du sujet d'expérience en tant que personne les problèmes apparaissent différemment.

Selon J. Lowe²⁶ la question de la relation corps-esprit n'a pas d'intérêt car il n'existe pas une chose telle que l'esprit, il ya des personnes dans le monde qui ont des propriétés mentales et qui peuvent supporter des changements dans leurs propriétés physiques et mentales sans perdre leur identité. Aucune partie de mon corps n'est une partie de moi-même, je peux perdre une jambe et rester la même personne (mais l'altération ou perte de mon cerveau fait une différence essentielle pour moi en tant que personne). C'est « moi », une personne, qui pense et sent, pas mon cerveau, même si j'ai besoin de lui pour pouvoir penser et sentir.

24. Wittgenstein : « Freud prétend constamment être scientifique, mais ce qu'il fournit est de la spéculation, quelque chose qui est antérieur même à la formulation d'hypothèses », in *Lectures and conversations on Aesthetics, Psychology and Religious Belief*, University of California Press, 1966, p.44. Je n'entrerai pas dans ce débat, cependant il me semble qu'il faut replacer Freud dans le contexte des sciences humaines, sociales et physiques de son époque (dans le cercle de Vienne, est scientifique ce qui est un fait empirique), en effet il tient compte des données scientifiques de l'époque, les utilise et prospecte quant à des découvertes futures qu'il ne revendique pas comme des découvertes de la science physique mais de l'esprit, c'est pourquoi il nomme sa discipline métapsychologie.

25. G.E.M. Anscombe (1971), "Causality and Determination", in E. Sosa and M. Tooley ed., *Causation*, 1993.

26. E.J. Lowe, *An introduction to the philosophy of mind*, Cambridge University Press, 2000.

Auteurs d'Afrique subsaharienne

Nous avons retenu quatre articles de trois pays pour ce N°61. Les deux premiers sont de Côte d'Ivoire, avec en premier lieu un article phare car il s'attaque à un sujet tabou de l'Afrique subsaharienne : la question de l'homosexualité. Ce texte est une description du vécu des homosexuels masculins suivis dans un centre de soins ambulatoires d'Abidjan. Le but de cette étude est de « réduire la stigmatisation et la discrimination des homosexuels dans la société ivoirienne ». Les auteurs s'étaient au départ inquiétés de l'esprit d'ouverture de notre revue pour en permettre la publication. Il est justement dans la tradition humaniste de la psychiatrie de venir en aide aux sujets qui souffrent de la discrimination, et la rédaction de la revue *Psy Cause* ne peut que saluer un travail courageux. Le second article ivoirien traite de l'action à mener sur la famille et la culture pour réduire le délai de mise en route du traitement des schizophrènes.

Notre troisième article nous vient du Burkina Faso. Il aborde le problème des vomissements incoercibles gravidiques dans ce pays, en recherchant ce que signifie l'expulsion symbolique de la grossesse par la bouche.

Notre quatrième article est camerounais. L'un de ses auteurs est l'anthropologue Péguy Ndonko, fondateur de l'association « *Psy Cause - Cameroun* ». Lors de la réunion fondatrice de cette association le 22 juillet 2012, notre rédacteur camerounais psychiatre chef du service de psychiatrie de Yaoundé, Jean Pierre Olivier Kamga, insistait sur l'intérêt de l'anthropologie dans la formation des psychiatres appelés à exercer dans ce pays multiculturel qu'est le Cameroun. Ce Pays est actuellement en pointe sur cette question de la pluridisciplinarité de l'approche de la maladie mentale, laquelle est une caractéristique de la revue *Psy Cause*. L'article camerounais sur l'ordalie qui clôt cette seconde partie du numéro, s'inscrit dans cette ouverture.



Fondation de l'association « *Psy Cause - Cameroun* » à Yaoundé, le 22 juillet 2012.



Eugène Yao Konan¹



Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena²

Description du vécu des homosexuels masculins suivis dans une clinique de la ville d'Abidjan (Côte d'Ivoire)



Ekissi Orsot Tetchi¹



Drissa Kone⁶

Auteurs : Eugène Yao Konan¹, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena², Ekissi Orsot Tetchi¹, Odile Ake³, Franck .Kokora Ekou⁴, Parfait Stéphane Sable⁴, Kouadio Walter Olivier Saraka⁴, Kouassi Valerie Kouakou⁴, Sylvain Ehouman⁵, Drissa Kone⁶

Résumé : de Juillet à Septembre 2009, nous avons réalisé à la Clinique de Confiance de Marcory (Abidjan, Côte d'Ivoire), une étude transversale à visée descriptive qui avait pour objectif général la description du vécu des homosexuels. L'âge moyen des 150 homosexuels objets de notre étude était de 23,6 ans. La majorité avait au moins le niveau d'étude secondaire (79,3%). Parmi les homosexuels interrogés, 56% affirmaient être nés homosexuels et 68,7% avaient un antécédent de relation hétérosexuelle. La majorité (62%) n'avait pas informé l'entourage sur leur comportement homosexuel. Toutefois, 71,3% des enquêtés avaient au moins un homosexuel dans leur entourage. Ceux qui avaient au moins un enfant représentaient 22%. Des comportements sexuels à risque ont été retrouvés chez certains homosexuels. Il s'agissait notamment du multipartenariat sexuel (67,3%), de l'utilisation non systématique du préservatif lors des rapports sexuels (28,7%) et des rapports sexuels en échange de faveurs (32%). Plus de la moitié des enquêtés étaient des homosexuels passifs (56,7%) et des bisexuels (52%). Concernant le VIH, les séro-ignorants représentaient 32,7%. Seuls 4% des homosexuels n'étaient pas satisfaits sexuellement. Parmi les homosexuels, 37,3% affirmaient avoir été victimes de violences dans la rue. Il s'agissait essentiellement de violences verbales (83,9%). Plus de la moitié des homosexuels n'était pas prête à afficher publiquement leur homosexualité (52%). La peur d'être rejeté (38,4%) et la préservation de l'honneur de la famille (23,1%) étaient les principales raisons évoquées. Afin de faciliter l'intégration des homosexuels dans la communauté, la majorité avait exprimé des attentes à l'endroit de leur famille (84%), de la société (96%) et de l'état (96,7%).

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. Médecin

Clinique Confiance

6 Professeur Titulaire de Psychiatrie, UFR Sciences Médicales Abidjan , Médecin Chef de L'Hôpital Psychiatrique de Bingerville, Président de la Société de Psychiatrie de Côte d'Ivoire (SPCI)

Auteur correspondant :

Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Maître de conférences Agrégé de Psychiatrie, (225) 07 98 15 16 / (225) 01 93 50 09 – 09 BP 874 Abidjan 09, Côte d'Ivoire – yeotenena@yahoo.fr

La prise en compte de ces résultats pourrait contribuer à réduire la stigmatisation et la discrimination des homosexuels dans la société ivoirienne.

Mots clés : Homosexuel, vécu, Abidjan, Côte d'Ivoire

Summary : from July to September 2009, we realized at the "Clinique de Confiance" of Marcory (Abidjan, Côte d'Ivoire), a transversal and descriptive study about the real life of 150 homosexual males. Mean age was 23.6 years. The majority had at least secondary level of education (79.3%). Among the homosexuals interviewed, 56% said they were born homosexual and 68.7% had a previous heterosexual relationship. The majority of the homosexuals interviewed (62%) had not informed the family circle of their homosexual behavior. However, 71.3% had at least one homosexual in their family circle. Those who had at least one child accounted for 22%. Homosexuals had sexual risk behavior. It was particularly the sexual multipartnership (67.3%), non-systematic use of the condom during sexual relation (28.7%) and sexual intercourse in exchange for certain favors (32 %). More than half investigated were passive homosexuals (56,7 %) and bisexual (52 %). Regarding HIV, 32.7% did not know their status. Only 4% of homosexuals were not sexually satisfied. Among the homosexuals, 37,3 % asserted having been victims of violence in the street. It was essentially verbal violence (83,9 %). More than half homosexuals were not ready to show publicly their homosexuality (52 %). The fear of being rejected (38,4 %) and the preservation of their family honor (23,1 %) were the main reasons. To facilitate the integration of homosexuals in the community, the majority had expectations for their families (84%), society (96%) and State (96.7%).

Taking into account these results could help reduce stigmatization and discrimination against homosexuals in ivoirian society.

Keywords : homosexual, real-life, Abidjan, Côte d'Ivoire

Introduction

« Est-ce que tu as déjà vu un coq courir derrière un coq ou une poule derrière une autre poule ? ». « Si tu es homo, tu es plus que perdu parce que tu es en dessous d'un animal. C'est dangereux de côtoyer une telle personne parce que les mauvaises compagnies corrompent les bonnes mœurs ». « Apprendre qu'un ami est homo ? Quoi ? Homo vous dites ? Ça ne dérange pas seulement, ça choque. C'est comme si tu apprenais qu'il mange les gens ». « Ça cache un complexe. C'est un refus d'accepter sa nature...un refus de confronter quelqu'un de nature, de sexe opposé » « *Celui qui décide de faire ces choses là n'est plus un être humain. Il est inférieur à l'animal parce que ce ne sont pas les femmes qui manquent* ». [1]. Nombreux sont les homosexuels en Afrique qui redoutent ou entendent ces aversions.

La Côte d'Ivoire est en effet, l'un des pays de l'Afrique qui regorgent d'homosexuels et où les homosexuels sont souvent la cible de stigmatisations et de pratiques discriminatoires.

C'est dans un tel environnement social hostile à l'homosexualité que nous avons entrepris la présente étude qui décrit sans préjugés le vécu des homosexuels en Côte d'Ivoire.

Matériel et méthode

Cette étude transversale à visée descriptive s'est déroulée de juillet 2009 à septembre 2009 à la « Clinique de Confiance » (de l'ONG Espace Confiance) sise à Biétry dans la commune de Marcory (Abidjan). La Clinique de Confiance est un centre de santé privé qui assure la prise en charge ambulatoire des personnes hautement vulnérables notamment les professionnels du sexe, les homosexuels (masculins ou féminins) et les personnes vivant avec le VIH. La population d'étude était constituée d'homosexuels de sexe masculin. Au terme de la collecte des données, nous avons enregistré 150 homosexuels qui ont accepté de participer à l'étude. Le recueil des données s'est fait par interview directe. Ainsi, chaque homosexuel retenu dans l'étude a été l'objet d'un questionnaire standard s'enquérant des caractéristiques sociodémographiques, du vécu quotidien, des difficultés du vécu et des attentes. Toutefois, le déroulement de l'enquête s'est heurté aux difficultés d'accès aux homosexuels, à la réticence de certains homosexuels à participer à l'étude et au refus de certains participants de fournir certaines informations jugées intimes. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées sur le logiciel EPI-INFO version 3,5. A l'aide de ce logiciel, une description simple des différentes variables étudiées a été réalisée. 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 des homosexuels

L'âge moyen des homosexuels était de 23,6 ans avec un écart-type de 4,9 ans et des extrêmes de 16 ans et 40 ans. La médiane et le mode étaient respectivement de 23 ans et 20 ans. Ceux qui avaient moins de 20 ans représentaient 21,3%. La majorité des homosexuels résidait à Abidjan (94,7%) dont près de la moitié dans la commune d'Abobo (49,3%). Ils étaient majoritairement de nationalité ivoirienne (96 %). Parmi ceux-ci, 75% appartenaient aux groupes ethniques Kwa (37,5%) et Mandé (37,5%). Plus de la moitié des enquêtés étaient de religion chrétienne (54,7%). Quand aux musulmans, ils étaient au nombre de 59 soit 39,3% de notre échantillon. Seulement 6,7% étaient analphabètes et plus du quart (29,3%) avait le niveau d'étude supérieure. Parmi les homosexuels interrogés, plus de la moitié (58,7 %) n'exerçait aucune activité rémunératrice. Parmi ceux-ci, les parents constituaient la principale source de revenu (80,7%). Les enquêtés qui consommaient l'alcool et le tabac représentaient respectivement 39,3%, et 20,7%. Par ailleurs, 2 homosexuels soit 1,3% affirmaient consommer la drogue. Parmi nos enquêtés, 90,7% étaient célibataires et 22% avaient au moins un enfant. Aucun de ces enfants n'a été adopté. La majorité des homosexuels (67,3%) connaissait leur statut sérologique du VIH. Par contre 69,3% ignoraient le statut sérologique du partenaire sexuel habituel.

Vécu quotidien des homosexuels

La majorité des enquêtés (82%) avait moins de 10 ans de comportement homosexuel, le maximum étant 20 ans. Parmi les homosexuels, 44% avaient identifié des circonstances à l'origine de leur orientation sexuelle (Tableau I).

Il s'agissait essentiellement de l'influence de l'entourage (59,2%). La majorité des homosexuels (68,7%) avait un antécédent de relation hétérosexuelle (Tableau II). Parmi ceux qui n'avaient pas d'antécédent de relation hétérosexuelle, 59,6% avaient évoqué l'absence d'attrance pour les sujets de sexe féminin. Dans cette étude, 20,7% des homosexuels avaient des termes ou des noms pour se désigner afin de se reconnaître facilement (64,5%) et être discrets (35,5%). Parmi ces homosexuels, 77,4% évitaient le prénom masculin. Par ailleurs, 49,3% des homosexuels interrogés avait des signes de reconnaissance. Il s'agissait surtout des gestes (62,2%), de la démarche (40,5%), du regard (39,2%), de la manière de parler (21,6%) et du style vestimentaire (13,5%). Plus de la moitié des enquêtés (52,7%) affirmaient avoir des lieux de rencontre notamment les bars climatisés (53,2%), l'Internet (30,4%) et les lieux de consommation de boisson et de restauration (29,1%). Toutefois, moins de la moitié des enquêtés (46,7%) appartenait à une association d'homosexuels. La majorité des homosexuels (62%) n'avait pas osé informer leur entourage par peur de sa réaction (82,8%) (Tableau III). Les enquêtés qui avait au moins un homosexuel dans leur entourage étaient au nombre de 107 soit 71,3% de la population totale de notre étude. Il s'agissait dans 72,9% des cas d'un ami. Au moment de l'enquête, aucun homosexuel n'était sans partenaire sexuel. La majorité (67,3%) avait au moins deux partenaires sexuels. Presque un tiers des homosexuels (32%) avaient des rapports sexuels en échange de certaines faveurs. Seulement 4% des homosexuels n'étaient pas satisfaits sexuellement. Les homosexuels exclusifs représentaient 48%. Par conséquent, plus de la moitié des enquêtés étaient les bisexuels (52%). Concernant le type d'homosexuels nous avons noté, 56,7% de passifs, 21,3% d'actifs et 22% de versatiles. Parmi les homosexuels, 102 soit 68% utilisaient systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels.



Presque la totalité des homosexuels (98,7%) pensait que l'utilisation du préservatif est nécessaire lors des rapports sexuels entre homosexuels. Dans cette étude, nous avons noté que 27,3% des homosexuels interrogés avaient abandonné une femme au profit d'un homme. Les principales raisons évoquées étaient la non satisfaction sur le plan sexuel (53,7), l'attraction pour l'homme (29,3%) et la déception amoureuse (9,7%). La majorité (92,7 %) avait accès aux chaînes de télévision étrangères. Ils avaient recours à ces chaînes à la recherche de films pro-homosexuels (100%). En outre, 74% des homosexuels avaient accès à Internet. Parmi eux, 90,1% surfaient sur les sites homosexuels avec un taux de satisfaction de 99%. Par ailleurs, 43,3% des enquêtés possédaient des magazines homosexuels avec comme préoccupation majeure la recherche d'informations sur les homosexuels (67,7%).

Difficultés du vécu des homosexuels

Plus du tiers des enquêtés (34,7%) pensait que le fait d'être homosexuel leur donne une mauvaise image dans la société. Ceux qui ont affirmé rencontrer des difficultés dans leur entourage familial représentaient 44,7%. Il s'agissait essentiellement de violences physiques et verbales (58,2%), de discrimination (25,4%) et de rejet (16,4%). Au sein de leur communauté, 36 soit 24% des enquêtés affirmaient rencontrer également des difficultés. Il s'agissait dans 50% des cas de l'hypocrisie. Par ailleurs, 12% soutenaient être victimes de violences conjugales principalement par jalousie (61,1%) et par infidélité (27,8%). Ceux qui avaient au moins un antécédent de dépression ou d'anxiété et de tentative suicide du fait de leur orientation sexuelle représentaient respectivement 32,7% et 4%. Plus du tiers des homosexuels interrogés (37,3%) affirmait avoir été victimes de violences dans la rue. La violence la plus évoquée était la violence verbale (83,9%). Face à ces difficultés, 52% de nos enquêtés n'étaient pas prêts à afficher publiquement leur homosexualité. La peur d'être rejeté (38,4%), la préservation de l'honneur de la famille (23,1%) et le fait de ne pas être indépendant (14,1%) étaient les principales raisons évoquées.

Attentes des homosexuels

La majorité de nos enquêtés avait exprimé des attentes à l'endroit de leur famille (84%), de la société (96%) et de l'état (96,7%) afin de faciliter leur intégration dans la société ivoirienne (Tableau IV).

Commentaire

Notre échantillon était constitué uniquement de sujets de sexe masculin. Ce constat n'était pas conforme à la réalité puisque les lesbiennes fréquentaient également la Clinique de Confiance. Cela est dû au fait que, pendant la période de collecte des données, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes. Avec un âge moyen de 23,6 ans, la majorité des homosexuels enquêtés (87,3%) avait moins de 30

ans. Ce qui confirme le caractère majoritairement jeune de cette population déjà signalé par Gutierrez [2] qui trouvait en Equateur une moyenne d'âge de 25 ans. Dans l'enquête presse gay 2000 [3], 71% des répondants se sont déclarés salariés, contrairement à notre étude où 58,7% affirmaient ne pas exercer d'activité génératrice de revenu. Toutefois, il est important de souligner que le niveau d'éducation des répondants de notre étude était élevé. En effet, 79,3% d'entre eux avaient au moins le niveau d'étude secondaire contre 47% dans l'enquête presse gay [3]. Selon le président zimbabwéen, Robert Mugabe cité par Behind the Mask [4], l'homosexualité est une tare de la société blanche qui ne s'applique pas aux Africains. Cependant, loin de toute polémique, l'homosexualité a toujours été connue et pratiquée en Afrique. Elle est loin d'être une construction mythique en Afrique à travers l'histoire ou de nos jours. C'est une réalité palpable et visible. C'est le fait de vouloir nier son existence qui relève de cette construction mythique [5] puisque la répartition des sujets de notre étude selon la nationalité est marquée par une forte représentation des ivoiriens (96%). Dans cette étude, 94% des sujets étaient de religion chrétienne (54,7%) ou musulmane (39,3%). Pourtant tout comme la sexualité hétérosexuelle hors mariage, l'homosexualité est rejetée par ces deux religions. En effet, la bible est très explicite en ce qui concerne la condamnation de l'homosexualité : « Tu ne coucheras pas avec un homme comme tu couches avec une femme, car c'est une abomination ». La charia, loi musulmane, condamne très sévèrement l'homosexualité, puisque la sodomie peut entraîner la peine de mort dans certains pays [6].

Parmi les homosexuels interrogés, 56% ne pouvaient pas identifier une circonstance particulière à l'origine des pratiques homosexuelles ; d'où l'expression « Je suis né homosexuel ». Ce comportement serait inné selon eux. Par contre, 44% d'entre eux avaient identifié des circonstances susceptibles d'être à l'origine de cette orientation sexuelle. En effet, 71,3% de l'ensemble des enquêtés avaient un homosexuel dans l'entourage. Bien qu'étant de plus en plus visible, l'homosexualité en Afrique n'est pas encore affranchie des contraintes culturelles et de la pression sociétale qui se dressent contre elle [7]. Cette situation voue certains homosexuels à « une gestion complexe de leur vie, les contraignant souvent à une double vie, voire à des vies multiples ». Certains auteurs dont Gueboguo [8] pour désigner cette double vie, ont parlé de « stratégie de discrétion » ou « tactique de camouflage » de la part de ces individus qui optent alors pour le « choix » d'une visibilité hétérosexuelle pouvant induire des rapports clandestins avec les hommes. C'est ainsi que dans cette étude, les homosexuels exclusifs représentaient 48%. Par conséquent, plus de la moitié des enquêtés était bisexuelle (52%). Par ailleurs, 68,7% d'entre eux avaient déjà entretenu une relation hétérosexuelle par amour, plaisir et attraction par les filles (60,2%), pour avoir une expérience sexuelle avec une fille (16,5%), pour avoir un enfant et pour éviter tout soupçon (15,5%). Ces résultats attestent que certains homosexuels, pendant qu'ils vivent



leur homosexualité, sont attirés par les filles et vont au-delà de la simple attirance en entretenant des relations sexuelles avec ces dernières. Par ailleurs, il convient de souligner que dans ce contexte de bisexualité, certains enquêtés (27,3%) avaient abandonné leur partenaire de sexe féminin au profit d'un homme parce qu'ils n'étaient pas satisfaits sur le plan sexuel (53,7). Cette satisfaction serait acquise avec le partenaire de sexe masculin puisque 96% des répondants affirmaient être satisfaits sur le plan sexuel. Il n'est pas aisé d'afficher son homosexualité, surtout dans un contexte social comme celui de l'Afrique acquis aux valeurs pro-natalistes, et enclin à l'hétérosexualité, sans écueils [8]. C'est ainsi que dans notre étude, parmi les homosexuels interrogés 52% n'étaient pas prêts à afficher publiquement leur homosexualité, 62% n'avaient pas dévoilé à l'entourage leur comportement homosexuel et 87,3% n'osaient pas informer les agents de santé de leur orientation sexuelle. L'attitude de non information des agents de santé a été également retrouvée par Meads [9] qui constatait que seuls 29 à 45% des homosexuels révélaient leur orientation sexuelle à leur médecin. Les principales raisons évoquées par nos enquêtés étaient le sentiment de gêne et de honte (48,1%) et la peur de la réaction de l'agent de santé (46,6%). Cependant, lorsque les agents de santé ont été informés (12,7%), leur réaction a été positive (prise en charge correcte c'est-à-dire non discriminatoire et non stigmatisante) dans la majorité des cas (68,4%). Presque la moitié des enquêtés (46,7%) appartenait à une association des homosexuels. Cela pourrait s'expliquer par une volonté de se retrouver ensemble pour se connaître, discuter, se confier et éventuellement résoudre les problèmes relatifs à l'homosexualité. Toutefois, il est important de souligner que la stigmatisation et la discrimination limitent beaucoup les actions des associations des homosexuels [8]. Comme les attitudes sociales changent

continuellement, l'homosexualité est de moins en moins perçue comme une perversion. Par contre, les homosexuels éprouvent toujours des problèmes à s'afficher ouvertement et à être admis chez les hétérosexuels ou dans les milieux qui ne sont pas homosexuels [10]. Par conséquent, 49,3% des enquêtés de notre étude avaient des signes de reconnaissance et 52,7% affirmaient avoir des lieux de rencontre. Parmi les facteurs sociologiques explicatifs de la propension à l'homosexualité en Afrique, les médias jouent un rôle déterminant [1]. A titre d'exemple, dans cette étude 92,7 % des enquêtés avaient recours aux chaînes de télévision étrangères à la recherche de films pro-homosexuels (100%). Par ailleurs, la majorité des homosexuels (74%) avait accès à Internet. Parmi eux, 90,1% surfaient sur les sites homosexuels avec un taux de satisfaction de 99%. De manière globale, les homosexuels masculins, depuis le début de la pandémie du VIH/SIDA, adoptent des comportements de protection [11]. Dans la présente enquête, cette adoption de comportement de santé est observée. En effet, ils étaient 68% à affirmer utiliser systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels et 67,3% à affirmer connaître leur statut sérologique du VIH. Cependant, certains résultats montrent que des prises de risque subsistent. Il s'agit du multipartenariat sexuel (67,3%), de l'ignorance du statut sérologique du partenaire habituel (69,3%), de la prostitution (32%) et de la non utilisation systématique du préservatif chez 32% des enquêtés. Par conséquent, l'adoption de stratégies d'intervention adaptées, qui abordent conjointement la prévention des infections sexuellement transmissibles et la promotion de la santé y compris la santé mentale, s'avère nécessaire [11, 12].

Dans cette étude, 37,3% des homosexuels interrogés ont été victimes de violences dans la rue. En famille, 44,7% ont affirmé être confrontés à des difficultés (violences physiques et verbales surtout). En fait, la violence à l'endroit des personnes homosexuelles est la forme la plus fréquente de violence orientée [13]. L'attitude à l'égard de l'homosexualité et la perception que les homosexuels ont d'eux-mêmes dépendent beaucoup des conditions sociales et historiques de l'époque. Le développement de leur sexualité varie selon le niveau de tolérance ou de répression qu'ils rencontrent dans leur société [10]. C'est ce qui pourrait expliquer que 65,3% des enquêtés ont affirmé que le fait d'être homosexuels ne leur donne pas une mauvaise image dans la société. Par contre, ceux qui avaient un antécédent de dépression ou d'anxiété et de tentative de suicide du fait de leur pratique homosexuelle représentaient respectivement 32,7% et 4%. Concernant le suicide, Bagley et Tremblay [14] avaient noté une tentative de suicide de l'ordre de 62,5%. Selon Gueboguo [15], ce phénomène n'est pas observé chez les homosexuels camerounais. Face à ces difficultés, les homosexuels concernés dans cette étude avaient exprimé un certain nombre d'attentes à l'endroit de leur famille, de la communauté et de l'Etat pour vivre pleinement leur homosexualité. Toutefois, l'évocation de ces attentes en Côte d'Ivoire pourrait créer un étonnant trauma-

tisme auprès des homophobes pro-natalistes défenseurs de l'hétérosexualité. En effet, comme le soulignait Gueboguo ce que les homosexuels ressentent, essaient d'exprimer ou souhaitent se heurtent à un système parfois rigide dans lequel ils ont du mal à trouver une place satisfaisante [15].

Conclusion

L'homosexualité, qu'elle soit masculine ou féminine, correspond à l'attraction émotionnelle et sexuelle entre deux personnes du même sexe. Réalité historique et contemporaine des sociétés africaines, elle tend à être de plus en plus visible dans les grandes zones urbaines africaines. Cette étude, en s'intéressant au vécu des homosexuels à Abidjan, a permis de constater que l'homosexualité est pratiquée par une population majoritairement jeune (87,3%), dotée d'un bon niveau d'instruction (79,3%) et généralement sans activité rémunératrice (58,7%). Elle est pratiquée de façon clandestine (62%) dans un environnement social hostile et réfractaire usant souvent de violence contre les homosexuels (37,3%). Des comportements sexuels à risque de transmission et de propagation du VIH ont été notés. Les principales attentes exprimées étaient l'acceptation des homosexuels par la société (74,6%), la lutte contre la discrimination et la stigmatisation des homosexuels (42,4%) et la protection des homosexuels par des textes de loi (76,5%). Ces résultats sont circonscrits aux homosexuels masculins. Ces réalités sont-elles les mêmes dans la communauté homosexuelle féminine? En d'autres termes, les lesbiennes sont-elles soumises au même vécu que les gays? Sont-elles confrontées aux mêmes difficultés? Ont-elles les mêmes attentes? Ce sont autant de questions qui méritent la réalisation d'études d'envergure nationale sur l'homosexualité en Côte d'Ivoire aussi bien dans les milieux urbains que ruraux.

Références

Gueboguo C, Mimche H. La problématique de l'homosexualité en Afrique: l'expérience camerounaise. Sidanet : 2006, <http://www.sidanet.info>

Gutierrez JM, Molina-Yepe D, Morrison K, Samuels F, Bertozzi SM. Correlates of condom use in a sample of MSM in Ecuador. 2006, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/152>

Adam P, Hauet E, Caron C. Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l'Enquête Presse Gay 2000. http://www.invs.sante.fr/publications/rap_press_gay_1101/index.html

Behind the mask. Homosexualité en Afrique. 2000. <http://www.mask.org.za/article.php?cat=&cid=70>

Gueboguo C. L'homosexualité en Afrique: sens et variations d'hier à nos jours. 2008. <http://www.socio-logos.revues.org/document37.html>

wikimédia foundation. wikipédia l'encyclopédie libre. Homosexualité dans les religions. 2009, http://fr.wikipedia.org/wiki/homosexualité_dans_les_religions

Afrik. SIDA: la repression met en danger les homosexuels africains. 2010, <http://www.afrik.com>

Gueboguo C. La question homosexuelle en Afrique: le cas du Cameroun. Harmattan, 2006, <http://www.librairie-harmattan.com>

Meads C, Buckley E, Sanderson P. Ten years of lesbian health survey research in the UK West Midlands. 2007, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/251>

Affection Org. Les amours homosexuelles. 2010, <http://www.affection.org/sexualite/homo.html>

Vladimir M. Mode de vie et comportement des gays face au SIDA Rapport de l'enquête 2004 pour l'association Ex aequo. Observatoire du Sida et des sexualités (FUSL), Août 2005, 37p

Africagay. Prévention du VIH/SIDA chez les homosexuels et autres MSM en Afrique francophone : expérience d'Africagay. 2008, <http://www.africagay.org>

JULIEN D. Homosexualité et environnement social: le cas des jeunes adultes et de leur famille. 2004. <http://www.acsmmontreal.qc.ca/gais/pdf/djulien.pdf>

Bagley, C. et Tremblay, P. «Suicidal Behaviors in Homosexual and Bisexual Males». *Crisis*, 1997, vol. 18, no. 1, p 24-34

Gueboguo C. suicide et homosexualité en Afrique: le cas du Cameroun. 2002. <http://www.partage.org>

Annexes

Tableau I : répartition des homosexuels selon l'existence ou non de circonstances à l'origine du comportement homosexuel.

Circonstances à l'origine du comportement homosexuel		Effectif	Pourcentage
Existe-t-il une circonstance particulière qui a favorisé l'adoption du comportement homosexuel ?	Oui	66	44
	Non	84	56
	Total	150	100
Si oui, laquelle ? (n=66)	Influence de l'entourage	39	59,2
	Curiosité	14	21,2
	Condition socio-économique difficile	7	10,6
	Influence des médias	3	4,5
	Déception amoureuse	2	3
	Viol	1	1,5
	Total	66	100
Si non, pourquoi ? (n=84)	Comportement homosexuel inné (je suis né homosexuel)	84	100

Tableau II : répartition des homosexuels selon l'existence ou non d'antécédent de relation hétérosexuelle

Antécédent de relation hétérosexuelle		Effectif	Pourcentage
Avez-vous déjà eu une relation hétérosexuelle ?	Oui	103	68,7
	Non	47	31,3
	Total	150	100
Si oui, pourquoi ? (n= 103)	Par amour, plaisir, attirance	62	60,2
	Pour essayer avec une fille	17	16,5
	Avoir un enfant et cacher mon statut	16	15,5
	Avant de devenir homosexuel	5	4,9
	Autres	3	2,9
	Total	103	100
Si non, pourquoi ? (n= 47)	Pas d'attirance, ni d'intérêt	28	59,6
	Je me sens femme	9	19,1
	Pas de raison particulière	7	14,9
	Autre	3	6,4
	Total	47	100

Tableau III : répartition des homosexuels selon l'information ou non de l'entourage et de l'agent de santé

Information de l'entourage et de l'agent de santé		Effectif	Pourcentage
Avez-vous informé votre entourage de votre homosexualité ? N = 150	Oui	57	38
	Non	93	62
Si non, pourquoi ? (n=93)	Peur de leur réaction	77	82,8
	Sentiment de gêne et de honte	16	17,2
Si oui, qui a été informé ? (n=57)	Membre de la famille	32	56,1
	Non membre	25	43,9
Si oui qu'elle a été sa réaction ?	Acceptation et tolérance	45	78,9
	Rejet	7	12,3
	Indifférence	5	8,8
Si non membre, qui a été informé ? (n=25)	Ami	23	92
	Collègue	2	8

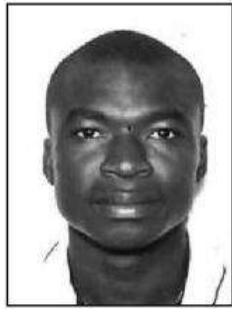
Avez- vous informé votre agent de santé (médecin ou infirmier) de votre homosexualité ?	Oui	19	12,7
	Non	131	87,3
Si oui, quelle a été sa réaction ? (n=19)	Prise en charge correcte	13	68,4
	Prise en charge discriminatoire	6	31,6
Si non, pourquoi ? (n=131)	Sentiment de gêne et de honte	63	48,1
	Peur de sa réaction	61	46,6
	Pas de question sur le sujet	5	3,8
	Pas d'intérêt	2	1,5

Tableau IV : Répartition des homosexuels selon les attentes

Attentes des homosexuels		Effectif	Pourcentage
Avez-vous des attentes au niveau de la famille ? (n = 150)	Oui	126	84
	Non	24	16
Si oui, lesquelles ? (n=126)	Acceptation	94	74,6
	Affection	18	14,3
	Tolérance	15	11,9
	Arrêt des violences	3	2,4
	Indifférence	1	0,8
Avez-vous des attentes au niveau de la société en général ?	Oui	144	96
	Non	6	4
Si oui, lesquelles (n=144)	Eviter la discrimination et la stigmatisation	61	42,4
	Arrêt des violences	38	26,4
	Tolérance	31	21,5
	Possibilité de se marier	12	8,3
	Possibilité de travailler	8	5,6
	Possibilité d'adopter des enfants	2	1,4
Avez-vous des attentes au niveau de l'état ?	Oui	145	96,7
	Non	5	3,3
Si oui, lesquelles ? (n=145)	Protection des homosexuels par des textes	111	76,5
	Légaliser le mariage homosexuel	32	22,1
	Sensibiliser les jeunes à arrêter la pratique de l'homosexualité	2	1,4



Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena¹



Asséman Médar Koua²



Adama KONE³



Drissa KONE⁴

Étude monographique du délai de la demande de soins chez les patients schizophrènes à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire)

Résumé : l'étude monographique menée à l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville (Côte d'Ivoire) concernait le délai de demande de soins chez les schizophrènes avant leur hospitalisation. L'objectif général était d'améliorer le pronostic des schizophrénies. Pour atteindre cet objectif, nous avons de manière spécifique relevé les facteurs qui retardaient la mise en route du traitement des schizophrénies dans le contexte ivoirien.

Il ressort de cette étude que le délai de la demande de soins doit être réduit pour l'amélioration du pronostic des schizophrénies. Cette amélioration passe par une action synergique sur la famille et la culture. La famille demeure une pièce incontournable dans la demande de soins et la prise en charge des malades schizophrènes. La culture reste un facteur se présentant comme à la fois une solution et un problème à la prise en charge et à l'insertion sociale des malades.

Mots clés : Monographie-Délai-Demande de soins-Schizophrénies

Monographic study of the period of the demand for care in schizophrenia patients at the Psychiatric Hospital of Bingerville (Ivory Coast)

Summary : the monographic study conducted at the Psychiatric Hospital of Bingerville (Ivory Coast) concerned the time demand for care in schizophrenia prior to admission. The overall objective was to improve the prognosis of schizophrenia. To achieve this objective, we have specifically identified the factors that delayed the start of the treatment of schizophrenia in the Ivorian context. It appears from this study that the period of care demand must be reduced to improve the prognosis of schizophrenia. This improvement involves a synergistic action on the family and culture. The family remains an essential part in the demand for care and treatment of schizophrenics. Culture remains a factor posing as both a solution and a problem in the management and social inclusion of patients.

Keywords : Application-Monograph-time care-Schizophrenia

1. Professeur Agrégé de psychiatrie

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

2. Assistant chef de clinique en psychiatrie

UFR Sciences Médicales, Université de Bouaké, 27 BP 429 Abidjan 27, Côte d'Ivoire, koua_asseman01@yahoo.fr

3. Médecin-psychiatre

Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, Côte d'Ivoire, kone20021@yahoo.fr

4. Professeur Titulaire de Psychiatrie, UFR Sciences Médicales Abidjan, Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville, Président de la Société de Psychiatrie de Côte d'Ivoire (SPCI)

Auteur correspondant : Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Maître de conférences Agrégé de Psychiatrie, Institut National de Santé Publique (INSP), BP V 47 Abidjan, Côte d'Ivoire, yeotenena@yahoo.fr

Introduction

L'intérêt de la précocité de la mise en route des traitements médicaux est une donnée constante retrouvée dans la littérature médicale notamment en cancérologie, en diabétologie, en médecine générale. Dans la prise en charge de la schizophrénie, l'exigence d'un traitement précoce est évoquée avec insistance dans la littérature. Anita et Coll. [1] dans leur étude sur « le dépistage et le traitement des psychoses schizophréniques », ont montré que le pronostic des schizophrénies débutantes dépendait de la précocité du diagnostic, de celle de la prise en charge thérapeutique (usage des antipsychotiques). Le délai de la prise en charge en rapport avec le délai de la demande de soins est souvent retardé ou raccourci pour des raisons diagnostiques, sociales, culturelles et mêmes organisationnelles. La présente étude monographique de trois patients schizophrènes hospitalisés à Bingerville (Sud de la côte d'Ivoire) avait pour objectif général d'améliorer le pronostic des schizophrénies.

Cas clinique n° 1

Monsieur B.Y. est âgé de 26 ans au moment de son admission à l'hôpital psychiatrique de Bingerville à la demande de sa famille. Il y a été conduit le 24 mai 2010 pour des troubles du comportement évoluant depuis 2004 selon les parents. B.Y. réside à Abidjan la capitale économique de la côte d'Ivoire qui est située à 18 kilomètres de Bingerville.

Durant l'entretien, sa mère révèle que le début de la symptomatologie remonterait en 2004 à la fin de son adolescence par un isolement progressif et un désintérêt pour les autres. Il était souvent incurie. C'est à cette période qu'il a abandonné l'école sans raison valable alors qu'il était en classe de terminale. Sa mère avait observé qu'il dormait peu, qu'il était irritable et maintenait une même attitude pendant plusieurs heures. Durant une période d'agressivité, la famille demande une consultation au service d'hygiène mentale d'Abidjan en février 2005 ; soit plus d'un an après le début de la symptomatologie. Un traitement neuroleptique constitué de lévomépromazine et d'halopéridol fut institué. Deux jours après la consultation, la famille décide d'arrêter la prise des médicaments à cause des effets secondaires et des préjugés (ces médicaments rendraient les enfants « inintelligents »).

La famille s'oriente alors vers un camp de prière à Grand-Bassam (ville du sud de la côte d'Ivoire située à 43 kilomètres d'Abidjan) où elle séjourne durant un an. La persistance de soliloque intermittente et de gestes souvent bizarres amènent les parents à se rendre au Ghana (pays voisin situé à l'est de la côte d'Ivoire et distant de plus de 400 kilomètres de la capitale Abidjan) chez un guérisseur pour deux ans de traitement.

Durant le séjour, le tableau clinique s'enrichit d'idées de persécution. En décembre 2008, devant l'absence d'amélioration, la famille une fois de retour en Côte d'Ivoire

consulte à nouveau un autre guérisseur à Seguelon, un village de la sous-préfecture d'Odienné (Nord de la côte d'Ivoire située à 867 kilomètres d'Abidjan). Après un an de traitement BY fait une fugue en janvier 2010. Il sera retrouvé deux mois plus tard à environ 200 km du village. La famille le ramène à Abidjan en mars 2010 et ne consulte pas de médecin. En avril 2010, son jeune frère présente un épisode psychotique qui le conduit à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. L'efficacité de la prise en charge de ce dernier décide la famille à demander le 24 mai 2010 l'hospitalisation de BY.

Sur le plan clinique la famille précise que BY était indifférent à son entourage avec parfois des moments d'agressivité et disait agir sur ordre divin. BY niait son état pathologique et détruisait les biens personnels et publics. Monsieur B.Y. affirme avoir consommé du cannabis de 2002 à 2004. Issu d'une famille monogame de sept enfants dont il est le 4^{ème}, BY a passé son enfance dans la précarité. Cela a parfois eu des répercussions sur sa scolarité. A partir de la classe de CE2 (cours élémentaires), à l'âge de 10 ans il vendait du papier hygiénique dont les bénéfices devaient servir à nourrir toute la famille. Il a toujours vécu avec ses deux parents. Son père n'ayant jamais eu d'emploi fixe était au chômage depuis 1985 et sa mère vendait des fruits. C'est une famille qui a enregistré le décès de 5 de ses enfants. Il n'a eu aucune pathologie grave durant sa petite enfance et a redoublé les classes de CE2 et de terminale.

Il a arrêté les études en terminale au début de la maladie en 2004. Il avait peu d'amis jusqu'en terminale où il fréquentait un groupe de jeunes qui s'adonnaient à la consommation de cannabis. Il est né le 06 mars 1984 à Adjamé. Il est célibataire sans enfants et sans compagne jusqu'à ce jour.

BY aime le football et souhaite devenir un joueur international. Sa passion pour le football a perturbé son amour pour les études.

L'un de ses soucis majeurs est d'avoir assez rapidement de l'argent pour aider ses parents qui souffrent. Il trouve que son père est nonchalant et sans autorité, pendant que sa mère est beaucoup attentive.

Durant son hospitalisation, BY a été mis sous lévomépromazine et halopéridol avec une évolution favorable. A sa sortie de l'hôpital après quatre mois, le diagnostic de schizophrénie catatonique a été posé chez lui.

Cas clinique n° 2

Monsieur B.B., âgé de 25 ans, domicilié à Soubré (sud ouest de la côte d'Ivoire et située à 369 kilomètres d'Abidjan), a été hospitalisé à l'hôpital psychiatrique de Bingerville à la demande de sa famille le 12 juillet 2010 pour des troubles du comportement évoluant depuis un an selon les parents.

Durant l'entretien, son oncle révèle que le début de la symptomatologie remonterait à plus d'un an. Selon ce dernier, il s'agirait d'une rechute.

Son neveu aurait disparu il ya un an de la ville de Soubré, enlevé par les génies. Il a été retrouvé à Gagnoa (sud ouest, située à 271 kilomètres d'Abidjan) une semaine avant son admission à l'hôpital psychiatrique. Il errait dans la ville et tenait un discours hermétique. Monsieur B.B. se croyait doté de pouvoir de guérison. Il prédisait l'avenir des gens et communiquerait avec les génies. Son entourage aurait relevé chez lui des périodes de soliloque avec des rires immotivés.

Selon son oncle, la première crise remonterait à l'an 2000. Son neveu était alors en classe de 4^{ème} à 17 ans. Il se plaignait de céphalée avec la sensation de la présence d'un corps étranger dans sa tête. Il avait l'insomnie pendant plusieurs jours. Il a bénéficié de traitements traditionnels chez un guérisseur pendant un an à Dabakala (Nord de la côte d'Ivoire, située à 494 kilomètres d'Abidjan).

Après son traitement BB s'adonnait à des activités divinatoires (charlatanisme, protectionnisme et consultation à domicile) jusqu'en 2005 où il aurait fait une rechute à Bouaké (centre de la côte d'Ivoire, située à 340 kilomètres d'Abidjan).

Il a été pris en charge à Saint-Camille durant un an. Sa présente rechute serait due à l'interruption de son traitement depuis 2008. Dans les antécédents de BB, on note une notion de consommation de cannabis de 1998 à 2000 et un épisode de trouble du comportement en 2000.

La mère de monsieur B.B. rappelle qu'il serait né le 23 février 1983 à Abobo (commune d'Abidjan au sud de la cote d'Ivoire), d'une grossesse litigieuse qui s'est déroulée sans particularité. C'est à l'âge de 09 ans que son père le reconnaît et confie sa garde à son jeune frère résidant soubré (Sud ouest de la côte d'Ivoire située à 369 kilomètres d'Abidjan). Il a eu un développement staturo-pondéral et psychomoteur sans particularité. Il n'a pas eu de grave maladie dans sa petite enfance.

Concernant la fratrie, MBB est l'aîné de trois enfants de sa mère qui a 2 filles et 1 garçon. Il est l'enfant unique de son père.

Il a été scolarisé à l'âge de 7 ans, Il a redoublé la classe de CE2 (cours élémentaires), la 4^{ème}, c'était un élève moyen. Il a arrêté les études en 4^{ème} à cause de la maladie. Il avait peu d'amis. Son oncle souligne que BB est un enfant perturbé, il aurait des problèmes de concentration sur ce qu'il doit faire. Durant son hospitalisation, BB a été mis sous Lévomépromazine et Halopéridol avec une évolution favorable. A sa sortie de l'hôpital après 3 mois et 13 jours, la schizophrénie hébéphrénique a été comme diagnostic chez lui.

Cas clinique n°3

Monsieur M.A.E, âgé de 26 ans, domicilié à Yopougon (commune du district d'Abidjan) a été hospitalisé à la demande de sa famille le 27 janvier 2010 pour une insomnie totale et des hallucinations.

Il ressort de l'entretien que monsieur M.A.E. est à sa 2^{ème} hospitalisation. Il aurait arrêté sa postcure trois mois après 66 jours d'hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Il s'en est suivi une insomnie nocturne totale et une pensée magique avec parfois un comportement délirant.

Des idées obsédantes s'imposaient à lui avec une humeur exaltée croyant que ce qui lui arrivait était un envoûtement, MAE décide de se convertir au christianisme. Sur conseil de son pasteur, il change de prénom qui signifiait « qu'est-ce qu'on va faire de toi » et se fait appeler K.K.J.B. Il prétendait n'avoir jamais pris du cannabis pourtant retrouvé dans l'examen toxicologique de ses urines. Il a chassé son pasteur en le traitant de démon après une séance de prière à domicile car il aurait subi une métamorphose au cours de la prière.

Tout cela se passait trois jours avant sa réadmission à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Il refusait de s'alimenter, pensant à un empoisonnement et niait son état pathologique.

Les antécédents de MAE étaient marqués par une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Bingerville en 2009 pour des troubles du comportement ayant débuté en 2003 et une notion de consommation de l'alcool et de tabac.

MAE est né le 21 juin 1984 au CHU de Cocody (Abidjan) d'une grossesse non désirée dans une union libre. La grossesse s'est déroulée sans particularité avec un accouchement par voie basse. Son père et sa mère n'ont jamais vécu ensemble. Il a vécu avec sa mère jusqu'à 4 ans avant de rejoindre son père avec qui, il vit jusqu'à ce jour.

Il a eu un développement staturo-pondéral et psychomoteur sans particularité. Il a eu une petite enfance sans particularité. Sa mère a 6 enfants dont 3 filles et 3 garçons et son père en a 4 avec 1 fille et 3 garçons. Il est l'aîné et l'enfant unique de ses deux parents. Il s'entend avec Cédric, le 2^{ème} fils de son père qui fume de la cigarette.

MEA a été scolarisé à l'âge 7 ans. Il a redoublé la classe de CM2 (cours moyen 2), la 4^{ème} et la maîtrise. Il n'a jamais aimé l'école et pour cela ne s'est jamais entendu non seulement avec son père qui est un policier mais également avec les femmes de ce dernier. Il a atteint l'âge de la puberté à 14 ans avec sa 1^{ère} déception amoureuse en 4^{ème} qui a entraîné un bouleversement de sa vie. Son adolescence fut marquée par des périodes de grogne envers son père, accompagnées souvent de fugues. Il a repris la maîtrise en 2008 avec l'abandon des études. Il aime la musique et son seul projet de vie est d'avoir un emploi. Il supporte mal les séparations et la trahison. MAE trouve que son père et sa mère ne sont pas des exemples à suivre. Son père est à sa 5^{ème} union et sa mère ne vit avec personne.

L'hospitalisation de MEA, a été marquée par une évolution favorable sous Lévomépromazine et Halopéridol. A sa sortie de l'hôpital 5 mois après, le diagnostic de schizophrénie hébéphrénique a été posé chez lui.

Tableau synoptique

Paramètres étudiés	Patient 1	Patient 2	Patient 3
Situation professionnelle	26 ans, niveau terminal, sans profession	25 ans, niveau terminal, sans profession	26 ans, niveau licence, sans profession
Age estimé de début de la maladie	20 ans	17 ans	19 ans
Mode de début	insidieux	brutal	brutal
Symptômes de début	Retrait social, désintérêt des activités, usage de cannabis	Expérience délirante, activité divinatoire, usage de cannabis	Expérience délirante, usage de cannabis
Délai de demande de soins psychiatriques	6ans	5 ans	6 ans
Premiers recours thérapeutique	Service Hygiène Mentale	Tradithérapie (guérisseur)	Hôpital Psychiatrique
Autres types de soins reçus	Tradithérapie (guérisseur) Séances de prière	-	Séances de prière
Types d'antipsychotiques prescrits	Antipsychotiques classiques	Antipsychotiques classiques	Antipsychotiques classiques
Evolution (sous traitement)	Favorable	Favorable	Favorable
Diagnostic à la sortie d'hospitalisation	Schizophrénie catatonique	Schizophrénie hébéphrénique	Schizophrénie hébéphrénique
Interprétation de la maladie	Origine mystique	Origine mystique	Origine mystique

Commentaires

La symptomatologie de nos trois patients a débuté entre 16 et 25 ans ; cela est en conformité avec les résultats de Clervoy [2] qui situe l'âge de début des schizophrénies le plus souvent à la fin de l'adolescence avec une incidence maximale entre 16 et 25 ans. Cette analyse concorde avec celle de Ginestet [4] qui estime l'âge de début des troubles schizophréniques entre 15 et 24 ans chez l'homme et celle de Padja [7] qui trouvait une prédominance des schizophrénies dans cette tranche d'âge correspondant à l'âge scolaire.

Le délai de la demande de soins est supérieur ou égal à 5 ans avant la première hospitalisation chez nos trois patients. Ce délai est supérieur à celui d'Anita et coll. qui trouvait un délai moyen de 3,5 ans [1] et également au delà de celui du consensus Européen estimé à 4,5 ans. Les explications sur ce retard fourni par les familles dans notre étude concernaient le manque de moyens financiers, le manque d'informations sur les structures spécialisées de prise en charge, la conception des maladies mentales avec les itinéraires thérapeutiques ; les préjugés sur l'hôpital psychiatrique, le coût du traitement et la peur de la stigmatisation sociale. Ces raisons ont également été évoquées par Yao YP sur les itinéraires thérapeutiques des schizophrènes suivis en ambulatoires à Abidjan [9]. Ce comportement de santé de la population serait un obstacle à la prise en charge précoce de la schizophrénie avec une péjoration du pronostic.

Cette demande tardive de soins psychiatriques a été évoqué

par plusieurs études, dont celles de Padja [7] qui trouvait 31,6 % de cas avec un temps de latence supérieur à trois ans et Silué [8] pour qui 40% d'hospitalisation ont lieu 5 ans après le début de la maladie.

Ce retard entraîne et une hospitalisation tardive après plusieurs années d'errance, de tentatives diverses d'auto-médication.

Dans notre étude, l'itinéraire thérapeutique des malades n'est rien d'autre que l'itinéraire des familles. Les premiers itinéraires thérapeutiques conduisent aux tradi-praticiens et aux religieux. Il ressort de cette étude que la conception de la maladie et son origine mystique déterminent l'itinéraire thérapeutique. En effet, en fonction de la conception de la maladie mentale, les familles opèrent un choix thérapeutique avec tout l'itinéraire que cela peut engendrer. Cette conception avait déjà été formulée par Koné [6].

L'itinéraire emprunté par les familles constitue donc un facteur de rallongement du délai de la demande de soins médicaux. Conformément à nos trois cas, Silué [8] soutenait que la majorité des patients schizophrènes avait pour 1^{er} recours les tradi-praticiens et les religieux dans leur quête thérapeutique. L'étude de Yao YP et coll à Abidjan montrait que 52, 3% des patients avaient recours en première intention aux centres de soins non conventionnels (guérisseurs, tradithérapeutes, religieux) contre 47,7% qui avaient recours en première intention aux centres de soins conventionnels[9]



A côté de l'itinéraire thérapeutique en rapport avec les problèmes conceptuels de la population, nous notons un problème relatif à l'assistance et à l'organisation des soins en santé mentale, notamment dans le cas BB, domicilié à Soubré et devant être pris en charge à Bingerville. BB doit parcourir une distance de 387 kilomètres de Soubré à Bingerville.

Les offres de soins en santé mentale se retrouvent dans un dispositif peu inséré dans les hôpitaux généraux et centres hospitaliers régionaux du fait d'une insuffisance du personnel qualifié. Cette insuffisance en personnel pourrait être en rapport avec les préjugés et les représentations de la maladie dans nos sociétés Africaines :

- la médecine moderne ne pourrait régler de façon durable des questions en rapport avec des envoûtements, des divinités, des esprits ou des interdits tribaux qui sont bien souvent admis comme causes des troubles mentaux ;
- il est souvent admis que ceux qui traitent les troubles mentaux courent le risque de présenter des troubles mentaux ou d'observer des troubles mentaux chez leurs descendants.

Dans notre étude, la demande de l'hospitalisation a toujours été formulée par la famille. Cette remarque est conforme aux observations de Silué [8] qui a montré que 90% des demandes de soins étaient formulées par la famille.

En Afrique, la famille reste incontournable dans les prises de décision quand la maladie survient. La conduite à tenir par rapport à l'orientation des malades est intimement liée à elle, car c'est elle qui choisit les orientations thérapeutiques et les itinéraires. Elle est partie prenante à part entière dans les soins jusqu'à la guérison.

L'implication directe des familles reste décisive dans l'initiation de soins en santé mentale. Elles paraissent trop souvent directives.

Nos trois patients auraient consommé du cannabis généralement deux ans avant le début de la première crise. Ce chapitre ramène au débat sur le rapport entre le cannabis et la schizophrénie qui a fait couler beaucoup d'encre ces dernières décennies. Pour certains auteurs comme François Chast [3] le cannabis est un facteur favorisant la schizophrénie qui multiplierait le risque de survenue de celle-ci par six ; c'est même un facteur précipitant et perpétuant. Tandis que pour Lalonde, le schizophrène consomme le cannabis pour calmer l'angoisse de morcellement [5].

Nous notons respectivement que BY (patient1) et BB (patient 3) avaient interrompu leur traitement à deux jours et soixante-six jours.

Interrogés sur les raisons de ces interruptions, les familles incrimaient les effets secondaires des antipsychotiques classiques. En effet, la conférence européenne de consensus recommande les antipsychotiques de dernière génération.

Ces molécules ont l'avantage d'avoir moins d'effets secondaires et d'être efficaces à la fois sur les signes négatifs et positifs. Malheureusement le coût de ces médicaments (entre 58000FCFA et 123000FCFA la boîte c'est-à-dire entre 88,43 EUROS et 187,52 EUROS) ne les rend pas accessibles à tous dans la mesure où en Côte d'Ivoire il n'y a pas de couverture maladie universelle. La mutuelle générale des fonctionnaires prend en compte les médicaments des fonctionnaires du public avec une liste limitée d'antipsychotiques atypiques. Les patients fonctionnaires du privé ont des assurances de l'employeur qui parfois ne prennent pas en compte les troubles mentaux. Pour les patients sans emploi la possibilité d'accès aux antipsychotiques dépend souvent du pouvoir d'achat des familles ou des bonnes volontés.

Cette limite dans l'accessibilité aux antipsychotiques pourrait influencer le pronostic malgré les aspects socioculturels admis comme facteurs influençant favorablement le pronostic des schizophrénies en Afrique.

La faible prescription des antipsychotiques atypiques (soit 21,8% en monothérapie) constatée au service d'hygiène mentale d'Abidjan [10] pourrait être en rapport avec cette limite dans l'accessibilité aux antipsychotiques en général et en particulier aux antipsychotiques atypiques.

Yéo-Ténena [10] mettait déjà en évidence dans ses travaux en 2008, l'avantage des antipsychotiques atypiques qui ont au moins l'avantage de réduire l'apparition des symptômes extrapyramidaux et de favoriser une réinsertion des jeunes schizophrènes.

Les interruptions de traitements en rapport avec les effets adverses du traitement montrent qu'il faut mener avec plus de conviction et de temps ce travail explicatif avec la famille et le patient lorsqu'il est à mesure de le comprendre pour une alliance thérapeutique efficace.

Ce travail explicatif permet une éducation thérapeutique dans le but d'éviter une potentialisation des effets des antipsychotiques du fait de l'usage de produits traditionnels des



guérisseurs qui pourraient avoir des propriétés pharmacologiques des antipsychotiques. Il faut donc les sensibiliser à utiliser un seul médicament et avoir recours à des alternatives non médicamenteuses toute fois qu'ils ont déjà une thérapeutique médicamenteuse dans un système de soins.

Le recours aux autres alternatives thérapeutiques concomitamment (prière, tradithérapeutes, guérisseurs) est dû au fait que les familles estiment souvent qu'après la stabilisation dans un centre de soins conventionnels, la guérison ou la consolidation ne peut être obtenue que par l'appui de ces alternatives.

Cette position est à mettre en rapport avec leurs croyances et leurs conceptions de la maladie (troubles mentaux).

Pour les familles l'hôpital donne une substance active sur un certain temps mais il faut aller chercher des paroles actives dans les camps de prières, des objets actifs et même des substances actives chez les guérisseurs (ces centres leur donnent des explications sur la maladie qui sont compatibles avec leur croyance et perception de la maladie).

Une telle position doit attirer l'attention des intervenants en santé mentale à développer aussi des aptitudes non médicamenteuses (psychothérapies) dans la prise en charge des patients de sorte à ne pas être perçus uniquement comme des administrateurs de substances mais aussi comme des praticiens ayant des paroles psycho actives.

Dans le cas clinique n° 2, la société a accepté BB comme guérisseur. Il a eu un rôle lui permettant de s'insérer socialement. Loin de nous l'intention de porter un jugement sur ce fait culturel, nous constatons qu'il s'agit d'un sujet qui a su obtenir un statut et un rôle au sein de la société. Est-ce un délire hallucinatoire ou une véritable communication avec les « esprits » ?

Conclusion

L'intrication de plusieurs facteurs dans la demande de soins des schizophrènes rend cette tâche complexe. Dans cette complexité, un élément paraît frappant, la culture, qui tente de socialiser la maladie. Elle peut se présenter comme le problème et la solution. Elle contient les germes qui retardent la demande de soins.

Sous d'autres aspects, elle est une véritable solution quand elle réussit à socialiser la maladie, faisant des anciens malades mentaux de bons guérisseurs et de bons exemples de lutte contre les préjugés. Finalement sans doute, faudra-t-il que les psychiatres acceptent d'intégrer le réseau de soins proposés par la culture plutôt que de poursuivre un rêve impossible de faire intégrer l'ordre culturel à l'hôpital. Pour finir, la psychiatrie moderne doit avoir la confiance et le soutien des familles indispensables de façon générale dans la prise en charge des malades car dans notre contexte le délai de la demande de soins psychiatriques dépendrait presque toujours d'elle.

Références

1. ANITA RR, EVLINE R, MARCUS D et coll. Dépistage et traitement précoce des psychoses schizophréniques. Forum suisse med, 2006 ; 6 :603-9
2. CLERVOY P, CORCOS M. Épidémiologie et histoire naturelle des schizophrénies. *Rev Prat* 2002 ; 52 : 1117-82.
3. FRANCOIS C. Président de l'académie nationale de pharmacie <http://www.lefigaro.fr/santé/2010/04/18/01004-20100418ARTFIG00261-le-cannabis-al-origine-de-la-schizophrénie-php>
4. GINESTET D, KAPSAMBELIS V. Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte. Flammarion médecine sciences 1996- 402p
5. LALONDE P. Les symptômes de la schizophrénie. La schizophrénie expliquée. Gaëtan Morin éditeur, Montréal, 1988 chap2 11-31
6. KONE A. Conceptions des maladies mentales itinéraires thérapeutiques : étude réalisée auprès de 108 patients de malades hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Thèse méd.université de cocody Abidjan n° 4524.
7. PADJA KP. Prise en charge médicamenteuse des schizophrénies de 2003 à 2005 au service d'hygiène mentale de l'INSP Thèse méd. Université de Cocody Abidjan n° 4608
8. SILUE G. Itinéraire thérapeutique de 60 patients hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Bingerville. Thèse méd. université de cocody Abidjan n° 4788
9. YAO YP, YEO-TENENA YJM et coll. Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan. L'information psychiatrique 2009 ; 85 :1-9
10. YEO-TENENA YJM, Yao YP et coll. Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge médicamenteuse des Schizophrénies du service d'hygiène mentale d'Abidjan. L'information psychiatrique 2008 ; 84 :417-25



Kapouné Karfo

Aspects épidémiologiques et psycho-sociaux des vomissements incoercibles gravidiques au Burkina Faso

Auteurs : K. Karfo¹, A. Ouédraogo¹,
Ch. Ouédraogo²

Résumé : L'étiologie des vomissements incoercibles gravidiques (hyperemesis gravidarum) a été et est toujours l'objet de controverses dans la littérature. Nous avons conduit cette étude dans le but de contribuer à ce débat mais aussi à une meilleure prise en charge des vomissements gravidiques.

Nous avons passé deux entretiens à chaque patiente en l'espace de 72 heures à l'aide d'un hétéro questionnaire. 41 femmes hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique pour vomissements incoercibles gravidiques ont été vues dans un intervalle de 3 mois.

Nous avons retrouvé l'existence de plusieurs facteurs (bas niveau d'éducation, femme au foyer, bas niveau économique, grossesse désirée, rang d'aînée dans la fratrie) dont leurs actions ou interactions pourraient expliquer l'avènement des vomissements incoercibles gravidiques. Ces facteurs sont diversement associés sans aucune prédominance nette d'un facteur. Nos résultats sont comparables à ceux de la littérature que nous avons pu consulter.

En attendant que d'autres études plus importantes viennent infirmer ou confirmer ces résultats, nous suggérons l'institution d'une prise en charge psychologique complémentaire de celle biologique des femmes présentant des vomissements incoercibles sur grossesse et hospitalisées dans les services de gynécologie obstétrique.

Mots clés : vomissement, grossesse, psychosocial, Burkina Faso, épidémiologie.

Abstract : *Epidemiological and psychosocial features of nausea and vomiting in pregnancy.*

Aim

The aetiologies of hyperemesis gravidarum (HG) remain a controversy in the literature.

The aim of the present study is to contribute to the debate and to offer suggestions about improving the health care of HG individuals.

Method

Forty one women with HG were examined in the obstetrics and gynaecology ward of Ouagadougou Teaching Hospital in Burkina Faso. They were administered questionnaires assessing psychosocial and socio-demographic variables. Each patient was interviewed twice; *the second day on admission and 48 hours after admission to the ward.* We took 3 months to collect the 41 cases.

Results

The results revealed many psychosocial factors that may influence the onset of nausea and vomiting during pregnancy. *These factors include family conflicts, economic status, low level of education, age and the sibling position of the mother.* Our results are consistent with previous findings.

We suggest that regular psychological review should be considered as an important part of the care of the pregnant woman.

Keys words: vomiting, pregnancy, psychosocial factors, epidemiology, Burkina Faso

1. Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso.

2. Service de Gynécologie obstétrique, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO, Ouagadougou, Burkina Faso.

Correspondant : Professeur Kapouné Karfo, Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso. 01 B.P. 2317, Ouagadougou (Burkina Faso). Tél. : + 226.50.39.81.48 ; 226.70.35.11.18 ; 226.70.21.12.46 – E-mail : spounik@netcourrier.com/kkapoune@yahoo.fr



Introduction

Les vomissements incoercibles gravidiques ou Hyperemesis gravidarum (HG) sont des vomissements qui interviennent plusieurs fois dans la journée d'une manière incontrôlée et incoercible. Nausées et Vomissements apparaissent dans le 1^{er} trimestre chez 50 à 80 % des femmes en grossesse [16]. Généralement considérés comme un signe d'impréhension hormonale, ils disparaissent normalement entre la 12^{ème} et la 16^{ème} semaine. Il y a rarement des complications. Mais dans 0,5 % à 2 % des grossesses, des vomissements et nausées sévères et incoercibles peuvent apparaître dans le 1^{er} trimestre avec des symptômes se résolvant autour de la 20^{ème} semaine de gestation. Ces états d'hyperemesis gravidarum nécessitent une hospitalisation à cause du mauvais état général de la patiente avec la perte de poids, la malnutrition, les troubles hydro électrolytiques, la menace de pré éclampsie, d'éclampsie mais aussi de l'état psychique de la patiente souvent ignoré.

L'étiologie de ces vomissements n'était pas identifiée jusqu'à la fin du siècle dernier. Plusieurs hypothèses ont été avancées. La grossesse n'est pas seulement un processus physiologiques, c'est aussi une période de perturbation psychologique chez la femme qui doit accepter de porter la grossesse et aussi anticiper sur la naissance du futur bébé et son statut et rôle de future mère. Toutes ces considérations constituent des facteurs de stress qui pourraient être à l'origine de l'existence ou de l'aggravation des vomissements.

Les vomissements peuvent signer l'existence de problèmes psychologiques autour de la grossesse. Ils peuvent exister sur une personnalité particulière compliquant la prise en charge [12].

Les manifestations psychopathologiques qui peuvent apparaître au cours de la maladie sont donc à interpréter pour chaque femme en fonction de son histoire personnelle, de la particularité de la vie affective, de son statut socioculturel et aussi de son attitude vis-à-vis de la grossesse.

Wolkind et Zajicek [19] considèrent les vomissements gravidiques incoercibles comme un modèle complexe dans lequel des changements physiologiques s'installent chez une femme ayant ses prés requis psychologiques, sociologiques et culturels. Une acceptation générale du rôle du processus psychologique dans l'avènement des vomissements et nausées sur grossesse se retrouve dans l'ICD10 où la catégorie F50.5 représente le vomissement associé à des facteurs psychologiques ; les auteurs affirment que dans la grossesse, les facteurs émotionnels peuvent contribuer à l'existence de nausées et vomissements récurrents [9].

Dans le cas de la maternité du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), en l'absence de tout travail en rapport avec notre sujet, une observation empirique montre une fréquence des vomissements incoercibles gravidiques avec une absence totale de prise en charge psychologique, occultant ainsi la part psychologique de la pathologie.

L'objectif de notre étude était de :

- déterminer le profil épidémiologique des femmes vomisseuses,
- identifier le profil psychosocial des femmes vomisseuses,
- proposer un renforcement psychothérapeutique dans l'arsenal de prise en charge des femmes vomisseuses.

Patientes et méthode

L'étude s'est déroulée au service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou au Burkina Faso. C'est un service de dernière référence qui reçoit en général les cas graves référés par les services déconcentrés que constituent les Centres Hospitaliers Régionaux et les districts urbains de la ville de Ouagadougou.

Il s'est agi d'une étude prospective qui a intéressé les femmes présentant des vomissements incoercibles sur grossesse et hospitalisées. Elle a duré de juillet à septembre 2009.

Les critères d'inclusion :

- être hospitalisée pour vomissement sur grossesse <15 semaines d'aménorrhées,
- n'avoir pas d'autres pathologies associées,
- accepter au moins deux entretiens en l'espace de 72 heures avec le psychiatre pendant l'hospitalisation.

La collecte des données chez les patientes a été faite à l'aide d'un hétéro questionnaire soumis au cours de l'examen. L'examen a eu lieu le 2^{ème} jour de l'hospitalisation. La malade était vue seule dans sa chambre pour un entretien semi dirigé d'une heure à 3 jours d'intervalle. Les entretiens étaient soutenus par un questionnaire spécifique élaboré par le psychiatre. Le questionnaire visait à définir la population étudiée : âge, statut matrimonial, origine culturelle, statut socio-économique, scolarité, profession. Venaient ensuite les items concernant la grossesse actuelle dans son contexte conjugal, familial, social et individuel : grossesse désirée, non désirée, peur de la grossesse, l'âge de la grossesse. Par la suite, nous abordions la question d'éventuelles grossesses précédentes et du vécu associé.

En dernier lieu, nous cherchions à connaître l'existence d'antécédents psychiatriques chez la patiente (antécédents personnels, familiaux, de maladie mentale mais aussi de carence maternelle précoce ou l'existence de substituts parentaux).

Le questionnaire a été administré après l'acceptation volontaire de la patiente de s'inclure dans l'étude. Il leur était expliqué le but de l'étude au cours de l'entretien d'obtention du consentement éclairé fait par la sage femme ou le psychiatre juste avant l'entretien proprement dit.

Résultats

En trois mois, 41 femmes répondant aux critères d'inclusion ont été enrôlées dans l'étude. Toutes les femmes ont

été hospitalisées pour correction des états de dénutrition causés par les vomissements.

Il n'y avait pas de prise en charge psychologique pour les vomissements graves mais pour l'occasion, nous avons toujours fait une psychothérapie de soutien pour 30 d'entre elles qui présentaient une anxiété modérée et des troubles importants du sommeil.

Les détails sur les caractéristiques socio-démographiques des patientes sont exposés dans le tableau I.

Les femmes vomisseuses qui étaient de même culture que leurs maris représentaient 82,9 % de l'échantillon.

- Les grossesses désirées par la femme s'accompagnaient plus de vomissements (68,3 % versus 31,7 %). Le partenaire désirait la grossesse dans 73,2 % des cas.
- Les femmes ayant des antécédents psychiatriques représentaient 26,8 %.
- La peur de la grossesse a été signalée dans 61 % des cas et 26,8 % des femmes ont affirmé que la grossesse était une source de souffrance.
- Dix sept vomisseuses (41,5 %) étaient à leur première grossesse. Les 24 autres (58,5 %) ont eu entre 1 et 7 grossesses.
- Le délai d'apparition des vomissements variait de 1 semaine à 6 semaines avec un pic à 4 semaines (41,5 %).
- Toutes les vomisseuses étaient hospitalisées, 44 % étaient à leur deuxième hospitalisation pour vomissement sur la même grossesse.
- Les antécédents de vomissements sur grossesse antérieure étaient notés chez 36,6 % des femmes.
- Les antécédents de vomissement en dehors de toute grossesse étaient retrouvés chez 34,1 % des patientes.
- Le fait d'avoir des enfants vivant n'influaient pas sur l'existence des vomissements : 19 vs 18 des femmes avaient des enfants vivants.
- Vingt deux pour cent de vomisseuses avaient déjà fait l'expérience d'un avortement pour 17,1 % d'entre elles et deux avortements pour 4,9 %.
- Deux avortements étaient spontanés, le reste étaient provoqués pour diverses raisons : maladie, célibat, scolarité.
- Le lieu de vie au moment de l'enquête était le foyer conjugal pour 73,2 % des vomisseuses ; le reste (28,8 %) vivait chez leurs parents (père, tante).
- Des difficultés dans les couples ont été signalées par 26,5 % de femmes vivant au foyer conjugal. Les difficultés évoquées étaient entre autres : des problèmes avec les coépouses, des problèmes financiers, des problèmes privés.
- Parmi les vomisseuses de notre échantillon, 24,4 % ont eu une enfance particulière racontée aux intéressées par les parents ; il s'agissait de divorce des parents à bas âge (5 %), de maladie chronique grave (13 %), de perte précoce de la mère (4 %), de malnutrition (2,4 %).
- Dix sept vomisseuses ont été confiées à leurs jeunes âges à des substituts parentaux.
- Les vomisseuses se recrutaient dans les classes sociales à bas revenu (inférieur à moyen) : 70,7 % des patientes.

Tableau I : Caractéristiques socio démographiques des 41 patientes vomisseuses incluses dans l'étude

	Effectif	Pourcentage
Âge		
- minimum	16	
- maximum	39	
- médiane	25	
- âge moyen	25,09	
Profession		
femme au foyer	14	34,1
fonctionnaire	9	22
commerçante	1	2,4
étudiante - élève	6	14,7
sans emploi	10	24,4
autre	1	2,4
Niveau d'éducation		
primaire	7	17,1
moyen	4	9,8
secondaire	14	34,1
supérieur	3	7,3
école arabe	2	4,9
non scolarisée	11	26,8
Religion		
catholique	13	31,7
musulmane	25	61
protestante	3	7,3
Rang dans la patrie		
aînée	13	31,7
benjamine	6	14,6
cadette	10	24,4
autre	12	29,3
Statut matrimonial		
célibataire	10	24,4
monogamie	17	41,5
polygamie	11	26,8
vie maritale	3	7,3
Niveau socioéconomique		
inférieur	14	34,1
moyen	15	36,6
moyen inférieur	11	26,9
supérieur	1	2,4

Discussion

Sur le plan de la définition de la population étudiée, l'âge de nos patientes variait entre 16 et 39 ans ; c'est une population relativement jeune. L'âge jeune comme facteur de risque dans les vomissements incoercibles gravidiques a été évoqué par des auteurs comme Karpel [4] et Sekkat [15] ; pour

d'autres comme O'Brien [8], il n'y aurait pas d'association. Dans le cas de notre étude, ni le contexte (service hospitalier de dernière référence) ni la taille de notre échantillon (41 patientes) ne nous permettent de vérifier une telle assertion.

Les femmes au foyer c'est-à-dire celles n'ayant aucune activité rémunérée et vivant dans le foyer conjugal, semblent plus exposées aux vomissements incoercibles gravidiques. Elles représentent 34,1 % de notre échantillon. Ce résultat a été plusieurs fois rapporté par des auteurs dont Weigel [18] qui trouvait dans son échantillon une majorité de femmes au foyer. Dans le contexte du Burkina Faso, la sous-scolarisation des filles due à des pesanteurs socioculturelles ne nous permet pas de dégager une conclusion. Mais l'on peut supposer que la solitude et le manque d'occupation pourraient développer chez la femme enceinte des pensées négatives vis-à-vis de son état, sources probables de l'avènement des vomissements et nausées.

Le bas niveau d'éducation est souvent cité comme facteur de risques dans les vomissements incoercibles gravidiques [5]. Nous avons trouvé Seulement 34,1 % des femmes avaient un niveau secondaire confirmant cette assertion. Par contre, des auteurs comme Pettiti [11] affirment qu'il n'y a pas de corrélation entre les symptômes et le niveau d'éducation. Le niveau socio-économique inférieur à moyen intéresse 70,7 % de notre échantillon. On pourrait conclure que la pauvreté est un facteur de risque dans les vomissements incoercibles gravidiques. Nos résultats sont comparables à ceux de Palmer [10] et Fairweather [2] qui trouvaient que les vomissements incoercibles gravidiques étaient importants dans les quartiers populaires et en contradiction avec ceux de Lesley [6] qui trouvait que les vomissements incoercibles gravidiques étaient associés à un haut statut social. Ces résultats restent discutables dans la mesure où les vomissements incoercibles semblent être liés au vécu de la grossesse par la parturiente elle-même, aux coutumes et traditions liées à la procréation, à la place et au rôle de la femme dans son foyer.

Le statut matrimonial est souvent mis en cause dans les vomissements incoercibles gravidiques. Nous avons trouvé plus de femmes mariées (28) dont 41 % en régime monogamique qui ont développé des vomissements incoercibles gravidiques. La monogamie est le régime reconnu par la loi au Burkina Faso et préféré par la majorité des femmes ; elle protégerait beaucoup plus la femme des nausées et vomissements au cours de la grossesse. La polygamie est dite tolérée. Le célibat comme facteur de risque fréquent évoqué par Uddenberg et al [17] ne serait donc pas le premier facteur ni l'exclusif ; en effet, des auteurs comme Crépin [1] ne trouve pas de liaison entre célibat et présence des vomissements incoercibles gravidiques. Par contre, Markel et al [7], soutiennent que le célibat augmente le risque de 50% comparé aux femmes vivant avec un partenaire

Les vomissements incoercibles gravidiques, interviennent beaucoup plus chez les aînées. En effet, 31,7 % des femmes occupent ce rang dans notre étude. En Afrique, le rang

d'aîné(e), quelque soit le sexe, est un symbole vécu avec beaucoup de conflits internes. L'aînée a souvent été trop investie par les parents et en retour celle-ci se doit de donner le meilleur d'elle-même, le bel exemple aux autres. Dans ce conflit interne, la grossesse peut être vécue comme un défi pour elle à relever avec tout ce qu'elle comporte comme risques. Que signifie au fond cette expulsion symbolique de la grossesse par la bouche ? Une des hypothèses pourrait être l'angoisse de performance suscitée par le désir de remplacement des parents. Par ailleurs, les aînées célibataires et portant des grossesses illégitimes, font l'objet d'une réprobation très sévère de la part des parents et de l'entourage. Cette atmosphère d'insécurité et de distension familiale se trouve encore plus accentuée lorsque l'auteur de la grossesse refuse la paternité. L'échec des investissements, tant sur le plan social qu'affectif, la situation d'abandon, l'angoisse de culpabilité constituent une situation conflictuelle particulièrement éprouvante qui pourrait être à l'origine des vomissements.

La parité comme facteur de risque dans les vomissements incoercibles gravidiques a été évoquée dans la littérature. Crépin et coll. [1] indiquent que les vomissements incoercibles gravidiques surviennent sur des grossesses très désirées ou au contraire mal acceptées chez des primipares prolongées dans des difficultés familiales, sociales ou économiques. Nos résultats sont comparables à ceux de Crépin [1] car 41,5 % de nos patients sont des primipares ayant un bas niveau socio économique. Mais il faut signaler aussi que la première grossesse en elle-même peut être source de questions et d'anxiété chez une femme qui va vivre une toute première expérience. En général dans la littérature, les études faisant la part entre primipare et multipare ont trouvé des résultats contradictoires.

Le trop grand désir de la grossesse ou son rejet semble être à l'origine de la même charge anxieuse. Les grossesses désirées par les deux parties s'accompagnaient plus de vomissements incoercibles gravidiques. Dans notre étude 68,3 % des femmes versus 31,7 % désiraient la grossesse.

Le lieu de vie au moment de l'enquête était le foyer conjugal pour 73,2 %. Le contexte conjugal ou familial n'influencerait pas a priori les vomissements incoercibles gravidiques. Le foyer conjugal est le foyer idéal pour tout couple et pour toute femme désirant porter un enfant légitime dans la culture burkinabé. Par contre des difficultés dans la vie du couple peuvent exister et participer à l'explication des vomissements incoercibles gravidiques. En effet 26,5 % des femmes vivant au foyer conjugal évoquaient l'existence de telles difficultés (problèmes de coépouse, de finances, sexuels et relationnels). Et pour Simpson [16], vomissements incoercibles gravidiques et nausées sont des symptômes de la femme qui n'est pas satisfaite de ses relations avec son mari et l'exprime inconsciemment à travers les symptômes.

Nos résultats sont comparables à ceux de Crépin et coll. [1] qui donnent 64,4 % de vomissements incoercibles gravidiques sur grossesses désirées et 34,1 % de vomissements



incoercibles gravidiques sur grossesses non désirées. Par contre ils sont en contradiction avec ceux de Fitzgerald [3] qui trouvait que les vomissements incoercibles gravidiques étaient retrouvés sur les grossesses non désirées, non planifiées chez des femmes ayant des relations ambivalentes ou négatives vis-à-vis de leur mari. Le dégoût de la femme pour la grossesse se refléterait au niveau des nausées et vomissement qui lui permettraient de rejeter la grossesse sans culpabilité.

La peur de la grossesse : elle est retrouvée dans la littérature et est décrite comme une labilité émotionnelle, une dysphorie, une instabilité, des manifestations anxieuses avec plaintes somatiques diverses, liées aux changements physiologiques qui s'opèrent durant le 1^{er} trimestre [14]. Cette peur peut s'atténuer au 2^{ème} trimestre mais se trouve forcément réactivée au 3^{ème} trimestre avec l'approche de l'accouchement. Nos patientes l'ont évoquée dans 61 % des cas et pour 1/3 environ, elle est liée à l'idée qu'elles vont souffrir au cours de la grossesse et à l'accouchement.

Les grossesses précédentes et le vécu associé ont été aussi explorés. Le fait d'avoir des enfants vivant n'influencait pas l'apparition des vomissements ; 19 versus 18 femmes avaient des enfants vivants. Elles avaient donc déjà mené au moins une grossesse à terme.

Au niveau des antécédents psychiatriques, Robertson [13] interrogeant 100 femmes en grossesse concluait que celles présentant des vomissements incoercibles gravidiques avaient un dysfonctionnement relationnel avec leur mère. Fitzgerald [3] trouvait dans son étude une forte association

d'antécédents psychiatriques et de carence précoce des relations entre mère et enfant (la future mère). La présence de ces facteurs est retrouvée dans notre échantillon dont 26,8 % avaient des antécédents psychiatriques (dépression, hystérie, conjugopathie) ; 24,4 % avaient présenté des situations particulières à leur enfance (divorce précoce des parents, maladie chronique grave, décès précoce de la mère, malnutrition) et 41,4 % ont été confiées à des substituts parentaux à leurs jeunes âges.

La grossesse serait ici l'occasion d'une remontée de tous ces stress refoulés qui pourraient être transformés en vomissements incoercibles.

Conclusion

Dans la littérature, les vomissements incoercibles gravidiques sont décrits comme étant d'une extrême complexité. Les résultats obtenus dans notre étude corroborent cette assertion : en effet les facteurs psychosociaux et psychologiques liés à la grossesse sont d'une telle importance qu'on ne peut ignorer les symptômes qu'ils produisent. Certains auteurs ont même défini les vomissements incoercibles comme étant la maladie des théories [4]. Dans cette querelle somatique versus psychique, on pourrait dire que les vomissements incoercibles gravidiques constituent un symptôme alimenté par une source somatique préexistante (hormone) dans un contexte socioculturel dont le surenchérissement est développé par la psyché.

Devant cette situation, toute prise en charge doit tenir compte de deux volets : l'un somatique pour empêcher les vomissements de se produire de manière incoercible, l'autre psychique sous la forme d'entretien dans le cadre hospitalier.

Références

1. Crépin G, Decocq J, Caquant F, Delahousse G, Delcroix M, Querieu D. Le sulpiride dans les vomissements de la grossesse. *Rev Fr Gynecol obstet* 1977; 72: 359-46.
2. Fairweather D V. Nausea and vomiting during pregnancy-obstet gynaecol Ann 1978; 7 : 91-105.
3. Fitzgerald CM. Nausea and vomiting in pregnancy. *British journal of medical psychology* 1984; 57 : 159-165.
4. Karpel L, de Gmeline C. Approches psychologiques des vomissements incoercibles gravidiques. *J Gynecol obstetric Biol* 2004; 33, 7 : 623-31.
5. Kjiri Saloua. Psychologie de la grossesse et de l'accouchement. *Espérance Médicale* 1999; 6, 56 : 576-573.
6. Lesley C Meyer, Janet L Peacock, J Martin Bland and H Ross Anderson. Symptoms and health problems in pregnancy : their association with social factors, smoking, alcohol, caffeine and attitude to pregnancy. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* 1994 ; 8, 145-155.
7. Markel GE, Strunz-Lehner C, Eugen-Lappe V, Lack N, Hastford J. The association of psychosocial factors with nausea and vomiting during Pregnancy. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2008, 29, 1: 17-22
8. O'Brien Beverley, Quinping Zhou. Variables related to nausea and vomiting during pregnancy. *Birth* 1995; 22 : 2
9. Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des troubles mentaux (CIM-10), traduction par CB Pull et al. Paris: Masson; 1994.
10. Palmer R L. A psychosomatic study of vomiting of early pregnancy. *J Psychosom Res* 1973; 17, 4 : 303-308.
11. Pettiti D B. Nausea and pregnancy outcome. *Birth* 1986 ; 13, 223-226.
12. Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère et l'enfant dans les Psychoses du post partum. *L'évolution psychiatrique* 1961 ; 26, 4, 525-70.
13. Robertson G. Nausea and vomiting of pregnancy. *Lancet* 1946; 248-336.
14. Rouillon F. Troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum. *Revue du praticien* 1997 ; 47 : 1593-1595.
15. Sekkat FZ, Ktiouet JE. Aspects cliniques des troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum. *Espérance Médicale* 1999 ; 6, 56 : 581-583.
16. Simpson SW, Goodwin JM, Robinson SB, Rizzo AA, Howes RA, Buckwalter DK, Buckwalter JG. Psychological factors and hyperemesis gravidarum. *Journal of women's health and gender-based medicine* 2001; 10, 5: 471-477.
17. Uddenberg N, Nilson A, Almgren P. Nausea in pregnancy : psychosocial and psychosomatic aspects. *J Psychosom Res* 1971; 15 : 269-276.
18. Weigel MM, Weigel RM. The association of reproductive history, demography factors and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy. *Am J. Epidemiol* 1998 ; 127 : 562-570.
19. Wolkind S, Zajicek E. Psychological correlates of nausea and vomiting in pregnancy. *J psychosom Res* 1978; 22 : 1-5.



Peguy T. Ndonko¹



Laurain Assipolo²

L'eau dans la pratique de l'ordalie : une lecture anthropologique et (socio) linguistique¹

Résumé : il existe en Afrique en général et au Cameroun en particulier de nombreuses pratiques culturelles dans lesquelles l'eau joue un rôle fondamental. Celles-ci modifient les comportements des populations vis-à-vis de cette ressource, qui tend à être déifiée. Cet article s'intéresse à l'une de ces pratiques, l'ordalie, chez un groupe ethnique particulier : les Bamiléké de l'Ouest Cameroun. Il est question de présenter ce rite juridique lié à la viduité qui entraîne, au niveau de la langue française, la resémantisation du substantif « eau » et des notions juridiques de « culpabilité » et d'« innocence ».

Mots-clés : Eau, ordalie, viduité, régulations culturelles, culpabilité, innocence.

Abstract : there are in Africa in general and Cameroon in particular many cultural practices in which water plays a fundamental role. They modify people's behavior face the resource, which tends to be deified. This article focuses on one of these practices, the ordalic practice, in a particular ethnic group: the Bamileke of western Cameroon. It is about presenting this rite related to legal widowhood resulting, at the French language, resémantisation the noun «water» and legal concepts of «guilt» and «innocence».

Keywords : Water, ordalic practice, widowhood, cultural regulations, guilt, innocence.

Prolégomènes

L'eau occupe une place de choix dans la pratique des rituels en Afrique. Au Cameroun, selon les croyances étiologiques des différents groupes ethniques, l'eau est soit un élément purificateur (elle évacue les souillures du corps), soit un indice du choix de la confrérie des *megny-nsi* et *nkam-nsi*² d'accueillir un nouveau membre en leur sein, soit l'élément clé qui permet de prouver la culpabilité ou l'innocence d'une veuve après le décès de son mari. C'est à ce dernier aspect que cet article s'intéresse. Il s'agit ici d'analyser la pratique de l'ordalie dans une double perspective. Celle de l'anthropologie et de la (socio)linguistique.

L'anthropologie en ce sens qu'elle exhume des pratiques culturelles, décrit les rapports des différents groupes ethniques à leurs coutumes, fournissant ainsi d'importantes informations pour l'étude des interactions langues/société. Les études en sciences humaines et sociales se sont très peu intéressées au droit coutumier dans le contexte général de l'Afrique, et particulièrement chez les Bamiléké de l'Ouest Cameroun. Le droit coutumier, il faut le souligner, a des incidences sur la manière dont les peuples appréhendent la réalité. Certaines notions acquièrent ainsi des connotations spécifiques, culturelles. En Afrique par exemple, les différentes formes de sociabilité (quartier, village, rue, école, etc.) engendre une néo-parenté au point où un ami, un congénère ou un cousin est appelé *frère*, un terme qui ne désigne plus *celui qui est né du même père et de la même mère*. Cette étendue de la famille influence également les notions de *père*, *mère*, etc. Une influence qui a des conséquences sur les notions juridiques d'*inceste*, de *vol* et de *viol*.

La conception africaine de la famille fait donc que certains mots acquièrent des sens culturellement connotés au point de mettre en péril l'intercompréhension avec la francophonie, car « *on peut parler la même langue tout en ayant des découpages différents de la réalité objective, tout comme on peut parler des langues différentes tout en ayant le même*

1. Université de Yaoundé I, département d'anthropologie – pegn-donko@yahoo.fr

2. Université de Yaoundé I, département de français – assipolo@yahoo.fr

1. Nous reprenons à notre compte cette graphie de Louis-Jean Calvet (2003). Les parenthèses ont pour fonction, comme il le précise, « de suggérer que cette partie du mot devait un jour tomber, comme un fruit mûr, lorsque la linguistique serait devenue, enfin, sociale. »

2. Devins-guérisseurs.



découpage de la réalité objective » (Paul Zang Zang, 2006 : 176). Ces manières de parler posent également le problème des lois évoquées par Paul Zang Zang (*ibid.* : 213) pour qui « la langue, la culture et le droit sont des phénomènes qu'on ne peut pas aisément séparer. » C'est pourquoi de son point de vue, le système juridique imposé à un peuple doit être l'émanation de sa culture.

À titre d'exemple, cette affaire opposant Alain Bandji Belate à son ex épouse Gervaise Nguete, rapportée par le quotidien camerounais *Mutations* dans son édition n° 2602 du 26 février 2010, dans un filet en page 5. L'affaire en question montre clairement que ce que la justice française considère comme faute peut être perçue différemment par les cultures camerounaises. On peut lire en effet dans ce journal :

La Cour d'appel de Versailles a rendu, le 27 janvier 2010, son verdict dans l'affaire qui oppose Alain Bandji Belate [un Camerounais] à son ex épouse Gervaise Nguete [une Camerounaise] pour atteinte sexuelle avec violence, contrainte, menace ou surprise. La Cour d'appel de Versailles a donc reconnu le prévenu coupable [...]

L'affaire pour laquelle Alain Bandji Belate est condamné remonte, comme le révèle la même source, à 2005, alors que les deux tourtereaux étaient mariés. D'où la question suivante : peut-on concevoir qu'il y ait viol ou violence sexuelle entre deux époux ? Oui selon la justice française qui a condamné le prévenu suivant ses lois. Non si on analyse les actes pour lesquels Alain Bandji est condamné sous le prisme des cultures camerounaises. Le tort reviendrait à la femme qui n'a pas cru devoir donner satisfaction à son mari ! Le droit coutumier camerounais entre ici en contradiction avec le droit français. Cette affaire montre que les relations que les membres d'une communauté entretiennent peuvent être culturellement licites mais juridiquement illicites et vice versa. La relativité des systèmes de référence, qui découlent de la manière dont un peuple conçoit ou découpe la réalité objective, fait donc qu'une même réalité est diversement appréciée et peut donner lieu à des évaluations juridiques différentes.

Nombreux sont donc les sujets dignes d'investigation anthropologique qui permettent aux (socio)linguistes de montrer comment les langues subissent des régulations culturelles. On peut ainsi élucider des domaines face auxquels les législateurs éprouvent encore des difficultés à dire le droit, qui relèvent parfois de l'irrationnel, du paranormal ou du surnaturel, comme la recherche de la culpabilité par la pratique de l'ordalie, les accusations de sorcellerie, etc. Ce travail, fruit du couplage entre deux disciples des sciences humaines, est à la fois descriptif et analytique.

Les différents axes de l'étude

La partie anthropologique de ce travail se veut purement descriptive. Il s'agit de présenter les différentes séquences de l'ordalie et la valeur juridique de ce rite.

La partie (socio)linguistique, analytique, interroge les régulations imposées par ce rite sur le contenu sémantique des éléments de la nature et de certaines notions juridiques. Pour ce faire, nous avons choisi d'analyser ces notions en nous inspirant du modèle théorique proposé par Paul Zang Zang pour qui « les langues sont des systèmes ouverts qui puisent dans leur environnement ce dont elles ont besoin pour leur survie » (*ibid.* : 71).

L'approche de l'analyse des faits de langue qu'il propose postule qu'il y a cinq types de régulations avec lesquelles la langue fonctionne : les régulations institutionnelles, les régulations sociales, les régulations culturelles, les régulations par rétroaction et les régulations structurelles. Nous avons retenu, pour cette étude, les régulations culturelles, en prenant le soin de ne pas ériger entre les différentes régulations mentionnées *supra* des frontières étanches. Nous les considérerons comme nécessairement mêlées dans la mesure où chaque régulation a son reflet sur les autres et vice-versa.

De manière générale, Paul Zang Zang conçoit la langue comme un système dont le moteur est extrasystémique, avec un fonctionnement animé et coordonné de l'extérieur. C'est cette caractéristique qui l'oppose aux systèmes dont le moteur est intrasystémique, comme le corps humain, qui a une force vitale interne. Suivant son cadre théorique, les régulations culturelles se rapportent à l'action humaine sur la structure de la langue. Il est question de la rendre apte à prendre en charge les réalités socioculturelles du peuple qui la parle. Ce phénomène lui-même relève, d'après le même linguiste, des interférences dues à

La rencontre entre le pôle nordique et le pôle méridional par le biais de la colonisation [qui] n'a pas détruit les structures traditionnelles. Même l'esclavage n'a pas détruit tous les schémas culturels que l'on retrouve dans les sociétés d'origine (ibid. : 155).

Bref, la conscience collective des peuples d'origine a été sauvegardée et la culture fonctionne comme une espèce de régulateur social. Parler des régulations culturelles suppose l'existence d'une institution qui impose des normes aux membres de la communauté qu'elle régit, et Paul Zang Zang conclut que « les éléments qui peuvent permettre de faire ressortir clairement comment les langues subissent des régulations culturelles sont les institutions traditionnelles et les coutumes d'un peuple » (*ibid.* : 180).

Sous sa plume, le signe linguistique n'est plus pure abstraction comme chez Ferdinand de Saussure (1969), car la langue sert à désigner les choses de la réalité, pas seulement de la réalité physique, mais aussi de la réalité socioculturelle. Ainsi, « le signe linguistique est motivé : le signifiant

est motivé, le signifié est motivé, le lien entre le signifiant et le signifié est motivé » (*idem*). C'est pourquoi il s'accommode à la manière dont les peuples ayant une organisation sociale précise appréhendent la réalité. Et nous verrons bien comment en contexte Bamiléké, l'eau cesse d'être un simple élément pour se charger de symboles, notamment à travers la pratique de l'ordalie.

L'ordalie ou la justice à travers l'eau

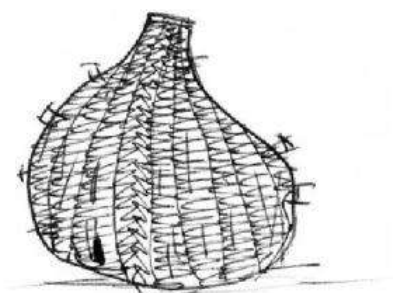
Les comportements humains face à la mort varient d'une société à l'autre. Les nombreux rites funéraires, qui accompagnent le mort, question de favoriser son accession vers l'au-delà ou pour l'empêcher de revenir nuire aux vivants, ne suffisent toujours pas pour clore sa vie. En contexte Bamiléké du Cameroun, des rites existent encore pour déterminer la culpabilité des membres de sa famille au sujet de sa mort. En première ligne, son épouse, si ce dernier était marié.

La femme est généralement indexée après le décès de son mari pour plusieurs raisons. Dans un mariage de régime monogamique, on la soupçonne d'avoir précipité sa mort pour profiter de l'héritage. Dans les familles polygyniques, la femme est mise à l'épreuve pour des soupçons de succession. Les femmes qui perdent leur mari ne reçoivent pas seulement des condoléances, elles doivent encore subir des rites qui peuvent les disculper. D'où la pratique de l'ordalie.

Selon le *Trésor de la Langue Française en Ligne* (TLFi)³, l'ordalie est une « Épreuve judiciaire employée au Moyen Âge pour établir l'innocence ou la culpabilité de l'accusé. » Le même dictionnaire distingue une ordalie par l'eau et une autre par le feu. La pratique courante chez notre groupe ethnique cible est l'ordalie par l'eau, rite judiciaire qui fournit la preuve de la culpabilité ou innocente une veuve accusée d'avoir mis un terme aux jours de son mari. Si le jugement de Dieu est en sa faveur, celle-ci retrouve dans la société une position d'autant plus solide que sa bonne foi a été injustement mise en doute.

Avec l'ordalie, la mort devient pour ainsi dire le motif de l'accusation parce que dans les croyances populaires africaines, l'homme ne meurt jamais pour rien. Sa mort a toujours une cause qu'il faut élucider. Pour le cas de l'ordalie, la formule est simple : madame X... perd son mari. Elle doit subir le rite de viduité.

Au soir de l'inhumation, commence le rite de viduité. La veuve restera assise à même le sol pendant sept jours, pieds nus. Il lui est interdit de serrer la main à qui que ce soit. Elle ne doit pas non plus manger des nourritures cuites à l'eau. Elle ne peut manger que des aliments secs cuits au feu de bois. Un petit-fils de la famille du défunt l'installe sur deux troncs de bananier où elle passe, assise, toutes ses journées. Le soir, elle s'allonge pour dormir au même endroit, sur une natte déposée à même le sol. Au septième jour, elle sera accompagnée dans un cours d'eau par des femmes,



quelques anciennes veuves et des ritualistes. L'ordalie peut alors commencer.

La veuve est déshabillée, ointe d'huile de palme et de poudre blanche de kaolin. Elle fait son entrée dans l'eau et pose entre ses pieds unealebasse, prononce des jurons au sujet de la mort de son mari en ces termes : « *je suis une femme, j'ai accouché des enfants; je donne la vie, mais ne la supprime pas, je ne sais rien de la mort de... ; et si j'en sais quelque chose, que l'eau m'emporte* ». Pendant ce temps, les ritualistes et les assistants observent les mouvements de laalebasse. Si la force du courant d'eau ne l'emporte pas et si elle rôde entre ses pieds, la veuve est reconnue non coupable de la mort de son mari. Mais si laalebasse est violemment emportée par le courant, elle est reconnue coupable des mêmes faits ou du moins elle en sait quelque chose, elle en est complice. En cas de culpabilité reconnue, elle pourrait être huée par la foule. En guise de punition, on lui fera boire de force le contenu de laalebasse constitué de vin de palme fermenté, d'eau sale de la rivière, d'eau ayant servi à laver quelques vêtements du mort, de la terre ramassée sous le lit de son défunt mari, etc. **À la fin du rituel, elle doit se raser les cheveux et porter des vêtements noirs ou blancs pendant une période de viduité allant de 3 mois à 5 ans.**

La durée du rituel de veuvage de la femme en contexte Bamiléké dépend du statut social du mari. Le rituel se complique si le mari a un statut social particulier, comme les chefs, les notables, les devins-guérisseurs, les héritiers, les jumeaux et les albinos. La durée du veuvage de l'épouse d'un homme « ordinaire » est de sept jours.

Si la veuve en vient à refuser le rite, l'imagerie populaire pense qu'elle sera atteinte des maladies de la peau, dont les symptômes sont semblables à ceux de la varicelle. Cette réticence à la pratique du rite montre que, dans les sociétés où les croyances étiologiques des maladies constituent le socle de toute explication nosologique, la transgression des interdits, la violation d'un rite ou le non-respect des pratiques coutumières sont susceptibles de causer des problèmes de santé aux populations.

Les pratiques rituelles chez les Bamiléké s'accompagnent généralement des pratiques d'impureté. Mais sur le plan rituel, rien n'est sale dans une cérémonie, tout est propre d'ailleurs puisque tout relève du sacré. Les éléments contenus dans laalebasse rituelle sont restés en fermentation depuis le décès du mari. Le produit est à son maximum de puissance pour ne pas subir l'influence des esprits maléfiques. On savait

3. Disponible sur : <http://atilf.atilf.fr/tlf.htm>. Conception et réalisation informatiques : Jacques Dendien. Page consulté le 12 décembre 2010.

qu'elle devait subir le rite de viduité.

Dans cette calebasse stagne une eau de couleur blanchâtre due au vin de raphia contenu dans le récipient. Mais la coloration verte des feuilles, la sève des autres racines, même si elles n'ont pas dominé la couleur blanche, influence la coloration totale. On peut également apercevoir, à l'œil nu, des asticots dans le liquide que la veuve doit ingurgiter si elle a été déclarée coupable. Avec le même liquide, elle doit prendre son bain. À cela, on doit encore ajouter toutes sortes de produits en état de décomposition et des excréments d'animaux. L'eau acquière ici, par son usage pour le rite de l'ordalie, des connotations spécifiques. Il en est de même des notions juridiques de culpabilité et d'innocence.

L'eau et les notions juridiques de culpabilité et d'innocence

Le rite d'ordalie montre combien les langues subissent des régulations culturelles. Ces régulations, imposées par une institution, l'autorité traditionnelle en l'occurrence, ont des incidences sur la perception de l'eau et influencent les notions de culpabilité et d'innocence.

L'eau

Lorsqu'on parle de l'eau dans le rite de l'ordalie, il faut en réalité comprendre le cours d'eau avec toutes ses composantes. La force du courant joue ici un rôle fondamental, car c'est elle qui doit exercer, sur la calebasse rituelle, la pression qui doit l'emporter ou la faire tourner entre les pieds de la veuve. C'est en fait un élément fondamental qui permet de dire la sentence finale. L'accusée, qui n'a pas d'avocats pour sa défense, clame à priori son innocence. Les ritualistes, juges infaillibles, supervisent la cérémonie sous le regard attentif des témoins qui sont elles aussi des veuves ayant subi le rite de viduité. Les outils des ritualistes sont la calebasse rituelle, l'eau et le courant, expression du jugement de Dieu. Dans cette forme de jugement, seule l'innocence peut être établie, car la veuve est indexée dès l'instant de la mort de son mari. Il n'y a ni jurisprudence, ni relaxation au bénéfice du doute. La sentence rendue est sans appel. Il n'y a pas d'instruction à priori de l'affaire.

Cette justice repose donc sur l'infaillibilité de ses instruments, au centre desquels se trouve l'eau, qui n'est plus un « *Liquide incolore, inodore et sans saveur à l'état pur, formé par combinaison d'hydrogène et d'oxygène, de formule chimique H₂O [...]* » (TLFi, article *eau*), mais le support de la justice. L'eau purificatrice devient dans ce cas l'eau sentencieuse. C'est généralement dans les cours d'eau dédiés aux divers rites de purification que se pratique l'ordalie. Signalons également que chez les Bamiléké, le cours d'eau symbolise le cours de la vie. Parmi les mouvements de l'eau, l'étiage et la sécheresse sont synonymes de « colère de Dieu » et pour implorer la pluie, signe de la clémence divine, il existe encore des rites d'absolution. Les grandes crues représentent ici le signe de la colère purificatrice de Dieu.

Dans un ouvrage à paraître⁴, nous citons le témoignage de Isaac Ngatcha, 56 ans, informateur de Tonga, qui montre la relation que les Bamiléké entretiennent avec l'eau, suivant la définition retenue ici :

L'eau est comme une personne humaine. Elle voit, entend, ressent. L'eau a besoin de vivre (couler) ; elle peut aussi mourir (sécher). Pour vivre, elle a besoin de nourriture en échange des multiples services qu'elle rend à l'homme. C'est pourquoi tous les rites qui se font à l'eau sont précédés d'offrandes constituées la plupart du temps de sel, d'huile de palme, d'œufs de poule, du sang et de la chair de poule, bref de tout ce que l'homme mange. Quand un ritualiste va travailler dans l'eau, il prévoit toujours des offrandes pour demander la faveur des esprits de l'eau par rapport aux vœux ».

Dans la pratique des rites en pays Bamiléké, le substantif « eau » acquiert donc des sèmes spécifiques, qu'on peut illustrer comme suit :

Eau	Cours d'eau
	Support de la justice, particulièrement à travers le rite de l'ordalie
	Élément purificateur
	Source de nombreux bienfaits
	Personne humaine, qui vit et meurt
Eau en décrue	Colère de Dieu
Grande crue	Colère purificatrice de Dieu
Pluie	Clémence divine

Avec le rite de l'ordalie, le binôme culpabilité/innocence acquiert également des significations contextuelles.

Le binôme culpabilité/innocence

La présomption d'innocence sur laquelle repose la justice moderne perd tout son sens dans la pratique de l'ordalie. Si le mari est mort, c'est parce que sa femme l'a tué, soit pour devenir « veuve heureuse », soit pour permettre que son fils accède à la succession. Elle doit alors prouver son innocence, et il n'y a qu'un seul moyen pour ce faire : passer par le rite de l'ordalie qui peut confirmer sa culpabilité ou l'innocenter. Est donc coupable dans ce contexte socioculturel la femme dont le mari est décédé. Le rite viendra simplement confirmer et non établir cette culpabilité ou l'infirmer.

L'innocence d'une veuve est prouvée lorsque le courant n'emporte pas la calebasse rituelle placée entre ses pieds. Est donc innocente la veuve qui, lors du rite de l'ordalie, a vu la calebasse rituelle placée entre ses pieds tourner sur place, malgré la force du courant. L'innocence n'est donc pas établie après un procès juste équitable ou après une enquête.

La notion d'erreur judiciaire n'existe pas ici. On ignore donc qu'il peut arriver que la force du courant soit incapable d'emporter la calebasse et se contente de la faire tourner,

4. Peguy T. Ndonko, *Les Usages de l'eau au Cameroun*.

alors même que la veuve est innocente et vice-versa. Du coup, on est en droit de s'interroger sur l'efficacité de ce rite. À moins que le courant ici ne soit l'émanation du souffle de Dieu. Ne croit-on pas, chez les Bamiléké, que comme les êtres vivants, l'eau a une vie ?

Conclusion

Il était question, dans cet article, de décrire l'ordalie, une pratique juridique qui, chez les Bamiléké de l'Ouest Cameroun, est liée au rite de la viduité. Dans le contexte socioculturel de notre étude, toute femme qui perd son mari est accusée de l'avoir tué. Elle est coupable et doit alors, à travers l'ordalie, prouver son innocence. Son sort est alors remis aux soins de l'eau, dont la force du courant doit emporter unealebasse rituelle placée entre ses pieds ou la faire tourner, sur place. Si laalebasse est emportée, elle est reconnue coupable. Elle doit alors boire son contenu constitué de vin de raphia et d'autres substances en putréfaction. Si laalebasse se contente de tourner sur place, elle est innocente.

À travers cette pratique, on note la resémantisation du substantif « eau » et des notions juridiques de culpabilité et d'innocence. L'eau renvoie notamment au cours d'eau. La femme est coupable dès l'instant de la mort de son mari. Elle doit prouver son innocence en se soumettant au rite de l'ordalie. Ladite innocence est établie si le courant d'eau n'emporte pas laalebasse rituelle, et non au terme d'un procès juste et équitable.

Bibliographie

- Assipolo L., 2010, *La Restructuration du français dans le théâtre populaire au Cameroun : morphologie, syntaxe et lexique du français bamiléké*, Mémoire de Master II, Université de Yaoundé I.
- Barley N., 2000, *L'anthropologue mène l'enquête*, Paris, Payot.

Calvet L.-J., 2004, « Approche (socio)linguistique de l'œuvre de Noam Chomsky », dans Philippe Blanchet et Didier de Robillard (dir), *Langues, contacts, complexité : perspectives théoriques en sociolinguistique*, Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp 11-29.

Evans-Pritchard E.E., 1965, *La Religion des primitifs à travers les théories des anthropologues*, Paris, Payot.

Gadet F., 2007, *La Variation sociale en français*, Paris, Ophrys, coll. L'essentiel.

Heintz Monica (sd), *L'Anthropologie contemporaine et la question de la rationalité*, Paris, Université de Paris IV, Mémoire de Maîtrise.

Labov W., 1976, *Sociolinguistique*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Lévy-Bruhl., 1938, *L'Expérience mystique et les symboles chez les primitifs*, Paris, Félix Alcan, Col. Travaux de l'année sociologique.

Ludwig P., 1997, *Le Langage*, Paris, Flammarion.

Moreau M.-L., 1997, *Sociolinguistique : concepts de base*, Bruxelles, Mardaga.

Ndonkou T. P., 2003, *Les Pratiques divinatoires des me-gny-nsi de Bangangté*, Yaoundé, Université de Yaoundé, Mémoire de Maîtrise en Anthropologie.

Ndonkou T. P., 2009, *Les Usages de l'eau au Cameroun : contribution à une étude anthropologique des maladies endémiques d'origine hydrique*, Marseille, Université de Marseille, Thèse de Doctorat.

Ndonkou T. P., 2009, « La Distribution de l'eau et le transfert de technologie au Cameroun : un modèle de développement durable ? », In Bruno Vilalba, *Appropriation du développement durable : émergences, diffusions, traditions*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion.

Quotidien Mutations n° 2602 du 26 février 2010.

Saussure F., (de), 1969, *Cours de linguistique générale*, Paris, Payot.

Zang Zang P., 2006, *Linguistique et émergence des nations : essai d'aménagement d'un cadre théorique*, Thèse de Doctorat d'État, Université Yaoundé I.



Auteurs de l'Afrique méditerranéenne

Le premier texte nous a été adressé par notre rédactrice tunisienne, la Pr Fathen Ellouze, au dernier trimestre 2011. Il correspond à une recherche collégiale réalisée juste avant la révolution par une équipe de l'hôpital Razi à Tunis. La Pr Fathen Ellouze nous a écrit ces mots accompagnant l'envoi de l'article : « je vous soumetts un article qui porte sur le stress des enseignants tunisiens. C'est une enquête qui a été réalisée avant la révolution mais qui reflète déjà certaines insuffisances du système éducatif tunisien ».

Le second texte s'inscrit dans la suite de la réflexion générée au Maroc à la suite de notre congrès à Marrakech en juin 2010 sur la dimension culturelle de la psychiatrie. Cet article est la seconde contribution de Leila Cherqaoui, psychologue clinicienne au CHU de Casablanca. Il est un second volet sur les thérapies traditionnelles au Maroc.

L'Afrique méditerranéenne, c'est l'Afrique depuis à l'ouest, le Maroc, jusque, à l'est, l'Égypte. Ce qui unit géographiquement cette zone, c'est l'irrésistible chevauchée des conquérants arabes musulmans aux septième et huitième siècles. La culture mise en place depuis 1300 ans s'est imposée à la quasi totalité des populations et peut donner l'image d'un ensemble homogène arabo-musulman, partie du « monde arabe ». Cette vision a été renforcée par la « décolonisation » pour laquelle cette identité était (et est toujours) un recours. Mais à y regarder de près, ce n'est pas si simple. Il y a la composante berbère qui est certes musulmane à 99%, mais qui n'est pas arabe et se bat pour sa reconnaissance politique. En Tunisie, l'île de Djerba a une forte minorité juive qui, ethniquement, est berbère. Lors de la conquête arabe, les Berbères étaient majoritairement de religion juive. Cela avait été, pendant des siècles, une forme de résistance à l'assimilation romaine. La « Kahina » qui fédéra les Berbères contre l'invasion arabe dans une lutte héroïque, était de religion juive. Enfin, l'Égypte a été le fer de lance de l'invention de la religion chrétienne et compte aujourd'hui une minorité « copte » d'environ 10% de la population, dont la langue liturgique, le Copte, n'est autre que l'Égyptien pharaonique. Sans sa connaissance de la langue copte, Champollion n'aurait pas pu déchiffrer les hiéroglyphes. La minorité cultivée qui pratique la langue française, se trouve en Égypte principalement chez les Coptes. Il n'en demeure pas moins que ce qui unit culturellement l'Afrique méditerranéenne, c'est l'incontestable hégémonie de la religion musulmane et de ses référentiels arabes. La pratique psychiatrique y est partout en relation avec cette même réalité. Ajoutons que ces remarques sont actuellement au centre de débats très médiatisés dans la Tunisie post-révolutionnaire.

Jean Paul Bossuat



Fantasia privée au Maroc (Khemisset 2001).



Faten Ellouze

Quel est l'impact du stress professionnel et du burnout sur les enseignants tunisiens ?

Auteurs : Leila Chennoufi¹, Faten Ellouze²,
Wissal Cherif³, Mourad Mersni⁴,
Asma Ben Houida⁵, Thouraya Ben Abla⁶,
Mohamed Fadhel M'rad⁷

Résumé : l'objectif de notre travail était d'explorer le burnout chez une population d'enseignants tunisiens et de rechercher les conséquences du stress professionnel et du burnout sur ces enseignants. Nous avons donc mené une enquête transversale qui a duré cinq mois (octobre 2009-février 2010) et qui a concerné les enseignants exerçant dans les lycées publics du gouvernorat de la Manouba (Tunis). Nous avons eu recours à l'échelle du burnout : le Maslach Burnout Inventory (MBI) et à un auto-questionnaire concernant les conséquences du stress chez ces enseignants. 21 % des enseignants présentaient un épuisement professionnel. 52% des enseignants ont signalé une baisse de leur rendement professionnel et 37,9% ont rapporté avoir une vie familiale perturbée. 19,9% des enseignants avaient augmenté leur absentéisme et 6,1% avaient eu recours à un congé de maladie de longue durée. 28,2% des enseignants souhaitaient exercer une autre profession. Le burnout était significativement associé aux perturbations familiales ($p=0,013$), à l'augmentation de l'absentéisme ($p<0,001$), aux congés de maladie de longue durée ($p=0,007$) et enfin au désir de reconversion ($p=0,013$). Il s'avère donc que le burnout des enseignants représente un problème de santé publique. Ses conséquences en termes de souffrance psychique, d'altération de la qualité de vie et d'absentéisme peuvent être importantes. De ce fait, il serait du plus grand intérêt d'approfondir et de diversifier les perspectives de recherche dans le domaine de la prévention.

Mots clefs : épuisement professionnel, stress professionnel, enseignants, absentéisme, congés de maladie.

Abstract : *What is the impact of professional stress and burnout on Tunisian teachers?* The objective of the study was to explore the burnout syndrome in a population of Tunisian teachers and to examine the consequences of the professional stress associated to the teacher's burnout. It was a transversal investigation which lasted five months (October 2009- February 2010) and which concerned teachers working in the public high schools of Governorate of Manouba (Tunis). We used for that a self reported questionnaire concerning the consequences of professional stress and the scale of the burnout: the Maslach Burnout Inventory (MBI). 21 % of the teachers had a professional exhaustion. 52% of the teachers described a decline of their professional return and 37,9% had a perturbed family life. 19,9% of the teachers had increased their absenteeism and 6,1% had already resorted to long-term sick leaves. Finally, 28, 2% of the teachers wished to have another profession. The burnout syndrome were significantly associated with the familial disturbances ($p=0,013$), to the increase of the absenteeism ($p<0,001$), to the long-term sick leaves ($p=0,007$) and to the desire of reconversion ($p=0,013$). So, the teacher's burnout appears as a reel problem of public health. It leads to a teacher distress, to a perturbation of the quality of life and to increase of the absenteeism. So, we hope that this study will give rise to future research on stress, coping and burnout among Tunisian teachers, with theoretical aims as well as applications for the prevention.

Key words: burnout, professional stress, teachers, absenteeism, sick leaves.

1. Résidente en psychiatrie
2. Professeur agrégé de psychiatrie
3. Assistante en psychiatrie
4. Résident en psychiatrie
5. Résident en psychiatrie
6. Professeur agrégé de psychiatrie
7. Professeur de psychiatrie



Introduction

L'épuisement professionnel ou *burnout* est un concept relativement récent introduit pour la première fois par le psychanalyste américain Freudenberger en 1974 [6], repris et développé dans les années 80 par Maslach et ses collègues [14, 16]. Ce syndrome conduit à une grande souffrance, à une insatisfaction, à une déshumanisation de la relation interpersonnelle, avec le risque toujours présent de maltraitance ou de négligence [14, 15]. L'étude du burnout en Tunisie n'avait concerné que des populations de soignants. Or, ce syndrome d'épuisement professionnel peut se rencontrer, on le constate de plus en plus, dans d'autres professions : celles qui impliquent une relation d'aide ; c'est le cas de la profession d'enseignant. Notre travail a été inspiré par la confrontation clinique au malaise et à la souffrance des enseignants. En effet, nous avons remarqué la fréquence des demandes de soins, de congés de maladie de longue durée et même de mise en réforme. Nous avons donc décidé d'explorer le burnout dans une population d'enseignants tunisiens et de rechercher les conséquences du stress professionnel et du burnout chez ces enseignants.

Méthodologie

Nous avons mené une enquête transversale durant l'année scolaire 2009-2010 (octobre 2009 - février 2010) au niveau des lycées publics du gouvernorat de la Manouba (Tunis). Ont été inclus dans cette étude les enseignants en activité pendant cette période et acceptant de participer à l'enquête.

Au cours de l'année scolaire 2009-2010, les lycées publics de la Manouba comptaient 876 enseignants au total. Un ou deux enseignants au sein de chaque lycée ont accepté de servir d'intermédiaire entre l'enquêteur et leurs collègues. Les enseignants participants à l'enquête ont été évalués par l'échelle du burnout : le Maslach Burnout Inventory (MBI) et par un auto-questionnaire sur les conséquences du stress professionnel, que nous avons élaboré en nous référant à la littérature [3, 9, 11, 12, 25].

Le MBI est un inventaire composé de trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel [16]. Le résultat n'est pas un score global, mais un score exprimé en « bas/ modéré /élevé » pour les trois dimensions. Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation, ou un score bas d'accomplissement personnel, suffisent à définir le burnout. Dans notre étude, nous avons considéré comme présentant un épuisement professionnel uniquement les personnes ayant au moins deux dimensions pathologiques. Le burnout était considéré comme modéré si deux dimensions étaient pathologiques. Il était considéré comme élevé (ou sévère) si les trois dimensions étaient pathologiques. Nous avons eu recours à la version validée en Français et adaptée aux enseignants [5].

Les données ont été saisies et analysées au moyen du logiciel SPSS (version 15). Les comparaisons de pourcentages sur séries indépendantes ont été effectuées par le test du chi-deux de Pearson, et en cas de non-validité, par le test exact bilatéral de Fisher. Le seuil significatif a été fixé à 0,05.

Résultats

Parmi les enseignants enquêtés, 398 ont donné des réponses complètes aux questionnaires, ce qui correspond à un taux de participation égal à 45,43%. Les enseignants participants avaient en moyenne 40,04 +/- 8,13 ans. Les femmes représentaient 52,3% du total des enseignants participants (sex ratio=0,91). La plupart d'entre eux (81,8%) était mariés. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 14,56 ans avec un écart-type de 8,44. Les enseignants travaillaient en moyenne 17,90 +/- 3,24 heures par semaine et 64,9% d'entre eux avaient des classes de terminale.

Parmi les enseignants répondants, 21 % présentaient un épuisement professionnel, 16,4% avaient un épuisement professionnel modéré et 4,6% un épuisement professionnel sévère. Le score moyen de l'épuisement émotionnel était de 22,06 +/- 12,32, celui de la dépersonnalisation était de 5,84 +/- 5,33 et celui de l'accomplissement personnel était de 33,43 +/- 9,16. Plus de la moitié des enseignants (66,4%) ont déclaré être stressés au travail. Ces personnes étaient significativement plus affectées par le burnout ($p=0,001$).

Plusieurs conséquences néfastes découlaient, selon ces enseignants, du stress au travail (Tableau 1). La baisse du rendement professionnel a été signalée plus d'une fois sur deux (52%) ainsi que la perturbation de la vie familiale (37,9%). L'absentéisme a augmenté (19,9% des réponses vont dans ce sens) et le recours au congé de maladie de longue durée a été signalé dans 6,1% des cas. Enfin, 28,2% des enseignants souhaitaient exercer une autre profession. Le burnout était significativement associé aux perturbations familiales ($p=0,013$), à l'augmentation de l'absentéisme ($p<0,001$), aux congés de maladie de longue durée ($p=0,007$) et enfin au désir de reconversion ($p=0,013$). La baisse de rendement n'était pas liée au burnout (Tableau 2).

Discussion

Dans la littérature, la prévalence du burnout parmi les enseignants varie de 18,8% à 30% [13, 18, 22] et les symptômes du burnout sont présents dans 30% à 60% des cas [9, 20]. La prévalence du burnout retrouvée dans notre étude est donc comparable à celles qui figurent dans d'autres études.

Parmi les enseignants répondants, le score moyen de l'épuisement émotionnel était de 22,06 +/- 12,32, celui de la dépersonnalisation était de 5,84 +/- 5,33 et celui de l'accomplissement personnel était de 33,43 +/- 9,16. Ces scores sont comparables aux scores observés dans d'autres études menées également chez des enseignants (en France [23], en Belgique [10], en Espagne [17] ou même en Chine [13]).

La personne qui souffre du burnout voit se gangrener peu à peu tous les domaines de sa vie. Elle se sent détruite. Les dégâts psychiques et physiques sont généralement catastrophiques car le sujet finit par craquer après une période d'adaptation relative.

Tableau 1 : les conséquences du stress sur les enseignants

	Nombre de réponses	Réponses positives	Pourcentage
Baisse du rendement	379	197	52%
Perturbations familiales	377	143	37,9%
Congés longue durée	377	23	6,1%
Absentéisme	377	75	19,9%
Désir de reconversion	380	107	28,2%

Tableau 2 : burnout et conséquences du stress ! chez les enseignants.

	Burnout présent	P
Baisse du rendement		
Oui (n=194)	46 (23,7%)	NS
Non (n=179)	34 (19%)	
Perturbations familiales		
Oui (n=140)	39 (27,9%)	0,013
Non (n=230)	39 (17%)	
Absentéisme		
Oui (n=74)	28 (37,8%)	<0,001
Non (n=296)	48 (16,2%)	
Congés longue durée		
Oui (n=23)	10 (43,5%)	0,007
Non (n=347)	68 (19,6%)	
Désir de reconversion		
Oui (n=105)	31 (29,5%)	0,013
Non (n=269)	48 (17,8%)	

Les efforts professionnels diminuent, d'après la moitié (52%) des réponses à notre enquête. En effet, la baisse du rendement atteint l'enseignant qui est devenu apathique au travail sous l'effet de la souffrance et du stress [11]. Les personnes atteintes de burnout sont moins impliquées dans leur travail, comme cela a été démontré par des études longitudinales [19, 21, 24]. D'où un désinvestissement global. Les enseignants qui étaient en congé de maladie lors du déroulement de notre enquête n'ont pas été pris en compte, ce qui constitue un biais de sélection expliquant probablement pourquoi nous n'avons pas retrouvé d'association entre la baisse de rendement professionnel et le burnout.

D'après notre étude, 37,9% des enseignants auraient une vie familiale perturbée et ces personnes étaient significativement plus atteintes d'un burnout ($p=0,013$). Les effets du burnout retentiraient donc sur la sphère privée avec un impact négatif sur la qualité de la vie familiale. Déjà, Maslach dans ses premiers comptes-rendus d'observations, notait que le burnout engendrait des attitudes et des comportements négatifs au sein du couple et pouvait même être à l'origine de divorces [14]; résultat repris plus tard par Westman et Etzion en 2001 [25]. Dans une étude tunisienne consacrée aux enseignants, Belhadj [1] a retrouvé une association significative entre la détresse psychologique et l'insatisfaction dans le domaine familial. L'enseignant a souvent tendance à s'isoler de sa famille. Il a l'impression que sa sphère privée est envahie par ce qui relève du professionnel.

Par ailleurs, l'augmentation du taux d'absentéisme au travail a été signalée dans notre enquête (19,9% des réponses), ainsi que le recours à des congés de maladie de longue durée (6,1% des réponses). Les personnes concernées étaient significativement plus atteintes d'un burnout. Ces résultats corroborent ceux de la littérature. Il apparaît même que les taux d'absentéisme et de congés de longue durée sont plus fréquemment retrouvés parmi les enseignants comparativement à d'autres métiers, tels que la profession de médecin généraliste [4]. En effet, le secteur de l'enseignement a vu s'accroître, ces dernières années, l'absentéisme de longue durée. Ce phénomène semble ainsi constituer une menace pour le système éducatif. D'après une enquête de grande envergure menée en 2001 sur un échantillon de 6700 enseignants français (en primaire et secondaire), c'est chez les enseignants qu'on a trouvé le taux le plus important d'arrêts de travail (31 à 45 % par an, dont 12 % pour des problèmes de santé mentale, contre 6 % à 29 % dans les autres professions) [11]. Or, des phénomènes comme l'absentéisme, ainsi que les retards et les interruptions fréquentes de travail, ont été mis en rapport avec le burnout par divers auteurs, qui ont constaté que la fréquence des congés de maladie (incapacité de travailler) pouvait résulter d'une baisse de l'efficacité au travail [21]. De manière générale, les personnes actives en burnout, sont fréquemment mises en incapacité de travail (76,4%) pour de longues durées (10,34 mois) ; 25% d'entre elles restent en invalidité. Pour celles qui retournent au travail, seulement la moitié reprend le même travail, 7,4% démissionnent, 16% sont mutées, 1,5% sont renvoyées pour fautes graves [2]. Le burnout entraîne un absentéisme important et durable, il a un mauvais pronostic en termes de réadaptation fonctionnelle: cette réputation s'affirme notamment chez les enseignants [7]. Brunet [3] a estimé à 75% le taux d'absentéisme dû au burnout chez les enseignants. Selon la Fédération des commissions scolaires du Québec, le burnout est l'une des principales causes d'absentéisme chez les enseignants puisqu'il est responsable à lui seul de 40 % des cas d'absentéisme [9].

Enfin, la volonté de changer de métier est également apparue dans notre étude (28,2% de réponses). Les enseignants exprimant ce désir de reconversion étaient plus fréquemment atteints de burnout ($p=0,013$). Cette volonté de changement peut se manifester à travers des demandes de démissions, de mutations, de réorientations professionnelles, etc. : ces différentes formes ont été largement décrites dans la littérature. D'après différentes études, le désir de reconversion parmi les enseignants atteints de burnout varie entre 43,3% et 61% [8, 12]. Dans une étude sur la santé mentale des enseignants, menée à Mehdiya (Tunisie) en 2001 [1], l'auteur a mentionné que 32% des participants souhaitaient exercer une autre profession. Il est également rapporté que chez des enseignants suivis plusieurs mois, l'épuisement professionnel mesuré par le MBI était fortement prédictif de démission [21]. Selon une étude portant sur la santé mentale des enseignants au Québec, une forte proportion d'enseignants ressentait une détresse psychologique et parmi



les sujets nouvellement recrutés, 30% abandonnaient leur carrière dans les cinq premières années [9]. On remarque donc que les personnes éprouvant l'envie de quitter leur métier sont celles qui devraient au contraire être dans la plénitude de leur engagement professionnel et de leur volonté de dépassement.

Signalons, avant de conclure, que notre étude souffre de quelques limites méthodologiques :

- d'abord, le taux de participation est égal à 45,43%. Il reste cependant satisfaisant pour ce type d'études, un taux de non-réponses étant pratiquement inévitable dans les enquêtes à base d'auto-questionnaires.
- ensuite, l'enquête étant de type transversal, autorise la recherche d'associations mais ne permet pas de conclure à des relations de cause à effet ; ce type d'étude demeure malgré tout la méthode de travail la plus utilisée dans l'évaluation des problèmes de santé mentale au travail.

Conclusion

À travers cette étude, il s'avère que le burnout des enseignants représente un problème préoccupant. Ses conséquences en termes de souffrance psychique, d'altération de la qualité de vie, d'absentéisme, de retentissement scolaire pour les élèves et de coût pour la société peuvent être importantes. Or, de la qualité des enseignants, de leur investissement et de leur dévouement, dépend la réussite de l'élève. De ce fait, il serait du plus grand intérêt d'approfondir et de

diversifier les perspectives de recherche dans le domaine de la prévention. Des études d'intervention devraient améliorer l'application pratique de la recherche. Des méthodes de prévention et d'intervention permettraient aux enseignants de faire face et de mieux s'adapter au stress professionnel.

Références

- Belhadj A. L'enseignant et sa santé mentale. A propos d'une enquête dans la région de Mahdia. Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Sousse (Tunisie); 2001.
- Brouwers A, Tomic W. A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher education* 2000; 16: 239-53.
- Brunet L. Stress et climat de travail chez les enseignants. *Revue Exercer* 2003;68.
- Chambers R, Belcher J. Comparison of the health and lifestyle of general practitioners and teachers. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 378-82.
- Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue canadienne des sciences du comportement* 1994;26:210-27.
- Freudenberger HJ. The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: theory, research and practice* 1975; 12: 73-82.
- Friedman IA. High-and low-burnout schools: school culture aspects of teacher burnout. *Journal of Educational Research* 1995; 84: 325-32.
- Hamon H, Rotman P. *Tant qu'il y aura des profs*. Paris: Seuil, 1984, 370.
- Houlfort N, Sauvé F. santé psychologique des enseignants de la fédération autonome de l'enseignement. Ecole nationale d'administration publique, 2010.
- Kittel F, Leynen F. A Study of Work Stressors and Well-being: health Outcomes among Belgian School Teachers. *Psychology and Health* 2003; 18: 501-10.
- Kovess-Masféty V, Carmen RS, Sevilla-Dedieu C. Teachers' mental health and teaching levels. *Reaching and teacher Education* 2007; 23: 1177-92.
- Kovess-Masféty V, Chanoit PF, Labarte S. *Les enseignants et leur santé*. Paris : Frison Roche ; 1997, 163.
- Luk AL, Chan BPS, Cheong SW, Stanley K. An Exploration of the Burnout Situation on Teachers in Two Schools in Macau. *Social Indicators Research* 2010; 95: 489-502.
- Maslach C, Jackson SE. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology* 1984; 5: 133-53.
- Maslach C, Jackson SE. Patterns of burnout among a national sample of public contact workers. *J Health and Hum Resour Admin* 1984; 7: 189-212.
- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 1981; 2: 99-113.
- Pascual E, Perez-Jover V, Mirambell E, Terol MC. Job Conditions, Coping and Wellness: Health Outcomes in Spanish Secondary School Teachers. *Psychology and Health* 2003; 18: 511-21.
- Restrepo-Ayala NC, Colorado-Vargas GO, Cabrera-Arana GA. Emotional burnout in official teachers. *Rev Salud Publica* 2006; 8: 63-73.
- Richardson AM, Burke RJ, Leiter MP. Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping* 1992; 5: 55-68.
- Rudow B. *Stress and Burnout among teaching profession: European studies, Issues and Research perspectives, Understanding and preventing teacher burnout*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1999.
- Truchot D. *Epuisement professionnel et Burnout: concepts, modèles, interventions*, Paris: Dunod, 2004:200-7.
- Tsenova V, Tat'ozov T, Antonova TS, Tsvetkova M. The prevalence of the burnout syndrome in the personnel of children's institutions. *Probl Khig* 1995; 20: 90-100.
- Vercambre MN, Brosselin B, Gilbert F, Nerrière E, Kovess-Masféty V. Individual and contextual covariates of burnout : a cross-sectional nationwide study of French teachers. *BMC Public Health* 2009; 9: 1-12.
- Wade DC, Cooley EJ, Savicki V. A longitudinal study of burnout. *Children and Youth Services Review* 1986; 8: 161-73.
- Westman M, Etzion D. The impact of vacation and job stress on burnout and absenteeism. *Psychology and Health* 2001; 16: 595-606.



Leila Cherqaoui

Les thérapies traditionnelles, quelles réponses à la maladie mentale au Maroc ?

Résumé : la thérapie traditionnelle est un domaine présent dans la société marocaine. Il coexiste avec l'approche psychiatrique et psychologique ; cela s'observe particulièrement dans le domaine de la santé mentale. Ce champ de pratique ayant trait à l'âme et à l'esprit et assujéti à l'influence de la culture populaire où prédomine multiples pratiques comme la superstition, la magie, l'exorcisme... Face à la maladie et à la souffrance psychique, un processus d'attribution de sens se met en place à travers des hypothèses communes à tel point qu'apparaissent de véritables théories étiologiques de la maladie mentale accompagnée par des modes de soins qui s'y adaptent. Cette réalité nous incite à réfléchir sur ces aspects qui conditionnent le travail de l'aidant. Un accès aux enjeux culturels pourrait mener à une meilleure qualité de prise en charge.

Mots clés : Thérapie traditionnelle- culture- maladie mentale- Sens de la maladie.

Abstract : Traditional therapy has always existed in our Moroccan society. It coexists with psychiatric and psychological approach. We can notice that in all the fields of care health. This way concerns the soul and the spirit subject to popular culture influence in which prevail many practices such as superstition, magic, exorcism... To struggle against illness and psychological suffering a process of sense become established towards common Hypothesis. Consequently appears the real etiologies theories for explaining mind illness accompanied by adapted kind of care. This reality makes us thinking about different ways of work to help people. Moreover an access to cultural stakes could lead to a better care quality

Key words: traditional therapy- culture- mind illness- illness's sense

Dans la société marocaine, l'observation du terrain montre nettement l'existence des pratiques thérapeutiques traditionnelles traitant la maladie mentale parallèlement à la médecine moderne. D'emblée la conception de la maladie mentale porte l'empreinte culturelle de la société en question. Etant donné que chaque culture présente un certain nombre de manifestations cognitives, affectives, ou comportementales pour exprimer une détresse psychologique. Elle fournit un répertoire de symboles et d'image par lesquels un trouble mental peut s'exprimer. Ces modes de penser et d'agir s'apprennent au cours de la socialisation de chaque individu. Face à la maladie et à la souffrance psychique, un processus d'attribution de sens se met en place à travers des hypothèses communes de manière qu'apparaissent de véritables théories étiologiques de la maladie mentale accompagnées par des modes de soins adaptés.

Une question s'impose sur la conception de la maladie mentale dans le contexte socioculturel marocain.

L'existence des thérapies traditionnelles laisse supposer que les malades et leurs familles ont une lecture autre que la lecture scientifique de la maladie et de son traitement. Les thérapies traditionnelles auraient-elles une réponse adaptée à la demande de ces patients ?

La compréhension de ces phénomènes nous aiderait-elle à améliorer la qualité de la prise en charge scientifique ?

Il est connu que le paradigme de la maladie mentale avait toujours un lien de près ou de loin avec la sphère du sacré et du surnaturel. Cette conception véhicule plusieurs étiologies disponibles expliquant et interprétant la souffrance humaine. Ainsi la conduite pathologique est souvent considérée comme la conséquence d'un signe invisible d'une atteinte venue de l'extérieur. Dans ce contexte, le système d'explication adopté fournit un langage commun au thérapeute, au patient et à son entourage, c'est un langage qui traduit une expérience partagée par le groupe.

Psychologue clinicienne diplômée de l'université de Bordeaux
Praticienne au CHU Ibnrochd à Casablanca.



Le malade mental serait l'œuvre d'un agent pathogène qui a ses raisons d'introduire ou de maintenir un individu dans l'état pathologique. Le problème se situe dans les circonstances du croisement de deux mondes différents. Le premier relève du monde visible, le second du monde invisible. La maladie serait le résultat de ce croisement ; de ce constat apparaît plusieurs types d'interprétations. Citons les plus courants :

La possession

La possession est un modèle d'explication de la maladie mentale qui prime dans la société marocaine. Elle présente deux caractères simultanés : une suspension de la vie consciente du sujet et parallèlement la manifestation d'une nouvelle personnalité différente de la sienne. On peut dire que le sujet est dépossédé de sa personne et en même temps possédé par une autre. L'esprit possédant parle à travers l'être humain, il occupe le corps du possédé et le manipule selon ses intérêts et ses intentions¹.

Les Djinns sont des êtres invisibles susceptibles d'occuper l'espace et le corps. Ils se trouvent ainsi impliqués dans la manifestation de la folie. Ils restent donc dans les représentations populaires la cause principale dans l'atteinte mentale qui prend une allure ou une autre selon le mode d'action des

assaillants². Ces esprits invisibles agissent sur l'individu de deux façons qui constituent deux grands syndromes caractérisés par des tableaux cliniques spécifiques : Soit par la pénétration dans le corps de la victime (possession) soit en agissant de l'extérieur (somatisation varié). Par conséquent, la nature du Djinn détermine la nature des symptômes et la nature de la thérapie adaptée.

Une autre explication demeure très présente dans l'étiologie de la maladie à savoir :

L'ensorcellement (s'hur)

Cette notion reste fidèle à la logique de l'atteinte extérieure du mal, elle implique toujours les djinns dans cette affaire.

Les *Djinns* parfois manipulés par des personnes mal intentionnées occupent le corps pur des personnes ciblées ce qui entraîne des perturbations psychiques. Cette pratique a pour but d'obtenir une compensation de la part des humains : une offrande, un sacrifice... Une personne peut être atteinte par un *s'hur* dans sa chair et dans sa capacité à penser et cela du fait d'un acte de malveillance destinée contre elle ; soit qu'un jaloux ou un envieux ait lui-même fabriqué l'objet magique. Les symptômes d'une telle atteinte peuvent aller de sentiments d'apathie et de faiblesse jusqu'à de véritables crises de folie.

1. SCHOT-BILLMAN, F (1975), Corps et possession. Paris : Bordas, p. 3.

2. BOUGHALI, M (1988), Sociologie des malades mentales au Maroc. Casablanca : Afrique orient, p. 30.

Une autre interprétation s'impose

Le mauvais œil

C'est une force magique néfaste dont l'agent actif est le regard, les influences émanant du mauvais œil ne nécessitent pas de rite ou de moyen magique, le véhicule est un sentiment d'admiration dans un premier temps qui se meut rapidement en sentiment d'envie, de jalousie et de malveillance. Ces derniers sont tellement intenses qu'ils finissent par atteindre leur cibles : biens, richesse, beauté, santé, bonheur, bref le bien être d'autrui. Il s'agit de jeter un sort par l'action à distance du regard sur un autre³.

On note que ces croyances s'éloignent complètement de la logique médicale moderne ce qui implique l'existence d'un traitement adapté ainsi une panoplie de thérapies traditionnelles s'offrent sur le terrain sous des types de soins variés. Les théories surtout ethnopsychiatriques ont tenté de les référer à un système commun, ce système se nourrit de la culture d'appartenance ethnique étudiée.

On peut citer les voies thérapeutiques les plus présentes dans la société.

Le Fquih

Détenteur d'un savoir qui comporte une dimension de pouvoir et de grâce, il occupe la place d'intercesseur auprès du divin. La thérapie est une manipulation d'un matériel symbolique, à forte charge magico-religieuse, pour restaurer des liens entre ses clients et le sacré. *Le Fquih* utilise plusieurs procédures rituelles destinées à expulser totalement le djinn du corps du malade.

Le Maraboutisme

C'est une conduite humaine qui consiste à effectuer des visites à « un lieu saint » où est inhumé, réellement ou hypothétiquement un personnage dit « saint » des visites lors desquelles se manifestent des attitudes et des comportements particuliers, des rites magiques dont la plupart ont des visées thérapeutiques. Ces marabouts sont spécialisés dans l'un ou l'autre trouble, ce qui nécessite l'orientation du malade vers celui qui convient à sa maladie à travers un circuit ou intervient les conseils et les recommandations de l'entourage, l'orientation des voyantes et des guérisseurs par divination ou par désappointement, rêves du malade....

Les rites suivant les circonstances se présentent sous forme de pèlerinage, offrandes, sacrifice...

Les séances de transe

Etre possédé consiste finalement à avoir établi un contact entre le naturel et le surnaturel. Ce dernier s'exprime par la transe, que celle-ci soit effervescente, modérée ou confine à l'immobilité...L'exorcisme avait toujours pris la forme d'un dialogue, ou l'on pouvait voir l'autorité invisible présente

derrière l'agent humain. L'exorcisme se mesure au pouvoir des démons qui parlaient à travers le patient humain, le possédé.

Les chercheurs attribuent les améliorations constatées par exemple au transfert (Roheim), à la suggestion (Freud), à l'effet placebo lié à la croyance « l'efficacité symbolique » (Strauss), aux organisations sociales (Zemplini). L'ambition des chercheurs était d'unifier le phénomène en essayant de rendre la lecture commune entre les chercheurs. Dans ce contexte on se demande quelle est la place du sujet dans ce magma théorique ?

On constate que malgré le partage des mêmes références culturelles, les sujets ne suivent pas des circuits thérapeutiques identiques dans le même contexte traditionnel.

Le choix personnel du sujet est non négligeable, c'est un maillon principal dans la chaîne du processus thérapeutique. L'histoire personnelle, le vécu, la perception de la maladie... plusieurs éléments liés au sujet rentrent en jeu dans la thérapie. Cette question mérite d'être prise en considération au même niveau que les éléments culturels.

Vignette clinique Amina

Amina est une femme âgée de 53 ans, issue d'une famille des paysans dans la banlieue de Casablanca. C'est la deuxième fille d'une fratrie de trois enfants, sa mère en a perdu neuf. « J'avais une bonne relation avec tous les membres de ma famille » m'a-t-elle raconté.

Elle se marie à l'âge de douze ans, six mois après elle se trouve répudiée. Une année plus tard son père décède. Sa tante l'amène chez elle à Casablanca pour qu'elle l'aide dans son atelier de couture. Elle l'envoie entre-temps travailler chez des gens comme femme de ménage.

En ville, elle fait connaissance d'un homme avec qui elle se remarie.

Amina découvre qu'elle est stérile. Elle traite la stérilité d'une façon traditionnelle : des fumigations *Bkhour*, pharmacopée traditionnelle consultations des voyants... Deux ans plus tard, elle adopte une fille âgée de trois ans d'un ami de son mari. Ensuite elle découvre que son époux est dépendant au cannabis et à l'alcool.

Après dix ans de mariage ils font lit à part, elle me confie que c'est son mari qui la rejette, qui selon elle, il est possédé par *Aicha Qandicha*⁴.

La première hospitalisation dans un service de psychiatrie était en 1999 à cause des troubles du comportement sous-tendus par une activité délirante à thématique mystique, de grandeur et de persécution

Elle a été trouvée errante dans la rue, elle parle d'Allah,

3. AOUATAH, A(1993). Ethnopsychiatrie maghrébine. Paris : L'Harmattan, p. 86.

4. Figure Djinnique femelle représentée dans la culture marocaine comme sorte de fée ogresse à la fois crainte et honorée. Figure Djinnique mâle connue dans la mythologie marocaine par le boucher qui aime voir le sang et la couleur rouge.

récite des prières par moments à peine audibles, mêlant à son discours des versets du Coran. On relève des idées de possession par le «djinn», la conviction d'une mission salvatrice à accomplir à l'égard de sa famille. Elle est avertie par une femme chez qui elle travaille d'aller consulter un psychiatre.

Sous traitement neuroleptique les troubles régressent en un mois et la patiente quitte l'hôpital.

Sa deuxième hospitalisation était en 2003 pour une agitation. Elle dansait et chantait dans la rue, elle explique son geste par une publicité lors de la campagne électorale. Son état se stabilise, elle rechute deux ans plus tard. Sa fille raconte qu'elle était restée fragile, très irritable, quelques fois délirante. Son mari et sa fille la surveillent tout le temps et ne la laissent pas sortir toute seule.

En 2005 elle rechute et se rend chez un psychiatre dans le secteur privé. Son état était fluctuant entre des périodes de délire et d'agitation et des moments de calme et de fatigue. La patiente se plaint d'être privée de faire des tâches domestiques, et manifeste aussi des idées de possession diabolique. Au cours de l'entretien, on note des attitudes de prière permanentes pour lutter contre «l'esprit du mal».

La cause de la maladie selon la patiente

Elle m'explique qu'elle est possédée par le Djinn « *El Bacha Hammou* », avec qui elle avait entamé des rapports sexuels ; elle insiste qu'il était sauvage et violent. Je remarque qu'au cours de l'entretien, Amina était dans la description des moindres détails de sa relation avec ce Djinn, Je ressens qu'elle voulait me convaincre réellement. Elle se surprend que c'était la première fois qu'un professionnel de la santé discute avec elle son vécu exceptionnel avec autant d'attention.

Elle rajoute qu'elle a un enfant avec son possédant *Hammou*. Elle décrit leur relation « *Hammou* me fait promener en voiture à travers des paysages féeriques, et m'ordonne de venir voir notre fils ».

Elle continue qu'elle est aussi possédée par *Mimoun*⁵ qui ne lui plaît pas comme *Hammou* et qu'elle ne s'en donne pas à lui. Je lui demande quand et comment cette possession a commencé. Elle m'explique qu'elle a été ensorcelée par sa tante qui veut l'exploiter pour lui garder les enfants.

Les modes de thérapies adoptés

Amina a fait le tour de plusieurs marabouts, elle a rêvé du marabout *Sidi Massoud ben Hssayn* qu'elle a visité en compagnie de sa mère. Les guérisseurs l'ont ligotée pour ne pas s'arracher les cheveux et ne pas se griffer le visage. Elle dit qu'elle en est sortie avec des youyous et redevenue une nouvelle Amina. Elle s'est libérée de ses angoisses et de ses craintes.

« Au cours d'une longue transe au sanctuaire du marabout

Bouya Omar, je ne me suis pas évanouie, j'ai récité seulement le Coran pour que les *Djins* s'en aillent.

Une autre expérience avec les *Fqihs* « Les *Fqihs* sont venus chez moi pour m'exorciser mais je considère qu'ils commettent un péché » D'après elle ce n'était pas la bonne méthode de la soigner parce qu'ils exercent une autorité et un contrôle sur elle.

Un autre recours à une voyante « on m'a amenée chez une voyante à sanctuaire de sidi *abderahmane*, qui m'a dit que je suis possédée par *lalla Malika*⁶ puisque j'aime la verdure et j'aime m'habiller en vert, mais moi je ne l'ai jamais vue, ce que j'ai c'est une possession de Mimoun et Bacha *hammou*. Je remarque qu'Amina a un penchant vers les *djins* mâles.

Dévalorisée par la famille à cause de la stérilité et de la maladie mentale. « Malgré tout je préfère rester ici à l'hôpital loin d'eux, ils ne me laissent pas faire les travaux à la maison, ils m'appellent : « folle.. ». Ils m'exigent de prendre les médicaments.

« Mon mari ne s'approche pas de moi, je ne sais pas pourquoi, on ne dort pas dans la même chambre malgré tous les préparatifs qui précèdent les rapports ».

Elle raconte qu'elle s'est libérée de ses possédés à travers un procès au tribunal de la ville de Meknès au sanctuaire du saint *sidi Elhadi Ben Issa* contre Mimoun, qui a été interpellé pour savoir si c'était son vrai mari, « ils n'ont trouvé ni preuve ni acte de mariage. Le jugement était en ma faveur ».

L'autre jugement s'est passé à la ville de Settât au Mausolée du saint de *Sidi el Aidi* pour le procès d' *El bacha Hammou*. Durant l'ouverture de l'audience, « le juge apparaît avec un gros dossier à la main ».

Je précise que ces déplacements aux marabouts et les événements racontés ne sont pas réels. Elle dit qu'ils se sont déroulés dans ses pensées et dans ses rêves.

Quant à son hospitalisation, elle lui donne l'explication suivante « Je suis à l'hôpital pour leur montrer que je suis soignée et pour qu'ils cessent de m'appeler « folle », mais moi je n'ai rien de tout cela. La possession je l'ai surmonté. Je préfère l'hôpital qu'à la maison pour juste fuir les problèmes et les racontars.

L'état de la patiente évolue lentement étant donné que la dernière hospitalisation remonte seulement à 15 jours, rechutes successives, Inconscience apparente de son trouble, attitude ambivalente envers sa fille et son mari, son discours révèle tantôt des reproches tantôt une reconnaissance envers sa famille. Des plaintes somatiques fréquentes (maux de gorge, problèmes gastriques....). Amina critique le traitement médical

Les éléments recueillis auprès de cette patiente montrent le poids de la culture dans la manifestation de la maladie. Par ailleurs, les enjeux psychiques se montrent présents

6. Figure Djinnique femelle connue par son prestige sa préférence de la couleur verte.

5. Un Djinn noir fait partie de la mythologie de la confrérie de Gnawa.

dans le processus de la construction du sens et expliquent également le choix du recours à une méthode thérapeutique. L'articulation entre le côté personnel et culturel est remarquable dans cet exemple. Devereux parle de deux instances : l'inconscient ethnique et l'inconscient idiosyncrasique, ce dernier expliquerait les particularités individuelles.

D'après des éléments cités concernant cette patiente on voit que ses symptômes témoignent une organisation problématique intrafamiliale et notamment la relation conjugale.

Le statut social de la femme est également problématique du fait qu'il est altéré par son niveau socio-économique bas et sa maladie psychique ; ceci l'a mis sous la tutelle de sa famille qui lui donne des directives et lui impose des choix. Outre la stérilité qui la dévalorise et affecte sa féminité dans une société qui valorise la procréation.

En général l'environnement social d'Amina lui déplaît et ne lui semble pas propice. C'est pourquoi elle considère l'hospitalisation comme un refuge malgré sa désapprobation de ce type de soin. En effet La patiente semble plongée dans une attitude d'évitement et de fuite de sa réalité frustrante. Dans ce contexte, le délire apparaît comme une compensation et réorganisation d'une réalité frustrante imprégnée par plusieurs rejets : rejet du premier mari, maltraitance de la tante, le rejet du deuxième mari, la stérilité ; les conflits avec sa fille adoptive...

L'activité délirante est la reconstruction d'une « néoréalité » permettant à Amina de réaliser ses fantasmes et d'accepter l'idée du rejet. On l'a voit investie dans un monde surnaturel. Dans lequel elle a un conjoint attentionné et un enfant. Elle est également courtisée par un autre Djinn.

OUATTAH(1993) mentionne dans ce contexte que les références actuelles sur lesquelles le discours personnel prend appui contribuent à l'alimenter de façon à ce qu'il puisse construire des défenses relativement efficaces. Ainsi, le surnaturel peut devenir la source principale dans laquelle puise le sujet afin d'articuler non seulement son histoire personnelle, mais aussi son présent et de remanier sa relation avec son entourage.

Par conséquent elle a eu recours à des méthodes traditionnelles qui semblent convenir à son état. Par ailleurs Amina a montré sa préférence à des méthodes dans lesquelles elle se sentirait libre et moins contrôlée à savoir le maraboutisme qui était pratiqué par les membres de sa famille surtout sa mère et sa grand-mère.

La question de la filiation s'impose vu que la patiente adhère à des croyances transmises d'une génération à l'autre. Elle réactualise les rites ancestraux dans le but de ressusciter le passé. Signalons que les pratiques maraboutiques qui ont été adoptée par les membres de sa famille pour des finalités festives et thérapeutiques.

Après un mois d'hospitalisation dans le service

psychiatrique, Amina m'a expliqué que tout ce qu'elle m'avait raconté au paravent lui a été dicté par ses délires et ses hallucinations « je racontais des choses que je ne voyais pas dans la réalité, probablement à cause de ma maladie psychique .Enfin, je ne sais pas. Il faudrait que je retourne chez un *Fquih* pour qu'il me confirme que je suis totalement guérie ».

Malgré la conscience de la patiente de sa maladie psychique elle reste fidèle à ses croyances magico-religieuse qui lui procurent un sens et une signification à son état détérioré. Il a besoin de la confirmation d'un thérapeute traditionnel pour sentir l'état de bien être et d'amélioration. Le sens de son état psychique s'acquiert à travers une symbolique culturelle figurée dans l'atteinte de Djinn lui permettant d'interpréter sa réalité subjective.

Devant ce genre de pathologie, les enjeux culturels prennent une dimension fondamentale dans la prise en charge des sujets en souffrance. D'où Une approche compréhensive intégrant les particularités culturelles et individuelles sont plus que nécessaire à la compréhension des phénomènes étudiés.

Références bibliographiques

- AOUATAH A (1993). Ethnopsychiatrie maghrébine. Paris : l'Harmattan
BOUGHALI M (1988). Sociologie des maladies mentales au Maroc. Casablanca : Afrique orient.
DEVEREUX G (1970). Essais d'ethnopsychiatrie générale. Paris : Gallimard
DEVEREUX G (1974) Ethnopsychanalyse complémentaire. Paris. Flammarion
NATHAN T (1994). L'influence qui guérit. Paris : Odile Jacob
NATHAN T (2001). Ne nous ne sommes pas seuls au monde. Paris : le seuil
SCHOT-BILLMAN F (1975). Corps et possession. Paris : Bordas
ROSE MORO M (1997) Dépression et autres cultures. Ardix Medical (16).



Les congrès internationaux de *Psy Cause*

VIII^{ème} Congrès international de l'Association internationale francophone *Psy Cause* et de la revue *Psy Cause*

Du 20 au 21 novembre 2012 à Siem Reap/Angkor
Le Bouddhisme en psychiatrie et dans les psychothérapies

Programme non définitif :

Journée du mardi 20 novembre 2012

- 8 heures : accueil des congressistes
- 8h30 : ouverture des travaux par le Pr Ka Sunbaunat, doyen de la faculté de médecine de Phnom Penh et directeur du programme de santé mentale, Président du congrès. Et allocutions de bienvenue.

Matinée. Séance 1 : Le bouddhisme dans les thérapies en Orient

- « *Les médecines tibétaines et chinoises pour traiter la dépression* », par Brigitte Manivel, psychanalyste à Rochefort du Gard (France), secrétaire de rédaction à « *Psy-chisme et approche corporelle* » dans la revue *Psy Cause*.
- « *La thérapie de Morita au Japon* », par le Pr Shigeyoshi Okamoto, psychiatre spécialiste de cette thérapie à Kyoto, Japon.
- « *Psychologie et bouddhisme Hinayana* », par François Daniel Alberola, psychologue clinicien, enseignant au département de psychologie de Phnom Penh.
- « *Le bonze comme tradi-praticien* », témoignage d'un bonze cambodgien (sous réserve).

Après midi. Séance 2 : Particularités cambodgiennes

- « *Cambodge : le Bouddhisme et la santé mentale* », par le Pr Ka Sunbaunat.
- « *Les rituels funéraires, y compris en l'absence des corps, et leur contribution au soulagement des souffrances post-génocide* », par Anne Guillou, anthropologue du CNRS.
- « *Prévalence du diabète au Cambodge et facteurs psychologiques* », par le Pr Lim Keuky, diabétologue, Président de la Cambodian Diabetes Association.

Après midi. Séance 3 : Pratiques psychiatriques au Cam-bodge

Sont sollicités : la « Peter C. Alderman psychiatric out

patient clinic » de Siem Reap, le service de psychiatrie de l'hôpital de « l'Amitié Khmero-soviétique » de Phnom Penh (Prs Chak Thida et Pauv Bunthoeun), le Dr Kimly Thong, du service de santé mentale de l'hôpital provincial de Battambang, et le Dr Bhoomikumar, pédopsychiatre à Phnom Penh.

Journée du mercredi 21 novembre 2012

Matinée. Séance 4 : Dialogue Orient/Occident

- « *La phénoménologie, un pont entre l'Orient et l'Occident* », par le Dr Jean Louis Griguer, psychiatre phénoménologue à Valence (France), rédacteur de la revue *Psy Cause*.
- « *Les spécificités des thérapies orientales : un regard depuis l'Amérique du Nord et un point sur la mindfulness meditation* », par le Pr Raymond Tempier, psychiatre à l'hôpital Montfort d'Ottawa (Ontario, Canada).
- Table ronde sur le bouddhisme et l'inconscient.

Fin de matinée : conclusion des travaux par le Pr Ka Sunbaunat. Et annonce de la création d'une association internationale sur le bouddhisme en psychiatrie et dans les psychothérapies.

NB : une croisière sur le Mékong avec séances quotidiennes de travail, se déroulera en post-congrès (inscriptions à la croisière closes : plus de place disponible).

Inscriptions au congrès de Siem Reap/Angkor

Contactez Christiane Lutz (courriel ancrages.clutz@gmail.com et téléphone 06 15 90 93 15. Le prix de l'inscription, comprenant les deux journées de travaux à Siem Reap, le déjeuner du 20 novembre et les boissons durant les pauses, est de 150 €. Attention, les hôtels sont très demandés à cette période de l'année et nous ne pourrions assurer aucune réservation moins d'une semaine avant l'ouverture du congrès.

IX^{ème} Congrès international de l'Association internationale francophone Psy Cause et de la revue Psy Cause

Du 17 au 25 mars 2013 à Mahé aux Seychelles
La Santé Mentale de l'enfant et de l'adolescent

Ce congrès est réalisé dans le cadre de la coopération internationale, avec l'accréditation du Ministre de la santé des Seychelles, en partenariat avec la Francophonie, l'Éducation Nationale et l'hôpital général de Victoria (la capitale du pays).

Participeront aux travaux (liste non définitive)

- Jean Malbrook : Directeur de la Coopération Internationale
- Docteur Daniéla Malulu (psychiatre - Seychelles)
- Mona Benoiton (psychologue clinicienne - Seychelles)
- Gina Michel (Directrice de l'Ecole Exceptionnelle - Seychelles)
- Mc Sucy Mondon (Présidente de l'éducation Nationale - Seychelles)

- Docteur Bourgeois Didier (psychiatre - France)
- Docteur Griguer Jean Louis (psychiatre - France)
- Manivel Brigitte (psychanalyste - France)
- Docteur Thierry Lavergne (pédopsychiatre - France)
- Docteur Princet Patricia (psychiatre - France)
- Docteur Texier Dominique (psychiatre et psychanalyste - France)

Tarifs de base :

Vol au départ de Nice, chambre double : une semaine 2480 €, la semaine supplémentaire 548 € (possibilité de supplément alors sur le vol de retour). Le programme détaillé est envoyé sur demande à Brigitte Manivel (courriel manivelbrigitte@live.fr, téléphone 06 25 99 81 18) ou au Dr Jean Paul Bossuat (courriel jpbossuat@numéricable.fr).

En préparation : X^{ème} Congrès international de l'Association internationale francophone Psy Cause et de la revue Psy Cause

Du 4 au 6 octobre 2013 à Ottawa au Canada
Minorités culturelles et Santé mentale

Ce congrès est piloté au Canada par le Pr Raymond Tempier, psychiatre à Ottawa, et par le Dr Bertrand Tiret, pédopsychiatre à Hull, de l'autre côté de la rivière des Outaouais au Québec (juste en face du parlement d'Ottawa). Ces deux psychiatres sont au carrefour de la question des minorités linguistiques ... à un pont de distance : la minorité francophone à Ottawa (Ontario), la minorité anglophone à Hull (Québec). Ce congrès sera l'occasion d'échanger sur la

prise en charge des troubles mentaux au sein des minorités culturelles dans les divers contextes rencontrés par des congressistes issus de plusieurs continents.

Contacts :

Pr Raymond Tempier (courriel tempraym@yahoo.com) et
Dr Jean Paul Bossuat (courriel jpbossuat@numericable.fr).

Séminaire de Psy Cause à Reus (en Catalogne)

Le samedi 20 avril 2013
Les origines de la psychothérapie institutionnelle

Ce séminaire en Espagne est établi en partenariat avec l'institut Pere Mata (où exerça le Dr François Tosquelles) qui nous recevra dans le « Pavillon des distingués ». La journée de travaux sera couplée sur le week-end avec une visite de la ville Moderniste de Reus.

Renseignements

pour la logistique, Brigitte Manivel (courriel manivelbrigitte@live.fr, téléphone 06 25 99 81 18), et pour le programme scientifique, le Dr Pierre Évrard (courriel pierreevrard@wanadoo.fr).

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Pierre Évrard (Avignon)

Marie-José Pahin (Marseille)

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

Le comité de lecture est composé du directeur et des rédacteurs en chef, ainsi que de Nicole Bousquet, Brigitte Manivel, Péguy Ndonko, Raymond Tempier et Monique Wagner.

■ Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

Adjoint : Michel Bayle (Aix en Provence)

■ Secrétaires de Rédaction

Didier Bourgeois (Avignon)

Afrique subsaharienne : Monique Wagner (Boulbon)

Afrique du Nord : Zahia Kissoum (Avignon)

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

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)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Nacera Benosman (Tlemcen, Algérie)

Tatiana Beregovaja (Marseille)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès)

Rachel Bocher (Nantes)

Jean-François Bouix (Montpellier)

Nicole Bousquet (Béziers)

Gada Bteich (Beyrouth, Liban)

Yves Chmielewski (Avignon)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Valentin Charles Dassa (Lomé, Togo)

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 (Abidjan, 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)

Daniel Malulu (Victoria, Seychelles)

Gilbert Mananga (Kinshasa, Congo)

Claude Miens (Arles)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier)

Youssef Mourtada (Le Mans)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Valère Nkelzok (Maroua, Cameroun)

Marc Oeynhausen (Avignon)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Errol Palandjian (Draguignan)

Patricia Princet (Fains)

Anne Rivet (Avignon)

Claude Aline Rohman (Orléans)

Anne Sarrasat (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)

Jean-Marie Y Yeo-Tenana (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Bertrand Tiret (Gatineau, Québec, Canada)

Mathieu Tognidé (Cotonou, Bénin)

Michel Toussou (Lomé, Togo)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Correspondants en France

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)

Dominique Gauthier (Laragne)

Patrick Jouventin (Avignon)

Boh Souleymane Kourouma (Pierrefeu)

Hosni Ouahchi (Avignon)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Danielle Raoux (Salon)

Philippe Raynaud (Thuir)

Béatrice Ségalas (Antony)

Jean-Luc Sicard (Avignon)

Dominique Texier (Thonon)

■ Correspondants hors de France

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova

(Ostrava, Tchéquie)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Egypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaël Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, 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 Baucher (Marseille)

Moïse Benadiba (Marseille)

Daniel Bley (Arles)

Thierry Bottai (Martigues)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon)

Patrick Boyer (Uzès)

Boris Cyrulnik (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)

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.

La Santé mentale de l'enfant et de l'Adolescent

IX^e Congrès international de l'Association internationale francophone Psy Cause



Du 17 au 25 mars 2013
Sur l'île Mahé aux Seychelles

Congrès organisé par l'association Internationale Francophone et la revue PsyCause
Dans le cadre de la Coopération Internationale
Avec l'accréditation du Ministère de la Santé des Seychelles
Avec le partenariat de la Francophonie, de l'Éducation Nationale
et de l'hôpital général de Victoria.

Président du Comité Scientifique
Didier Bourgeois

Président du Comité Rédactionnel
Jean Paul Bossuat

Renseignements et inscription auprès de Brigitte Manivel :
manivelbrigitte@live.fr Tél : 04 86 24 62 36 ou 06 25 99 81 18.