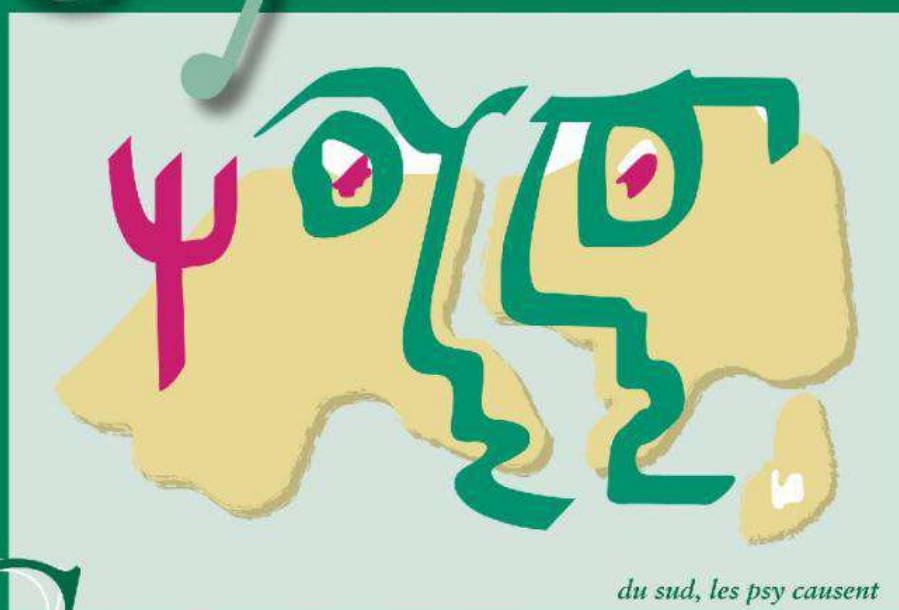


Psy



du sud, les psy causent

Cause

- Médiations
- Regards africains

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Médiations	3
L'art en plus	
Rachel Bocher, Catherine Porcher.....	4
L'art du patient et l'art du thérapeute	
À propos d'un cas clinique	
Youssef Mourtada	9
Les Maisons des usagers en psychiatrie	
Marc Oeynhausen	12
L'expérience subjective dans la psychose : entre corps et logos	
Constance Gard	16
PsyCause II – Auteurs d'Afrique Subsaharienne.....	20
Aspects psychosociaux et affectifs de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans à Parakou et à Tanguéta	
Joseph Agossou, Julien Didier Adédémé, Alphonse Noudamadjo, Francis Tognon Tchégnoni, Anselme Djidonou, Hayath Séidou Alassane, Prosper Gandaho	21
Influence des déterminants socioculturels et psychosociologiques sur la pratique de l'automutilation chez les Abidji en Côte d'Ivoire	
Konan Simon Kouame, Lazare N'da Bazoumana, Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Koffi Paulin Konan.....	27
Etude descriptive des pratiques et attentes des médecins généralistes des centres de santé de premier contact du district sanitaire de Cocody-Bingerville (Côte d'Ivoire) à l'égard de la dépression	
Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Morifode Doukoure, Asseman Médard Koua, Adama Kone, Thierry Houenou, Drissa Kone	35
Les épilepsies infanto-juvéniles : Contribution de la pédopsychiatrie dans la prise en charge à l'hôpital national de Niamey (Niger)	
Corentin Nascimento.....	42
PsyCause III – Auteure d'Afrique Méditerranéenne	47
Personnalité pathologique et thérapie cognitive :	
Étude clinique menée sur 6 sujets dépressifs	
Djaouida Berrahil Benosman.....	48
Les congrès internationaux de Psy Cause	52

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



« *Psy Cause n'est pas seulement une revue, c'est aussi un mouvement* »

En 2003 à notre congrès de Martigues, le psychiatre marseillais Alain Gavaudan déclarait : « *Psy Cause n'est pas seulement une revue, c'est aussi un mouvement, un creuset d'idées, d'humeurs.* » À cette époque, notre revue était une publication française dont l'aire de diffusion était nationale. Née dans le Sud Est de la France, elle était bien présente dans les établissements psychiatriques de ces régions où elle s'arrimait à une authentique dynamique institutionnelle basée sur un certain nombre de valeurs : dimension humaniste du soin centré sur la personne, pluridisciplinarité, échanges en réseau et non corporatistes, etc... En 2008, avec le congrès de Parakou au Bénin, la revue changeait d'échelle et, en 2010, s'engageait résolument dans la voie de l'internationalisation, transposant les mêmes valeurs en y ajoutant la Francophonie. En 2012 à Siem Reap (Cambodge), fut lancé le concept d'un « Mouvement Psy Cause » sous jacent à la revue, avec l'idée d'un réseau de terrain qui se décline en diverses structures nationales dont « Psy Cause – Cameroun » est l'exemple le plus achevé. Ce concept de « mouvement » se retrouve tant au niveau du Comité de Rédaction Francophone que dans l'organisation du réseau associatif de terrain.

Les subdivisions de ce numéro 62 de la revue Psy Cause sont à l'image de cette dynamique. La première partie (Psy Cause I), publie quatre articles français rédigés au long de ces trois dernières années. Deux des trois textes sont des communications à notre dernier congrès national en France. C'était à Béziers en octobre 2010. Les conditions en avaient été très difficiles tant au niveau institutionnel dans l'établissement hôte qu'au niveau du contexte avec un mouvement de grève qui rendait très difficiles les déplacements. Dans un précédent éditorial, nous évoquions « l'hiver » de la psychiatrie en France (en 2011 dans le N°59). Espérons que la récente condamnation de la Dr Canarelli à un an de prison avec sursis pour un meurtre commis par son patient, qui suscite l'indignation jusqu'au sein de l'Association Mondiale de Psychiatrie, n'est que le dernier ressac de cette sombre période. La composante française de Psy Cause a été affectée par ces années difficiles. Nous avons malgré tout organisé des journées scientifiques à Avignon et à Marseille en 2011 et 2012. L'année 2013 devra être celle de son renouveau.

La seconde partie du numéro (Psy Cause II) est représentative du positionnement majeur de l'Afrique Subsaharienne. Quatre articles, des auteurs de trois Pays francophones (Bénin, Côte d'Ivoire et Niger), constituent ce dossier. L'investissement dans Psy Cause qui est « leur » revue, est très important. La quasi totalité de l'Afrique francophone est représentée dans l'équipe rédactionnelle. Deux réseaux nationaux se sont organisés : en Côte d'Ivoire dans un premier temps, puis très rapidement au Cameroun. Le Bénin, qui a initié ce repositionnement de la revue, devrait suivre. N'oublions pas que des statistiques récentes ont établi qu'en 2050, 85% des francophones seront en Afrique. L'article d'une auteure algérienne (en Psy Cause III) dans ce numéro, est dans la continuité d'une présence régulière et ancienne de l'Afrique méditerranéenne dans Psy Cause. En novembre dernier, les deux associations tunisiennes de psychiatrie (Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire et Société Tunisienne de Psychiatrie) se sont engagées pour un congrès Psy Cause en 2014 dans le Sud Tunisien. Elles ont évoqué la constitution d'un réseau tunisien (« Psy Cause – Tunisie »).

Si l'on évoque aussi un prochain numéro « Spécial Cambodge » à propos du congrès de novembre 2012 à Siem Reap (Angkor) et notre congrès 2013 à Ottawa (dans l'Ontario officiellement bilingue : Anglais et Français), nous pouvons percevoir que « quelque chose » est en mouvement avec Psy Cause.

Le 8 janvier 2013
Jean Paul Bossuat

Médiations

Ce dossier regroupe quatre articles français qui ont en commun la pertinence d'espaces qui font lien social.

Les deux premiers articles sont des communications au congrès national de Psy Cause – France le 22 octobre 2010 à Béziers. Ce congrès avait pour thème « L'art dans le soin ». Jean Louis Aguilar, responsable de l'atelier d'art-thérapie du Centre Hospitalier de Béziers et Rédacteur de la revue Psy Cause, en coordonnait l'organisation. Ce colloque avait créé une dynamique qui conduisait Jean Louis Aguilar à créer le 11 mai 2011 l'ARAT (Association de Recherche en Art et Thérapie), association partenaire dans le sens d'une mise en commun de réseaux pour des actions communes. Personne morale membre de Psy Cause – France, l'ARAT contribue au « Mouvement » Psy Cause qui regroupe l'ensemble des structures Psy Cause partenaires.

Le premier article « **L'art en plus** », signé de la Dr Rachel Bocher, rédactrice nantaise de la revue Psy Cause et psychiatre des hôpitaux, et de la psychologue de son service Catherine Porcher, présente un dispositif né en 2004 d'un partenariat entre le service de psychiatrie 5 et l'école supérieure des Beaux Arts de Nantes. Cet article évoque la « suspension de la douleur d'exister » à travers la dimension esthétique. Les ateliers mis en place favorisent le lien social et surtout une rencontre entre la culture et la dimension créatrice que chacun porte en soi. Les auteurs évoquent une nouvelle exploration de l'aire transitionnelle (concept de D. W. Winnicott) par le patient. Il s'agit donc de rejouer l'entre deux, entre le soi et le non soi selon cet aphorisme du poète indien Rabindranâth Tagore : « Tous les enfants du monde aiment jouer sur les plages ». Cet entre deux est mobilisé selon le concept psychanalytique, également platonicien, de l'« objet beau ».

Le second article « **L'art du patient et l'art du thérapeute** » a pour auteur un grand connaisseur de D. W. Winnicott puisqu'il a baptisé du nom de ce dernier, le service de pédopsychiatrie (un CMP/CATTP) qu'il a créé au Mans. Cet auteur n'est autre que l'organisateur du congrès national de Psy Cause – France le 6 juin 2009 au Mans, le pédopsychiatre Youssef Mourtada. Il présente un cas clinique, celui d'un patient schizophrène pour lequel l'art a médiatisé une fonction transitionnelle placentaire assumée par le thérapeute. Cette prise en charge fut initiée par l'auteur avant sa venue au Mans.

Le troisième article est d'un autre registre puisqu'il traite de la **Maison des usagers** du Centre Hospitalier Sainte Anne à Paris. L'auteur, Marc Oeynhausen, est un éducateur spécialisé avignonnais qui a fait une école de journalisme et souhaite mener des enquêtes dans le domaine de la santé mentale. Il collabore actuellement avec la revue « Sciences Humaines » sur des actualités relevant de la rubrique « Psychologie ». Son article est à mi-chemin entre l'approche scientifique et l'approche journalistique. Ajoutons que c'est l'originalité de son positionnement qui l'a conduit dans le Comité de Rédaction de la revue Psy Cause. Là aussi, avec la Maison des usagers, nous avons un espace qui fait lien social, un espace en rapport avec ce qui est de l'ordre de la citoyenneté.

Le quatrième article dont l'auteur est une psychologue et psychanalyste (Constance Gard), traite d'une médiation dans la psychose qui est la **fonction du langage en tant qu'expérience subjective**.

Jean Paul Bossuat



Le Dr Y. Mourtada devant l'entrée de son service et l'image de D. W. Winnicott (6 juin 2009).



Rachel Bocher¹

Catherine Porcher²

L'art en plus

« Les hommes ont besoin de beauté, dans la déréliction où ils sont jetés, l'esthétique participe de cette dimension essentielle de verticalité, où l'homme debout transcende ses possibles...L'homme en arrêt devant l'œuvre d'art pose la question transcendante de ce qu'il est face à l'autre son frère créateur » Giudicelli.

Résumé : cet article présente un dispositif original, né depuis 2004 du partenariat entre le service de psychiatrie 5 et l'école supérieure des beaux arts de Nantes. Dans la dynamique de groupe instaurée entre patients, étudiants et soignants lors des ateliers, par delà l'expression et la créativité, des bénéfices secondaires sont évidents pour ces patients, qu'ils soient concernés par la psychose ou adolescents en souffrance identitaire. Pour la plupart, à travers la dimension esthétique, on remarque un véritable gain narcissique et une « *suspension de la douleur d'exister* »

Qu'est ce qui soigne dans ces ateliers où la dimension thérapeutique n'est pas la visée première ? Comment passe t-on de « *l'expression symptomatique au registre symbolique* ? » Nous verrons que la construction de cette triangulation, mise en scène par la clarté et la complémentarité des places de chacun, a contribué à cet essai de structuration et à la symbolisation. Ces ateliers favorisent réellement le lien social et la convivialité, mais également l'accès privilégié à l'art, à la transmission de la culture et à la dimension créatrice que chacun porte en soi. C'est à travers le concept psychanalytique « *d'objet beau* » que nous décrirons ce moment de l'expérience subjective suscitée par l'intermédiaire de l'art.

Nous verrons à travers une illustration que dans ces ateliers beaux arts, nous sommes dans un espace de rencontre entre deux réalités qui interfèrent l'une avec l'autre mais sans faire intrusion, au cœur de ces phénomènes transitionnels, tels que les définissait D W. Winnicott.

Mots clefs : Ateliers artistiques, symbolisation, phénomènes transitionnels, objet transformationnel

Summary : this article presents an original, born since 2004, the partnership between the Department of Psychiatry and 5 Higher School of Fine Arts in Nantes. In group dynamics established between patients, caregivers and students in workshops, beyond the expression and creativity of secondary benefits are obvious for these patients, they are affected by psychosis or adolescents with identity. For the most part, through the aesthetic dimension, there is a real gain narcissist and a « *suspension of pain to exist* ». What treats in these workshops where the therapeutic dimension is not the first sight? How do we pass the « *symptomatic expression in the symbolic register* ? We will see that the construction of this triangulation, staged by the clarity and complementarity of all places, has contributed to this essay structuring and symbolization. These workshops actually promote social ties and usability, but also privileged access to art, the transmission of culture and the creative dimension that each carries. It is through the psychoanalytic concept of « *beautiful object* » that we now describe the subjective experience aroused through art. We see through an illustration in the fine arts workshops, we are in a space of encounter between two realities that interfere with one another, but without intruding in the heart of the transitional phenomena, such as defined . W D Winnicott.

Key Words : Artistic workshops, symbolization, transitional phenomena, transformational object.

1. Psychiatre des Hôpitaux, Médecin Chef de la Psychiatrie 5
CHU de Nantes

2. Psychologue clinicienne, Psychiatrie 5
CHU de Nantes

Introduction

Depuis 2004 existe un partenariat du Pôle de psychiatrie 5 du CHU de Nantes et l'école régionale de beaux arts de Nantes. Une convention définit les éléments de ce cadre institutionnel et sa pérennité. Si le dispositif des ateliers a évolué sur la forme en fonction des changements pédagogiques de l'école, il est resté intangible dans son fond. Il illustre une alliance authentique entre des pratiques forcément différentes où chacun de sa place (professionnels de santé, étudiants en école d'art et patients) réalisent une sorte d'osmose. Une complémentarité se crée, d'une part entre ces étudiants, étrangers au monde du soin, qui vont transmettre par leur sensibilité et par leur intuition, une autre façon de lire le monde aux patients et d'autre part, des soignants, qui dans un rôle nouveau, à la fois participants et régulateurs du groupe, vont élargir leur fonction soignante et poser un regard différent sur eux. Après chaque atelier, un temps de reprise propice à une écoute ouverte et enrichissante est animé par les psychologues du service rendent compte de ces croisements d'expériences et des regards pluriels.

Dans cette triangulation instaurée entre patients/ étudiants/ soignants, nous découvrons par delà l'expression et la créativité, des bénéfices secondaires évidents pour les patients : un apaisement des tensions, et pour certains, un effet de restauration narcissique.

Alors qu'est ce qui soigne ?

Que nous apportent ces ateliers qui ne relèvent ni de l'animation, ni du « faire pour faire » et où la dimension thérapeutique n'est pas la visée première ?

1. De la médiation à la triangulation

Nos espaces de soin - qu'ils soient conçus pour contenir la psychose (à TATI* et DALI*) ou soulager l'adolescence en crise (à ESPACE*) - sont des espaces de transition, où le contenant et les contenus thérapeutiques sont censés offrir un autre mode d'accès aux angoisses et aux conflits psychiques des patients. Ainsi, les *activités thérapeutiques à support d'expression* appelées médiations, sont un prétexte à une mise en liens avec leur histoire et pour certains patients en mal d'élaboration psychique, une étape vers ce plaisir à penser.

En complémentarité de ces outils thérapeutiques, il nous faut souvent réinventer, créer des espaces différenciés et intermédiaires où les patients pourront utiliser des objets de la réalité extérieure, dans leur réalité interne.

Si l'expression est favorisée, il n'y aura pas de reprise *thérapeutique* avec les soignants. Quelque soit le résultat de la production, il s'agira pour les patients avant tout de peindre, de dessiner, de modeler voire même de photographier et d'y prendre plaisir. Néanmoins, nous constatons à chaque fois qu'un « *quelque chose en plus* » opère dans les groupes

durant ces ateliers, comme si en paraphrasant Schopenhauer, la dimension esthétique permettait une « *suspension de la douleur d'exister* ».

Nous sommes sans doute dans ces lieux de rencontre entre deux réalités qui interfèrent l'une avec l'autre, un espace entre deux où la frontière est commune, reconnue mutuellement et sans empiètement.

Dans cette triangulation quelle est la place de chacun ?

A - Quelle est la place des étudiants ?

« *Nous sommes générateurs d'une chose à faire, avec d'autres... Il y a là l'expérimentation de pouvoir dire, de pouvoir faire, de pouvoir faire faire...* » Melle A..., étudiante ERBAN. Cette place des étudiants a été évoquée comme celle d'un *entre deux* dans la relation, où l'on est ni trop proche ni trop éloigné. Chaque année, les étudiants des beaux arts en transmettant leurs intérêts plastiques, leurs connaissances, leurs références, amènent un peu de fluidité, un espace de liberté et de divertissement aux patients, mais aussi aux soignants. « *Il nous faut imaginer des projets assez ouverts mais aussi personnels - c'est à dire qui viennent de nous, pour offrir à chacun l'espace de liberté que le patient souhaite s'approprier non pas parce qu'il se trouve contraint mais plutôt invité à le réaliser* » avait écrit l'une des étudiantes l'an dernier à propos des engagements plastiques des étudiants.

Donner des appréciations sur les aspects plastiques des productions des patients, leur permet justement d'offrir un autre regard sur eux, dénué de jugement sur les symptômes, car c'est un regard de reconnaissance qui les valorise. Ainsi, depuis la présentation des œuvres et leur base conceptuelle à la conclusion de l'atelier, le dialogue peut s'établir avec les patients, et donne une valeur effective à la participation de ces ateliers.

Même si le projet de l'atelier élaboré avec une intuition pertinente par les étudiants entre en résonance avec ce qui se joue à ce moment là au sein de l'unité, dans la problématique du groupe de patients, voire d'un patient en particulier, la relation créée entre patients et étudiants n'est jamais de l'ordre du soin. C'est dans ce juste écart que peut se déployer une autre dimension, avec des effets que l'on constate positifs sur les patients.

La place des étudiants d'ERBAN dans le *faire avec* inclut aussi les soignants participants, et cela tend à démystifier une notion de perfection parfois ressentie par des patients qui se positionnent souvent dans le registre du « *ne pas savoir...* » ou « *la peur de mal faire* ».

B - Quelle est la place des soignants ?

Accepter de ne pas être dans l'immédiateté du soin est parfois une démarche très exigeante pour les soignants. Ils se trouvent dans un rôle nouveau ; ils sont participants, dans le « *faire avec* », au « *même niveau* », ce qui leur permet un autre regard sur les patients. Dans ce nouveau rôle, ils assurent aussi la cohésion et la sécurité du groupe de patients par une vigilance attentive. La mise en valeur du travail

* Dénomination des unités de soins du Pôle de Psychiatrie 5 : TATI ; DALI ; ESPACE Etudiants ERBAN : Etudiants de l'Ecole Régionale des Beaux Arts.

des patients chaque semaine - exposé sur les murs dans nos unités - contribuera également à cette renarcissisation des patients « *ce travail collectif fabrique un regard nouveau et authentique qui peut être éliminera les frontières entre le dehors et le dedans* » Melle C..., étudiant ERBAN.

2- Comment passer de l'expression symptomatique au registre symbolique ?

Comment ces ateliers en dehors du registre du soin permettent néanmoins à des sujets en souffrance de passer d'un registre symptomatique au registre symbolique ?

La participation dans ces ateliers a toujours été active, avec une très grande implication les patients y trouvent du plaisir, à évoluer dans un espace nouveau, sur le terrain de la créativité, avec une réelle liberté de parole et de geste. L'introduction visuelle et verbale de la question de l'art, d'artistes reconnus à travers leurs œuvres ou des livres, sont autant d'ouverture au monde - pour les patients et pour les soignants - en leur permettant de vivre un véritable moment de rupture avec le quotidien de l'unité.

Dans ces moments de rencontre privilégiés, ils peuvent se concentrer dans leur production, se laisser aller à leur imaginaire, et montrer autre chose d'eux-mêmes. La théâtralité, l'originalité des projets et l'aspect ludique leur permettent « *d'aborder des notions complexes de manière détournée et amusante..... S'ajoute également le travail collectif, facteur d'union entre chacun des participants* » Melle D..., étudiant ERBAN. L'introduction de ces objets de médiation, par le biais d'un objet culturel (jeu théâtral, photographie), font naître l'envie de rêver, le plaisir à penser et à imaginer.

Ainsi les patients en position active de découverte, de curiosité, sont propulsés vers un sentiment de conquête et d'appui à la pensée.

De même, ils sont devenus des acteurs : « *ils ont fait implicitement acte de fabrication d'images* » comme le dit Marcelli.

Effets de symbolisation

Ces ateliers qui nous obligent à repenser la division traditionnelle, entre la réalité matérielle et la réalité psychique, sont au cœur de ces phénomènes transitionnels, tels que les définissait le psychanalyste D W. Winnicott.

Ce sont des espaces constituant un paradoxe à accepter comme tel, qui maintient « *à la fois séparées et reliées à l'autre, réalité intérieure et réalité extérieure* » Le passage de la créativité à la création, s'opère en utilisant des objets réels supports à la symbolisation, ce que Winnicott appelle des objets « *trouvés - créés* » Ces matériaux qu'apportent les étudiants chaque semaine (végétaux, fil de fer, bois...) qui se transforment dans leurs mains et celles des patients, en personnages, en silhouettes, en visages presque animés sont peut être ces « *objets trouvés - créés* » C'est sans doute pour cette raison, que ces ateliers fonctionnent comme des « *surfaces de transfert* » plurielles, où les sujets en mal de symbolisation (patients en crise psychotiques ou adolescents en crise suicidaire) peuvent passer d'un registre « *symptomatique à un registre symbolique* ».

En effet, les contenus des ateliers sont souvent à distance des véritables conflits en cause et cependant susceptibles, pour les patients, de les aborder à leur insu ...On pense à cet atelier de TATI - DALI avec les poupées qui fut un véritable espace de projection. T... ce patient qui intitule sa poupée « *la vie n'est pas certaine* », ou S... qui exprime à propos de la sienne « *c'est comme si nous avions accouché* », des paroles mises en lien avec une phrase d'Antonin Artaud « *nous accouchons de nos idées* » lorsqu'il désigne le processus artistique».

C'est cette symbolisation qui entraîne la capacité de se situer dans une « zone intermédiaire » entre réalité et fantaisie, entre imaginaire et réalité...

Bien entendu, ce n'est pas l'objet ou l'activité qui est thérapeutique mais le chemin pour y parvenir en présence des autres.

Le concept psychanalytique « *d'objet beau* » peut décrire ce moment de l'expérience subjective suscitée par l'intermédiaire de l'art. C'est l'effet d'une « *juste excitation psychique* », suscitant une qualité particulière d'émotion, car cet « *objet beau* » est porteur de sens et de pouvoir « *transformationnel* ». Christophe BOLLAS a proposé le concept « *d'objet transformationnel* » en envisageant la fonction maternelle comme productrice de transformations internes et externes pour l'enfant ; quand la mère « *rêve* » l'expérience de son bébé, quand elle prend en elle pour les métaboliser, les éprouvés d'angoisse pour les transformer avec des mots, il se produit alors « *des éprouvés de modifications dans l'expérience du soi* » c'est-à-dire un changement qualitatif dans l'investissement narcissique du sujet. Quand C. BOLLAS nous dit que cet « *objet beau* », est un « *objet transformationnel* » il évoque bien l'empreinte de cet « *objet perdu* » et ce sont ses traces qui se retrouveraient réactualisées lors d'expériences intenses notamment esthétiques. La proximité entre l'émotion esthétique et « *l'objet beau* » nous ramène donc bien à ce lien archaïque où objet et sujet se confondent, dans un mouvement de triomphe narcissique et d'expansion sujet/objet.

Conclusion

Alors quels sont les bénéfices ?

Même si nous ne pouvons pas en identifier, ils constituent un véritable espace « *intégrateur* », une structure vivante et active, animée de l'intérieur par la « *mise en commun* » d'enthousiasme, de potentialités créatrices. C'est tout ce dispositif spatio-temporel stable et fixé à l'avance, ces « *repères* » cette triangulation avec la présence attentive des soignants et des étudiants qui s'avère opérant. Dans ces espaces de rencontre des processus d'individuation, de symbolisation sont possibles et il y a pour la plupart des patients à travers une circulation de l'imaginaire, un véritable gain narcissique. Pour les soignants, c'est une ouverture vers la créativité, un enrichissement à leur pratique quotidienne et la possibilité d'accéder autrement au monde intérieur des patients.

Ces ateliers beaux arts favorisent le lien social, la convivialité, l'accès privilégié à l'art, à la culture, et à la dimension créatrice que chacun porte en soi.

Laissons conclure D. W. Winnicott : *« c'est la coloration de toute une attitude face à la réalité extérieure et qui donne au sujet le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue.... »*.

Illustration avec un atelier

Cette séance aura une dimension toute particulière, il s'agit à la fois du premier atelier dans des locaux neufs, et de la première participation pour trois étudiantes des beaux arts. L'atelier s'est déroulé dans un couloir, un peu en retrait des lieux de passage habituels, présenté par l'une des étudiantes comme *« un jeu pour découvrir un nouveau lieu ... de nouveaux espaces... »*. La consigne était de former des binômes où l'un des participants aurait les yeux bandés et l'autre serait le guide en déroulant un fil de laine de couleur différente, chacun devant se souvenir de son trajet (après dix minutes, les rôles s'inversaient). La deuxième étape de la proposition a consisté à retranscrire avec des motifs répétés ou des aplats de couleur sur une grande feuille de papier, étalée dans le couloir, le parcours qui avait été effectué ou du moins celui que chacun avait cru faire... Les chemins s'entrecroiseraient sur la feuille comme dans la réalité.

Au début de l'atelier, les binômes patients/étudiantes, patients/infirmières se sont formés, l'un guidant l'autre à tout de rôle afin de lui montrer toutes les possibilités et le mettre en confiance. Les fils de laine ont commencé leur invasion, s'entrecroisant... Le travail du guide demandait de plus en plus d'attention à l'autre, le guide veillant sur l'autre et lui permettant d'avancer. Une fois le parcours terminé, le groupe s'est retrouvé autour de la feuille installée au sol, elle même traversée par des traînées de laine colorée, pour arranger, colorier, aménager les espaces créés par les croisements et les boucles des déplacements. Ce fut un moment assez ludique de découvrir le chemin que chacun avait cru prendre et que le guide rectifiait, et de découvrir celui des autres, ainsi que la façon dont ils interprétaient leur périple. Avant la séance de reprise, j'ai eu la surprise de découvrir un véritable « labyrinthe » de fils entrecroisés de différentes couleurs, ainsi qu'une longue bande de papier étalée dans un couloir et recouverte de méandres et d'arabesques colorées... Il m'apparaissait des choses très étonnantes : un ciel étoilé là où personne n'était allé, de petits appartements, un aquarium et de façon générale, beaucoup de couleurs vives. Une jeune fille a transformé une partie de l'unité en jardin d'Eden. On peut mettre l'accent sur l'intuition des étudiantes quant à l'élaboration de ce projet, enroulé autour d'associations à partir de mots clefs : repères...espace...nouveau... Il y a là un travail de cartographe et d'arpenteur, sur ces « terres inconnues », ces représentations graphiques et imaginaires du monde.

Une infirmière évoquera alors avec tact et sensibilité son duo avec E..., cette jeune patiente, qu'elle avait aussi accompagnée au début de son hospitalisation, alors qu'elle

était dans le gouffre de sa souffrance psychique, totalement repliée en elle même. E.... portée dans un nursing quotidien par les infirmières. Depuis qu'elle va mieux, E *« revient à la vie »* et se souvient de tous ces moments et de chaque attention portée par les soignants ou par les autres patients. C'est alors avec une confiance absolue lorsqu'elle avait les yeux bandés, qu'elle s'en est remis à celle qui la guidait *« elle me faisait une confiance totale et lorsque on a inversé les rôles, elle m'a guidée avec une attention particulière, en me parlant pour éviter que je me cogne ... elle prenait vraiment grand soin de moi ...avec des gestes d'une grande douceur »*. L'infirmière dira avoir vécu ce parcours comme *« une aventure où l'on ne sait pas où l'on va,, mais où on reçoit quelque chose de l'autre... »*. Il m'a semblé entrevoir dans cet atelier une sorte de « métaphore » de ce qui s'est passé pour elle durant tous ces jours à ESPACE. Le fil, c'est ce qui nous renvoie au mythe d'Ariane et de Thésée, du Minotaure, du labyrinthe.

Dans ce duo, où chacun devient le guide de l'autre, dans un itinéraire parfois tortueux, mais plein de surprises, la jeune fille a donné ce qu'elle a reçu et probablement ce fut réciproque. Nous sommes dans la question de l'espace, d'un espace nouveau à s'approprier, à apprivoiser mais aussi l'espace de soi et l'espace de l'autre, avec la notion de la confiance en soi et en l'autre, à qui l'on s'en remet, lorsque en aveugle, on se laisse guider... *« c'est la question de la première fois... la première fois pour ces étudiantes dans des locaux qui seront pour la première fois le lieu d'expérience d'une élaboration graphique et un atelier qui pour la première fois se situera dans plusieurs lieux, dans plusieurs pièces ! »*.

Les patients sont aussi *« devenus les guides des soignants »* nous dira une infirmière. Ce sont souvent les patients qui nous indiquent la voie, qui nous permettent de cheminer avec eux, que nous n'irons jamais plus loin que là où ils peuvent ou veulent nous amener dans la découverte d'eux-mêmes.

À l'issue de ce parcours coloré, la patiente a peint sur la feuille son *« jardin d'Eden »*, peut être le symbole de sa renaissance ! Les jours suivants l'atelier, avec plusieurs patients elle continuera à dessiner et colorer la fresque.

D'ailleurs, le fait que cet atelier se soit déroulé dans plusieurs lieux a fait naître un dynamisme et une atmosphère très ludique... Cette fois, les étudiantes se sont situées sans crainte et sans réticence dans une approche plus globale de l'espace et l'unité prénommée ESPACE.

Au cours de cet atelier, *« il y a une symbolisation ... c'est à dire l'expérience d'une relation qui n'est pas dite »*. Au fil de toutes ces réflexions, nous pouvons souligner que la construction de cette triangulation (mise en scène par la clarté et la complémentarité des places de chacun) a contribué à cet essai de structuration et à la symbolisation. Ainsi cette médiation, objet, support, substance, a pu changer la nature de la relation intersubjective, nous protégeant donc de l'immédiat, d'une proximité trop grande, d'une fusion avec l'autre.

Bibliographie

Articles :

BOCHER R., PORCHER C., « Pratique, Clinique et Cité ».
BOLLAS C.H., « L'objet transitionnel », Revue française de psychologie 4, 1989.

FREUD, « L'inquiétante étrangeté », Essai de la psychanalyse appliquée, G. W. X., 229 SE XVII, 219, Gallimard.

GIUDICELLI S., « Art et psychiatrie » : vers de nouvelles pratiques de soin, Informations psychiatriques Vol 60 n°10 1984.

LACAN, « Le stade du miroir », Seuil.

LECOURT EDITH, « L'objet beauté en art thérapie », Journal des psychologues, Déc 1992-janv 1993 N° 103.

MARCELLI D., « Garçons et filles : la différence des sexes : une question de physiologie ou de culture », Revue Adolescents 2007 / 2 n° 60.

Ouvrages :

BION W R., « Aux sources de l'expérience », PUF 1981.

KAES R., « Crise, rupture et dépassement », Dunod 1997.

WINNICOTT D.W., « Jeu et réalité », Gallimard 1975.





Youssef Mourtada

L'art du patient et l'art du thérapeute À propos d'un cas clinique

Résumé : Monsieur M. est un patient qui présente une schizophrénie réputée dangereuse, interné depuis plusieurs mois avec des doses importantes de neuroleptiques. Dans ce travail je relate ma rencontre avec Monsieur M. et les effets de cette rencontre qui mettront à jour, d'une part, la créativité de ce patient (savoir botanique et œuvre picturale) et d'autre part, la possibilité de sa guérison avec son accès à nouveau à un lien social ce qui constitue l'art d'un thérapeute.

Mots Clés : Art – thérapie – schizophrénie – lien social

Summary : Mr. M. is a patient with schizophrenia to be dangerous, interned for several months with large doses of neuroleptics. In this paper I relate my encounter with him and the effects of this meeting, which will update the one hand, the creativity of the patient (botanical knowledge and pictorial) and secondly, the possibility of a real cure with its access to new social link to what constitutes art therapist.

Key words : Art - therapy - schizophrenia - social link

Les troubles psychiques

L'humain est un être vivant complexe. Cette complexité est due non seulement à son organisme pluricellulaire à reproduction sexuée mais surtout à son être de représentation. En effet, l'humain, être de représentation médiatise continuellement le réel par la représentation, donnant ainsi naissance à sa réalité. Cela nous permet de saisir que la réelle naissance de l'être humain ce n'est pas sa sortie du ventre de sa mère mais son accès à une représentation de soi et par conséquence, de l'autre.

L'autisme infantile est un remarquable exemple d'une naissance physique hors représentation, de même qu'il est temps de saisir que ce qui porte l'enfant à venir c'est un corps qui va de l'un à l'autre, de la mère au père, autrement dit, la grossesse physique a son double psychique qui se déroule dans le mental des deux parents ; de même que l'embryologie du psychisme du nouveau né continue et s'intensifie à ciel ouvert à travers les interactions précoces de ce dernier avec son environnement parental.

Psychiatre des Hôpitaux, pédopsychiatre
CHS de la Sarthe.

Les troubles psychiques, les troubles mentaux, et les troubles de la personnalité ont une unité de sens malgré une diversité de manifestation, d'intensité et de fréquence. Cette unité de sens c'est le dérèglement de ce système de représentation, un dérèglement auquel le patient va réagir pour retrouver à nouveau l'équilibre. Le symptôme est l'art premier du patient, à travers ces symptômes le patient essaye de colmater la brèche mais malheureusement, cette tentative de cicatrice ne fait qu'agrandir la déchirure du départ. C'est en cela que le symptôme est à la fois une tentative de guérison et un signe d'appel, à qui veut entendre. Ce symptôme peut emprunter différents supports tels que le psycho-mental, le socio-comportemental, le somato-corporel. Et quand ce symptôme se manifeste à travers un support artistique, il en résulte des œuvres brutes remarquables à la fois par leur originalité et leur créativité. Si l'œuvre du patient se sont ses symptômes, de surcroît quand il s'exprime à travers un support artistique, la question qui reste posée : qu'en est-il de l'art du thérapeute ?

Ce qui suit raconte ma rencontre avec Monsieur M., un patient qui présente une schizophrénie réputée dangereuse, interné depuis plusieurs mois avec des doses importantes de

neuroleptiques. Dans ce travail, je relate ma rencontre avec Monsieur M. et les effets de cette rencontre qui mettront à jour d'une part, la créativité de ce patient (savoir botanique et œuvres picturales) et d'autre part, la possibilité de sa guérison avec son accès à nouveau à un lien social, ce qui constitue, à mon sens, l'art d'un thérapeute.

L'art du patient

Monsieur M. est un patient hospitalisé depuis plusieurs mois, diagnostiqué schizophrène dangereux, avec une dizaine de passages à l'acte violents, auto et hétéro agressif et des fugues avec répétitions. Monsieur M. se retrouvait réellement dans une camisole chimique puisqu'il avait un traitement avec 4 neuroleptiques à des doses élevées plutôt en grammes qu'en milligrammes. Pour ma part, j'étais affecté en tant qu'interne DES dans le service où se trouvait Monsieur M. Le Chef de Service m'a confié pendant mon stage de 6 mois le suivi de Monsieur M. en mettant en garde et non seulement lui mais l'ensemble de l'équipe, de ne surtout pas changer le traitement de Monsieur M. car ils ont eu du mal à l'équilibrer. La tragicomédie de la situation c'est que Monsieur M. avec ses doses massives de neuroleptiques n'arrivait plus à tenir debout, il n'avait plus de tonus. Et même assis sur une chaise, il tombait. De ce fait, il était souvent par terre dans un coin de la salle de télé du service où les soignants venaient le chercher, soit pour lui donner à manger, soit pour l'amener à sa chambre pour dormir. En effet la vie de Monsieur M. est devenue végétative sans autre perspective.

Le dossier de Monsieur M. n'était guère plus riche puisque le seul contenu c'était l'empilement des rapports de fugues et de violence. Le seul élément clinique mentionnait que le contenu du délire de Monsieur M. était relatif à la végétation et à la nature.

Pour ma part, j'ai eu l'idée d'instaurer un entretien hebdomadaire avec Monsieur M. tous les mercredis à heure fixe, à 14 heures, où je venais tirer Monsieur M. de son coin, non pour le faire manger ou dormir mais, je lui faisais faire une promenade dans le jardin du pavillon en espérant que cette sortie soit un élément réanimateur pour relancer une relation avec lui. Bien entendu, il fallait baisser progressivement le traitement car sur le plan physique, ce n'était pas facile de porter Monsieur M. plongé dans son négativisme psychomoteur.

Progressivement notre entretien hebdomadaire est devenu pour Monsieur M. un événement qui faisait coupure de son réel et de ce fait, ponctuait sa semaine. Le mercredi est devenu une sorte de dimanche pour Monsieur M. qui était de plus en plus dans l'attente de ce rendez-vous et au fil de nos promenades, Monsieur M. exprimait son activité délirante qui constituait sa représentation à lui et pour ainsi dire, sa théorie, de ce qui lui arrivait. Dans cette perte de ses limites propres, il est devenu dans un rapport réel avec tout ce qui l'entoure, en l'occurrence, la végétation. En effet,

les fleurs et les arbres constituaient réellement sa chair et il pouvait hurler de douleur avec des angoisses massives au simple fait qu'on coupe une plante, de même qu'il souffrait en voyant les feuilles des arbres tomber à l'automne. Je me suis posé la question à quel point une grande partie de ses passages à l'acte était en vérité en miroir à la violence qu'il subissait des uns et des autres, faute d'une représentation adéquate de sa réalité.

Ce qui était rassurant pour Monsieur M. c'était ma capacité d'arrêter ma promenade à heure fixe sans état d'âme ni hésitation ; Comme si j'étais capable d'entrer dans son monde sans être englobé comme lui par la nature et dans ma capacité de sortir, je lui permettais aussi de se voir. Le délire de Monsieur M. avait dans sa prolifération un sens : comment s'approprier son corps à nouveau et c'est par le savoir que Monsieur M. a trouvé le moyen de s'approprier ce corps qui prolifère. En effet, il a développé en autodidacte un savoir de botaniste impressionnant pour ne par dire à juste titre, délirant. Ce que personne dans l'équipe ne savait. Monsieur M. était capable de réciter le nom de toutes les plantes et les arbres, leur environnement, leur condition de vie d'une manière encyclopédique.

Au fil de nos entretiens, Monsieur M. était de plus en plus apaisé, il participait davantage à la vie du pavillon. J'ai obtenu pour lui qu'il cultive même une parcelle du jardin. Tout cela a suscité la curiosité en premier, des autres patients qui étaient interpellés par mes consultations cliniques avec Monsieur M. dans le jardin du pavillon. De ce fait, plusieurs patients sont venus pour voir ce qui se passait le mercredi pendant nos promenades. En écoutant Monsieur M. parlé de la nature et de la vie des plantes d'une manière aussi poétique, ils ont été captés, et de ce fait, ma consultation est devenue une sorte de cours de botanique où Monsieur M. était le professeur. Le contraste était saisissant entre l'image de départ de Monsieur M. comme un reste, un sac dans un coin du pavillon, avec maintenant, son image debout capable de dire un discours et se retrouvant au cœur d'un lien social.

Les six mois arrivaient à leur fin et le soir de mon départ du service, Monsieur M. avec sa sensibilité, captait tout mouvement. Il m'attendait avec un grand rouleau et il me dit que c'est pour moi. En déroulant ce rouleau, je me retrouve devant un magnifique dessin, étrange, d'un être mi-humain mi-végétal, avec une remarquable beauté plastique. Sachant que Monsieur M. faisait ce dessin en cachette, en dehors de tout atelier d'expression ou d'art thérapie. Et Monsieur M. ajoute que chaque fois qu'il a rencontré un psychiatre il lui a fait un dessin. Ce qui s'est avéré vrai, mais la différence avec ce dessin, c'est la première fois que Monsieur M. fait un grand format, de même qu'il dessine un être hybride, avec cette image d'un humain qui tente de sortir de ce chaos végétal des origines. Les autres dessins étaient de petits formats et il inventait des fleurs et des plantes bizarres. Seulement Monsieur M. était préoccupé car il me disait qu'il y avait un problème, c'est que le dessin n'était pas terminé. A ma réponse lui disant de le garder et de le terminer, il me

répond d'un air désolé que jamais un psychiatre n'est venu le revoir après son départ.

L'inachèvement du dessin de Monsieur M. était une remarquable manière de me faire comprendre que si mon stage est terminé, sa thérapie à lui n'est pas finie. Pour ma part, quittant la ville d'ANGERS pour LE MANS, j'ai obtenu du chef de service la possibilité de continuer mon travail avec Monsieur M. où je revenais régulièrement tous les 15 jours le revoir et Monsieur M. a gardé son dessin pour le terminer.

Dans la suite, Monsieur M. me parlait toujours du dessin, de sa botanique ; en même temps sa situation s'améliorait de plus en plus et son traitement est devenu humain, j'ai réussi à renouer des liens avec sa famille, en l'occurrence avec un frère. Monsieur M. est parvenu à sortir en permission, puis un projet d'appartement thérapeutique s'est concrétisé avec un soin en hôpital de jour. Et pendant Tout ce parcours, Monsieur M. n'a jamais présenté de passage à l'acte.

Et un jour Monsieur M. me dit qu'il en a marre de son dessin, qu'il n'arrive pas à le terminer, en me demandant de le terminer moi-même. Pour ma part, terminer le dessin de Monsieur M. ce n'était pas le colorier mais amener Monsieur M. à se séparer de son œuvre et à reprendre corps, par voie de conséquence. Le hasard, qui n'est pas souvent si hasardeux, fait qu'un de mes camarades de l'internat interpellé par toute cette histoire, a pris le dessin, l'a encadré et il en a fait le thème central de son doctorat et de son mémoire de DES. Le thème étant « *La fonction de l'image dans le délire* ». De ce fait, il était amené à photographier le dessin et il se trouve que moi-même terminant mon internat et mes études, je suis devenu l'année suivante le Directeur de thèse de mon collègue. Et un jour, on retourne voir Monsieur M. pour lui demander l'autorisation de publier les photos de son dessin. Monsieur M. tout à fait apaisé et souriant, regarde les photos et me dit « *que les photos sont plus belles que le dessin* ». En effet, à cet instant, Monsieur M. s'est séparé pleinement de son œuvre qui a pris forme et qui a un destin qui lui est propre. Quant à lui, dans le



miroir de son dessin, il a aussi son corps propre. En effet, on prend en photo un autre, un visage, un corps et non la chair ou les viscères.

Mon collègue a obtenu sa thèse avec mention et mon travail avec Monsieur M. s'est arrêté où Monsieur M. venait désormais à l'hôpital de jour à temps partiel. Monsieur M. a retrouvé un corps qui, comme tout corps possède sa singularité, c'est-à-dire son altérité, qu'il ne faut surtout pas réduire à une altération en renvoyant Monsieur M. toujours à la case de départ et en faisant du diagnostic, en l'occurrence sa schizophrénie, sa carte d'identité.

Monsieur M., à mon sens, pouvait maintenant, avec sa différence être avec les autres et en l'occurrence de devenir un remarquable jardinier dans un espace public.

L'art du thérapeute

L'art du thérapeute relève d'une double exigence :

- **éthique**, un thérapeute ne doit pas partir de sa réalité mais de la réalité de l'autre, c'est-à-dire rencontrer et non se préserver de l'autre,
- **et poétique** : c'est au thérapeute d'avoir une mobilité psychique pour se représenter la complexité de l'autre en lui permettant d'accéder à sa propre représentation. Le rôle du thérapeute ce n'est pas une injection ni une injonction de sens mais c'est de permettre au patient d'accéder à son sens. C'est en cela qu'un thérapeute tire son portrait en permettant à l'autre de se tirer.

Cette double exigence éthique et poétique fait que l'art d'un thérapeute, c'est l'art de penser l'impensable, le réel d'un symptôme, d'une addiction, d'un passage à l'acte et de le faire advenir dans une réalité, dans un lien.

Dans la rencontre avec Monsieur M. ce dernier a essayé de colmater ses fractures narcissiques par son savoir botanique, mais faute d'un seul autre la suture a aggravé la déchirure. La fonction du thérapeute c'est d'oser être cet autre, permettant à Monsieur M. de se représenter l'ébauche de sa guérison, de son corps. Monsieur M. a tracé son corps à travers son dessin, qu'on peut qualifier par excellence d'une planche d'embryologie psychique. Mais si Monsieur M. a ébauché à nouveau à une représentation de lui-même, il lui reste à se détacher de son œuvre, de prendre de la distance et de s'inscrire dans un lien à l'autre ; c'est en cela que le dessin de Monsieur M. a cessé d'être centré sur lui et ce dessin est achevé le jour où le dessin a eu une vie propre. La photo du dessin est ce qui le termine.

Dans cette affaire, Monsieur M. retrouve un corps à nouveau et l'art du thérapeute c'est précisément d'être une interphase, permettant au patient de retrouver un corps et le thérapeute est amené, comme un placenta, à chuter. L'autre trace de ce travail est bien entendu, le dessin et cet écrit.

Le dessin de Monsieur M.



Marc Oeynhausen

Les Maisons des usagers en psychiatrie

Résumé : sous le leitmotiv du « patient actif », les usagers des services de psychiatrie manifestent aujourd'hui le désir de renforcer leurs droits et de participer activement au processus de soins. D'ex-patients, regroupés dans des associations, mettent en avant les acquis d'expérience de leur propre parcours de soins et revendiquent un savoir profane, complémentaire du savoir médical. Les pouvoirs publics, quant à eux, ont accepté de reconsidérer la place de l'utilisateur dans le dispositif de soins. Plusieurs textes réglementaires établis ces dernières années en témoignent. La circulaire du 28 décembre 2006 recommande le développement de maisons des usagers. Le Centre Hospitalier Sainte-Anne de Paris a été le premier établissement à développer ce dispositif en partenariat avec des associations d'usagers.

Mots clés : Maison des usagers, entraide associative, démocratie sanitaire, empowerment, savoir profane

Summary : as “active patients”, users of psychiatric services are keen to enforce their rights and want to participate actively in the care process. Former patients, grouped in associations, highlight the experience they acquired during their own care and claim to possess layman's knowledge that complements medical knowledge. The authorities, meanwhile, have agreed to reconsider the user's place in the care system. Several laws passed in recent years reflect this. The “circular” of 28th December 2006 recommended the development of centres for users (“Maisons des usagers”). The Sainte-Anne hospital in Paris was the first institution to develop such a centre, in partnership with user organisations.

Keywords : Centres for users, mutual aid, patient power, empowerment, layman's knowledge

D'un point de vue historique, la formation des premiers groupes de malades remonte au début du 20^e siècle.¹ Elles concernaient alors essentiellement des maladies chroniques, comme le diabète, la tuberculose ou l'hémophilie et avaient avant tout une visée d'entraide. À partir des années '80, les associations d'usagers du système de santé ont connu un véritable essor. Certaines ont dès lors développé des actions plus revendicatives, comme les associations de défense des personnes vivant avec le VIH (Act-Up, AIDES,...). Ces associations ont alors initié l'idée que les malades puissent participer à la production du savoir clinique sur la maladie

à partir de leurs expériences personnelles (« l'activisme thérapeutique »). Selon Emmanuelle Jouet, elles ont fait émerger la notion d'expertise profane de la maladie.² Par ailleurs, les associations engagées dans l'accompagnement des personnes alcooliques, comme les « Alcooliques Anonymes » ou « Vie libre », se sont imposées à travers le succès des groupes de parole de malades alcooliques. L'entraide entre pairs devenait alors un véritable outil thérapeutique dans la lutte contre cette maladie.

Concernant les troubles psychiques, beaucoup de nouvelles associations ont vu le jour ces dernières années, comme ARGOS 2001 (troubles bipolaires), Schizo ?...oui ! (schizophrénie), France Dépression, France AVC et d'autres. La Fédération Nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY), fondée en 1992, regroupe aujourd'hui 65 associations et compte environ 7000 membres. Au niveau de l'entourage

Éducateur spécialisé
Centre Hospitalier de Montfavet

1. Voir l'article d'Emmanuelle Jouet et Luigi Flora (2011). « Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France » in Revue La Santé de l'Homme (Mai-Juin 2011) « Empowerment et santé mentale »

2. *idem*

des patients en psychiatrie, l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM), fondée en 1963, revendique 15 000 adhérents dans 97 délégations départementales.

L'évolution de la législation en matière de représentation des usagers

Depuis une dizaine d'années, l'implication des patients dans leur prise en charge a été renforcée à travers plusieurs textes de loi développant le principe d'une « démocratie sanitaire. » La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades définit les droits fondamentaux de l'usager en service de santé, comme le droit à l'information sur sa santé, l'accès direct au dossier patient, le droit de prendre des décisions concernant sa santé. Elle précise par exemple l'obligation du médecin de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Même dans le cas d'une hospitalisation sous contrainte, le patient doit toujours être informé et son consentement recherché (loi du 5 juillet 2011).

La loi du 11 février 2005 a créé les groupes d'entraide mutuelle (GEM). Ce sont des associations gérées par des usagers des services de psychiatrie qui ont pour but de favoriser l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques et de lutter contre leur isolement.

Enfin, une circulaire du 28 décembre 2006 encourage les établissements de santé à mettre en place des maisons des usagers, dont les missions sont définies ainsi : « *C'est avant tout un lieu d'expression de la parole individuelle et collective des usagers. C'est aussi un outil qui vise à faciliter le dialogue et les partenariats avec les professionnels de santé et l'institution hospitalière (sur des projets d'amélioration de la qualité, la rédaction de documents, la signalétique, le respect des droits des personnes malades et des proches).* »³

La Maison des usagers du Centre hospitalier Sainte-Anne de Paris

Le Centre hospitalier Sainte-Anne de Paris a créé en 2003 une Maison des usagers (Mdu). Il s'agissait alors du premier dispositif de ce type en France. La Mdu accueille aujourd'hui quatorze associations composées essentiellement d'ex-patients et de leur entourage. Quarante bénévoles y tiennent des permanences régulières (1 à 4 demi-journées par mois). Une coordinatrice, salariée du centre hospitalier, assure une présence quotidienne. Parmi les bénévoles intervenant à la Maison des usagers, on trouve des personnes concernées par les troubles bipolaires, la schizophrénie, les problèmes d'alcool, les troubles alimentaires et d'autres pathologies, ainsi que des proches. Les visiteurs qui s'adressent à la Mdu peuvent être des personnes concernées par une pathologie psychique, des proches ou des professionnels. L'année



La Maison des usagers du CH Sainte Anne.



Aude Caria, psychologue à la Maison des usagers du CH Sainte Anne.

3. Circulaire N°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé

dernière, la Maison des usagers a accueilli environ 1400 personnes. Parmi elles, 900 ont bénéficié d'un entretien individuel.

Aude Caria est psychologue et responsable de la Maison des usagers. Elle évoque les objectifs à l'origine de la création de ce dispositif : « *Des enquêtes de satisfaction ont montré qu'une personne sur trois fréquentant les services de psychiatrie n'était pas satisfaite de l'information reçue sur sa maladie, son traitement.⁴ L'objectif de départ de la Mdu était double : renforcer la place des associations d'usagers au sein de l'établissement et proposer un outil d'accès à l'information via des documents, un site internet et des permanences d'associations. Je pense qu'il est important à la fois que les associations d'usagers puissent être entendues par les professionnels et que les usagers puissent accéder à l'entraide associative.* »

Le concept « d'empowerment » en santé mentale

La pratiques des bénévoles des associations d'usagers repose essentiellement sur le partage de leurs expériences personnelles des troubles psychiques et d'un parcours de soins. L'information transmise prend appui sur le vécu d'une pathologie et sur des soins ayant permis la stabilisation des troubles. « *Les personnes reçues à la Mdu vont pouvoir bénéficier de l'expérience des bénévoles, qui constitue un savoir profane par rapport au savoir scientifique des professionnels. Finalement, la possibilité d'échanger avec quelqu'un qui a eu un vécu similaire dans le passé, c'est aussi la possibilité de se projeter dans un avenir avec la maladie et nourrir l'espoir d'un possible rétablissement. Grâce à la liberté de parole dans l'échange avec les bénévoles, les patients prennent confiance en leur propre capacité de compréhension de leur maladie. Cet échange leur permet de devenir plus acteur dans la relation de soins (en posant par exemple des questions à leur médecin sur leur traitement, leur pathologie,...).* »

Les bénévoles des associations ne sont pas des soignants, mais peuvent jouer un rôle de facilitateur d'accès aux soins. Ils informent les personnes reçues sur les dispositifs existants et les orientent parfois vers des professionnels de santé. Par ailleurs, ils encouragent les patients à prendre une position active dans leur prise en charge. Cette attitude s'inspire du concept « d'empowerment ». L'empowerment fait partie d'une des cinq priorités définies dans le cadre du plan d'action pour la santé mentale élaboré par l'Organisation

mondiale pour la santé en 2005⁵. Selon Nicolas Daumerie⁶, il s'agit de l'idée d'émancipation et d'autonomisation des malades par l'affirmation de leurs droits et l'implication dans les processus de décision et d'évaluation des soins.

L'engagement au sein de ces associations peut aussi faire partie du processus d'autonomisation : « *Certaines personnes qui ont traversé une période de maladie - pas seulement en psychiatrie d'ailleurs - vont s'engager dans une association dans un but thérapeutique. Beaucoup disent en effet que cet engagement est bénéfique dans leurs parcours de soins.* » Mais selon Daumerie⁷, l'empowerment des patients a également une visée institutionnelle. Les associations engagées au sein de la Maisons des usagers cherchent à faire évoluer l'institution psychiatrique en interrogeant ses pratiques. Mais, il semble que beaucoup de chemin reste à faire dans ce domaine : « *À Sainte-Anne, différentes enquêtes ont été faites auprès des professionnels. Plus de 90% connaissent l'existence de la Mdu, mais ne savent pas forcément à quoi elle sert, ni comment l'utiliser. Par ailleurs, au niveau des psychiatres, très peu ont montré un réel intérêt pour le travail fourni par les associations.*⁸ »

Toutefois, petit à petit, des lieux réservés aux associations d'usagers se mettent en place au sein des hôpitaux, comme prévu dans la circulaire de 2006. Un premier colloque sur cette thématique a eu lieu en 2009 à Paris⁹. L'objectif de cette rencontre était de faire un état des lieux des dispositifs existants et de réfléchir sur leur amélioration. Cette expérience a été renouvelée en mars 2012, à l'occasion du Colloque intitulé « *Participation des usagers dans les établissements de santé. Quelle évolution depuis 10 ans ?* »



Entrée du Centre Hospitalier Sainte Anne.

4. Pour consulter ces enquêtes, voir : Caria A., Kergall A., Rybak C. et coll (2001) « Demander leur avis aux patients : qu'est-ce que cela change ?! », Soins Psychiatrie, n°217, novembre 2001, Ghadi V., Caria A. et Wils J (2010) « La mise en place d'une Maison des usagers. » Gestions hospitalières, n°494, mars 2010, pp 152-155 et Caria A (2008). « La place des usagers en psychiatrie : récentes évolutions. ». In Manuel de Psychiatrie, (dir Guelfi J-D. & Rouillon F.) Elsevier-Masson, 2008, pp 662-668.

5. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

6. Nicolas Daumerie (2011) « L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques » in Revue La Santé de l'Homme (Mai-Juin 2011) « Empowerment et santé mentale »

7. idem

8. Voir les travaux d'Emma Beetlestone à ce sujet : Beetlestone E., Caria A. et Loubières C. (2011) « Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques. » Revue française de santé publique, 2011, HS, Vol 23. et Beetlestone Emma (2011) « Entraide et psychiatrie. Étude sur le soutien par les pairs à partir de l'expérience de la maison des usagers du centre hospitalier Sainte-Anne. » Thèse de Médecine, Université Paris-Descartes, 2011.

9. Voir les actes du colloque : <http://fichiers.fhf.fr/documents/Actes-colloque-usagers-sante-30janv2009.pdf>

Une association qui s'engage aux côtés des soignants

Parmi les associations présentes à la Maison des Usagers, AFTOC (l'Association française des troubles obsessionnels compulsifs) intervient auprès de personnes souffrant de TOC et leurs proches. Michèle Mestre, bénévole d'AFTOC : *« Les TOC sont une maladie du doute. Les personnes souffrant de ce trouble ont des obsessions de propreté, de vérification, de contamination ou autres. Ces obsessions provoquent des angoisses. Même si elles savent que c'est irraisonné, elles sont obligées d'avoir recours à des compulsions pour lutter contre l'angoisse (par exemple se laver les mains, prendre des douches continuellement, recourir à des vérifications incessantes). Les rituels peuvent prendre des heures dans la journée, empêcher la personne de travailler, de sortir, ou tout simplement de se concentrer sur une tâche précise. »*

Quel est l'objectif de votre intervention au sein de l'AFTOC ?

« Pour les personnes qui viennent à notre permanence, il s'agit souvent d'un premier contact. La plupart n'en ont jamais parlé à un médecin. Chez nous, elles peuvent discuter avec des personnes qui ont le même trouble, qui ne les jugent pas et comprennent leurs difficultés au quotidien. Nous sommes là pour partager notre expérience, pour dédramatiser les choses. Nous expliquons qu'avec des soins leurs troubles peuvent s'améliorer. Notre expérience peut leur redonner l'espoir de retrouver une qualité de vie meilleure et leur ouvrir des portes sur l'avenir. »

Comment vous vous situez vis-à-vis des professionnels du centre hospitalier Sainte Anne ?

« En amont des soins, notre rôle est d'encourager les personnes à entamer une thérapie en les aidant à accepter et à mieux comprendre leur pathologie. Nous les dirigeons vers les soignants. Par les groupes de parole et l'entraide proposée par l'association, nous luttons contre l'isolement moral (l'entourage qui a du mal à comprendre la pathologie dont souffrent ces personnes) et l'isolement social (la solitude). En aval des soins, nous prolongeons en quelque sorte l'action thérapeutique entreprise en évitant aux gens de rester isolés et en les aidant à profiter des nouvelles libertés rendues possibles grâce aux soins. »

Sources :

Circulaire N°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006 relative à la mise en place de maisons des usagers au sein des établissements de santé

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_19343.pdf

Emmanuelle Jouet et Luigi Flora (2011). « Empowerment et santé mentale : le contexte et la situation en France » in Revue La Santé de l'Homme (Mai-Juin 2011) « Empowerment et santé mentale » <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-413.pdf>

Nicolas Daumerie (2011) « L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques » in Revue La Santé de l'Homme (Mai-Juin 2011) « Empowerment et santé mentale »

OMS (2005) « Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions » http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/88596/E85446.pdf

Site du Psycom 75 : <http://www.psycom75.org/>



Constance Gard

L'expérience subjective dans la psychose : entre corps et logos

Résumé : le phénomène mental et le problème de la conscience sont étudiés et théorisés de façon de plus en plus précise par les neurosciences. Comment la psychanalyse pense-t-elle la place et la fonction du langage pour considérer la position subjective du sujet psychotique ? En effet, celui-ci énonce de façon remarquable la particularité de son rapport au langage et à l'autre.

On considérera la façon dont s'introduit une certaine dissymétrie des sexes dans l'expérience subjective entre corps et logos qui n'est autre que celle qui résulte de la dépendance du sujet au signifiant, lui-même indissociable de son articulation à la culture. La dissymétrie des sexes est-elle radicalement escamotée dans la psychose ou bien entre-t-elle en jeu dans les différentes modalités de compensation et stabilisation du sujet ?

Mots clés : Sciences cognitives – Psychanalyse – Psychose – Dissymétrie des sexes – Langage – Corps.

Title : Subjective experience in psychosis: between body and logos

Summary : the mental phenomenon and the problem of the consciousness are studied and theorized in a more and more precise way by the neurosciences. How does the psychoanalysis think of the place and of the function of the language to consider the subjective position of the psychotic subject? Indeed, this one expresses in a remarkable way the particularity of its relationship in the language and to the other one. We consider the way to get a part of asymmetry of the sexes into the subjective experience between bodies and logos which is other one than the one who results from the dependence of the subject in the significant, itself not dissociable of its articulation in the culture. Is the asymmetry of the sexes radically skipped in the psychosis either it comes into play in the various modalities of compensation and stabilization of the subject?

Key words : cognitive sciences, psychoanalysis, psychosis, asymmetry of sexes, language, body.

Le phénomène mental et le problème de la conscience sont étudiés et théorisés de façon de plus en plus précise par les neurosciences. La pluralité des paradigmes des neurosciences suppose de différencier des approches très différentes du phénomène mental. Les neurosciences ne se réduisent pas à une conception purement matérialiste des processus de traitement de l'information qui verrait la pensée comme ce qui est produit « naturellement » ou « matériellement » par le cerveau.

Docteur en psychopathologie et anthropologie psychanalytique
Psychologue clinicienne Centre Hospitalier de Montfavet (84), psychiatrie adulte.
Psychanalyste (Marseille).

Dans cette approche réductionniste, l'étude des altérations cognitives qui accompagnent les pathologies psychiques vise à développer des techniques de réhabilitation cognitive. Il s'agit de rééduquer ce que des anomalies neurobiologiques ont affecté. Il y a en effet une utilisation idéologique à des fins normatives du paradigme cerveau = pensée qui est régulièrement décrié, tant par la psychanalyse qu'à l'intérieur des différentes approches des sciences cognitives, de la linguistique à la neurobiologie. Il y a pourtant bien d'autres paradigmes dans le champ neuroscientifique, donc différents concepts, c'est-à-dire différentes façons de poser le problème de la conscience, et du phénomène mental.

Les pathologies psychiatriques s'accompagnent en effet de troubles de la perception, de la mémoire, du raisonnement

et du jugement, les patients en témoignent avec une très grande finesse. Le concept de « conscience », utilisé dans une approche scientifique, véhicule quelque chose d'une métaphore spatiale comme « l'enveloppe » délimitant les processus de traitement de l'information, où il s'agit, par exemple, d'identifier les opérations cognitives comme le jugement perceptif¹. De même en psychanalyse, il y a un courant de pensée dans la lignée des positions de Federn ou Eissler qui concentrent leur analyse sur les « fonctions synthétiques du moi » (Nunberg) et leurs altérations dans la psychose. Hartmann ou Loewenstein sont allés encore plus en avant, dans la promotion d'un moi conçu comme une unité structurellement et économiquement autonome. Ainsi, la perturbation de « l'unité du moi » empêcherait de garantir de façon adéquate les informations perçues.

Mais comme l'ont souligné Nacht et Racamier, « ces conceptions théoriques nous paraissent évidemment inspirées par l'existence de l'altération psychotique des processus cognitifs, mais nous remarquons tout d'abord que si elles posent autrement, elles ne permettent pas d'expliquer plus facilement les causes de cette altération : car la question qui se poserait alors serait de savoir pourquoi chez les psychotiques ce noyau neutre et a-conflituel du moi ne reste précisément pas neutre et à l'abri des conflits : l'expérience montre en effet d'une façon absolument éclatante que *les modes et les niveaux d'activité cognitive, perceptive et conceptuelle varient chez le psychotique au gré de ses positions conflictuelles et relationnelles*. »² Que ce soit avec le problème de la « conscience de soi » ou du moi, on est donc toujours tenté de personnifier une entité en spatialisant ses fonctions, en isolant un noyau et en cernant des enclaves en son sein.

Chez Freud, il n'est jamais question de perception correcte du corps. Dans sa *question préliminaire à tout traitement possible de la psychose* (1958), Lacan rappelle le mésusage postfreudien de la théorie du narcissisme pour expliquer la construction de la réalité. Lacan dénonce ce pompage de la libido par le *perciens*. L'idée d'une « fonction de synthèse » du moi a promu la notion de « perte de la réalité » là où Freud a toujours ramené l'attention, non pas sur la perte de la réalité mais sur le ressort de ce qui s'y substitue³.

Le refoulement n'est pas une barrière qui rendrait étanche le *perciens* aux perturbations. Pour Lacan, la fonction même du refoulement est d'accorder le sujet à la structure du discours. Névrosé ou psychotique, le sujet est divisé face à l'équivoque du signifiant. Comme le soulignait Michaël Turnheim sur une confusion semblable qui a touché le débat autour de la notion de « perplexité » en psychiatrie, « *Ce qui caractérise alors la psychose, ce n'est pas la division du*

sujet, mais l'existence d'un sujet divisé qui, parce qu'il n'est pas refoulé, n'a pas de place dans le discours »⁴.

Lorsque l'on donne sa pleine légitimité à cette parole, le sujet énonce toute la particularité de son rapport au langage et énonce parfois avec précision la nature de ce qui fait toute la perplexité de son vécu relationnel et perceptif. Comme l'a rappelé Irène Théry en s'appuyant sur la philosophie analytique de l'action, le système de l'interlocution repose sur « l'idée fondamentale que le langage est une technique et la compréhension du sens une capacité pratique⁵. » Pouvoir dire *je*, c'est aussi pouvoir dire *tu* et *il/elle*. « Ce n'est donc que par la médiation de la troisième personne, qui n'est pas un troisième personnage, que la conscience de soi comme être sexué entre dans l'univers humain de la distinction de sexe, où la différence des corps est toujours-déjà mise en signification relative et relationnelle⁶. » L'approche des sciences sociales rappelle qu'au niveau de l'organisation sociale, parler, comme « acte de parole », est consubstantiellement lié et « contraint » au fait d'*agir d'une certaine manière*. Le concept d'intentionnalité développée par la philosophie analytique donne une contribution originale par l'analyse logique du langage pour traduire les états intentionnels⁷.

Il y a donc un débat épistémologique enrichissant sur la place et la fonction du langage dans le rapport du sujet au lien social, à ses semblables, à ses pensées, son corps et à ce qui fait le monde comme « *ma réalité* ».

Cette troisième personne est très importante pour ce qui occupe la psychanalyse. Mr C vient me voir parce qu'il voudrait « être comme tout le monde ». Il me dit qu'il a du mal à « être naturel » avec les gens parce qu'il est extrêmement timide. Le problème pour lui, c'est de prendre la parole. Parler à une seule personne, même si c'est difficile, il y parvient. Mais à partir du moment où une troisième personne est présente, il ne parvient pas à « sortir les mots ». Le problème est tout à fait le même sur *msn*. La troisième personne, c'est celle qui écoute ce que *je* dit à *tu*. *Il* ou *elle* est là en position d'observation, d'écoute et de jugement. Aussi Mr C dit qu'il ne s'engage pas dans des opinions parce qu'il ne voudrait pas se tromper. La référence de soi à l'autre est brisée.

Mr C témoigne de son expérience profondément perturbée de la relation de réciprocité à l'autre, qui est une relation non ponctuée par les « *motions suspendues* » dont parle

1. Crommelinck M., « La conscience en neurosciences et sciences cognitives : une conscience à la frontière des sciences de la nature et des sciences de l'esprit », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 11, n°1-2, 1990.

2. Nacht S., Racamier P. C., « La théorie psychanalytique du délire », *Revue française de psychanalyse*, tome XXII, n°4-5, juillet-octobre 1958.

3. Lacan J., « D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose », *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 542.

4. Turnheim M., « Perplexité (*Ratlosigkeit*) », *Revue de psychanalyse*, *op. cit.*, p. 21.

5. Théry I., *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*, Paris, Odile Jacob, 2007, *op. cit.*, p. 480.

6. *Ibid.*, p. 468.

7. Voir à ce sujet le travail de Searle J. R., *Le mystère de la conscience*, Paris, Odile Jacob, 1999.

8. (Cf. problème logique posé dans « le dilemme des trois prisonniers ».) « [...] l'entrée en jeu comme signifiant des phénomènes ici en litige fait-elle prévaloir la structure temporelle et non pas spatiale du procès logique. Ce que les motions suspendues dénoncent, ce n'est pas ce que les sujets voient, c'est ce qu'ils ont trouvé positivement de ce qu'ils ne voient pas [...] Ce par quoi elles sont signifiantes, est constitué non par



Sigmund Freud dans sa maison natale.
Musée de Pribor (République Tchèque).

Lacan dans *Le temps logique*. Lacan y expose les modulations du temps dans l'assertion subjective par où le sujet conclut le mouvement logique dans la décision d'un jugement. Parler et penser au milieu des autres, la difficulté à intervenir dans une conversation, l'impossibilité de prendre une décision, Mr C le dit bien, il ne peut « s'engager ». S'engager, ce serait cette dimension de pari au niveau du crédit porté dans l'Autre, cet acte de foi qui permettrait de procéder d'une certitude anticipée en se réglant sur les anticipations croisées des autres. La valeur signifiante du « *battement de temps logique*⁹ » d'avec l'autre est escamotée par la forclusion. On peut ainsi transposer le temps logique de Lacan à la réponse délirante d'un sujet qui reste captif d'un transitivity spéculaire (ou moi ou l'autre) qui l'empêche de considérer que lui aussi est un autre pour l'autre. Si bien que pour tel sujet psychotique, il n'y a de certitude qu'anticipée par l'hallucination. L'hallucination permet

d'interpréter les intentions de l'autre et vient résoudre cette indétermination débordante en faisant basculer le jugement assertif en certitude délirante.

Nombres de phénomènes du vécu psychotique (hallucinations, interprétations « délirantes »...) mettent en jeu cette troisième personne. Troisième personne qui est également « les autres ». Lorsque Lacan évoque l'expérience de la schizophrénie comme celle d'un sujet étant sans recours face au discours établi, c'est bien toute la dimension du sens et la valeur de l'intentionnalité des actions et de la parole qui est démantelé. Différencier les actes reconnus comme mien ou non, assumer ma responsabilité, distinguer ce qui se passe à l'intérieur ou à l'extérieur de mon corps, « être partenaire actif de la société » – comme me dit l'un de mes patients, le corps et le langage s'inscrivent dans le contexte des relations sociales. Sous quelles modalités le sujet psychotique parviendrait-il à faire partie de « ce tout ordonné de représentations et de valeur qui fonde les actes rhétoriques du groupe [...] ¹⁰ » ?

En psychanalyse, pour ce qui est de l'approche freudo-lacanienne, la paranoïa a servi de type clinique paradigmatique à partir duquel certains concepts majeurs ont pu être élaborés.

leur direction, mais par leur temps d'arrêt. [...] Loin d'être une donnée d'expérience externe dans le procès logique, les motions suspendues y sont si nécessaires que seule l'expérience peut y faire manquer le synchronisme qu'elles impliquent de se produire d'un sujet de pure logique et faire échouer leur fonction dans le procès de la vérification. » Lacan J., « Le temps logique et l'assertion de certitude anticipée », *Ecrits*, op. cit., p. 203.
9. « Le « je », sujet de l'assertion conclusive, s'isole par un battement de temps logique d'avec l'autre, c'est-à-dire d'avec la relation de réciprocité. » *Ibid.*, p. 208.

10. Théry I., *La distinction de sexe. Une nouvelle approche de l'égalité*, op. cit., p. 499.

rés. Même lorsque nous sortons cliniquement du contexte strict de la paranoïa, c'est malgré tout souvent avec celle-ci que nous pensons la schizophrénie par exemple. Pourtant schizophrénie et paranoïa divergent dans leur construction subjective : le rapport au corps, au langage, à l'autre (le semblable) et à l'Autre sont autant d'éléments sur lesquels on ne peut subsumer la schizophrénie à la paranoïa.

Une raison revient peut-être au fait que l'approche freudolacanienne ne s'attache pas tant à concevoir l'effondrement du sujet psychotique qu'à sa réponse. Le délire, comme tentative de guérison, est donc pensé principalement à partir de la façon dont le moi se reconstitue et la solution trouvée par le sujet pour reconstruire son univers afin que celui-ci soit conforme à ce qui s'est imposé au sujet comme certitude. L'élaboration lacanienne des années soixante-dix accentue cette approche en dehors de ce qui s'est défini jusque-là autour de la métaphore délirante. Il s'agit de concevoir la problématique psychotique à partir de la question du corps. Le nœud borroméen peut s'envisager sous cet angle, où il s'agit de préciser le montage narcissique nécessaire à cette non coïncidence structurale, entre l'inconscient et le corps, entre le sujet et le moi. Si ce montage narcissique passe régulièrement et névrotiquement par le phallus et la signification qui y est rattachée, il n'en va pas toujours ainsi. La psychose sert cette fois-ci de paradigme pour envisager d'autres réponses, d'autres modes de montage pulsionnel et d'usage du corps.

Ici, il convient d'apercevoir une certaine dissymétrie des sexes dans l'expérience subjective entre corps et logos, qui n'est autre que celle qui résulte de la dépendance du sujet au signifiant. La fonction de l'imaginaire ne se conjugue pas de la même façon dans les structures cliniques. La dissymétrie des sexes est une modalité d'approche pour penser sous un nouvel éclairage les notions de suppléance et de compensation dans les psychoses.

En 1938, Lacan donne les éléments fondamentaux de cette topique imaginaire à laquelle il reste indispensable de se référer pour penser l'entrée du sujet dans le symbolique, *via* l'imaginaire. Il s'agit d'interroger la relation à l'imaginaire maternelle et l'interférence des identifications primordiales dans les rapports à l'idéal du moi et au surmoi. Chez la fille, Lacan désigne ce *réel* de l'imaginaire maternel comme étant la marque du « morcelage mental de l'hystérie », mais aussi ce qui tend à tourner en « sentiment de répulsion pour sa déchéance et en souci systématique de l'image spéculaire¹¹ ». Je ne peux donner ici sa pleine extension de cet épinglage que fait Lacan en 1938, mais il s'agit bien de concevoir les

implications d'une telle interférence dans ce qui fait la symbolisation du sexe dans sa dialectique féminine. Si, là encore, on aurait des arguments pour se servir du paradigme de la paranoïa pour penser la psychose féminine (je désignerais alors l'*Unglauben* féminine et son articulation à une logique de transfert – Lacan s'est particulièrement attaché à spécifier la nature du transfert érotomaniaque), il y a une diplopie féminine (et de Freud à Lacan les points de jonction entre schizophrénie et hystérie n'ont pas manqué d'être soulignés) qui l'engage différemment dans son rapport à la vérité et à la croyance. L'affliction féminine ferait apercevoir cette fragilité qui reste parfois davantage masquée au niveau de ce qui se joue dans la stabilisation imaginaire. Faire tenir un corps : A l'image des paranoïas sensitives, volontiers plus dépressives, cette pente féminine vers la stabilisation imaginaire peut éclairer des moments passionnels dans des psychoses que l'on situait davantage sur le bord schizophrénique, ou à l'inverse, ces passages d'effondrements du sujet paranoïaque où nous savons combien son corps revient à ce moment là le préoccuper¹².

Nous pourrions également interroger comment une femme s'agence, comme partenaire, autour des relations sociales instituées (femme, épouse, mère...) sans que cet agencement ne soit articulé aux coordonnées œdipiennes. Les discours, les pratiques, l'usage des symboles sont autant de signes que le sinthome rend intelligible en agissant comme véritable connecteur. A partir de ce connecteur, la capacité instituante de la vie sociale lui permet de s'engager et agir *en tant que, au nom de, en réponse à*, se réglant tant sur les valeurs communes que sur ce qui aura fait pour elle signature (sinthome) : référence ici à Foucault qui met cette notion de « signature » au centre d'un commerce préférentiel qui permet au sujet, au sein de ce foisonnement de signes, de reconnaître ce qui vaut comme signature¹³. Il s'agit bien de la question de la reconnaissance. Si Lacan a situé à ce niveau de reconnaissance de l'Autre une problématique et une sensibilité féminine particulière, celle-ci nous permet d'éclairer autrement le besoin de reconnaissance du sujet psychotique pris dans sa position d'exception. Cet Autre, pure imaginaire (paranoïa) ou pure réel (schizophrénie) d'entre lequel, dans notre pratique clinique, nous venons nous interposer.

Etre *reconnu comme* est dans ce contexte une condition préalable à ce que le sujet vienne s'intercaler dans le discours élablé.

12. Gard C., *Approche lacanienne de la psychose chez la femme à partir de la dissymétrie des sexes. Compensation, suppléance et sinthome*. Thèse soutenue le 31/04/2011, Université Paris-VII, Laboratoire « Recherches en psychanalyse », CRPMS (Centre de Recherches Psychanalyse Médecine et Société).

13. Je reprends et l'approprie à la question du sinthome ma lecture du dernier ouvrage de Le Gaufey, *C'est à quel sujet ?*, Paris, Epel, 2009, p. 113 ; lui-même lisant Foucault (*Les mots et les choses*, Paris, Gallimard, 1966, p. 44) avec Agamben G. (*Signatura rerum*, Paris, Vrin, 2008, p. 65-66.)

11. Lacan J., *Les complexes familiaux*, 1938, Navarin, 1984, p. 65.

Auteurs d'Afrique Subsaharienne

Nous ouvrons ce dossier avec un article qui nous vient de Parakou au Bénin. Dans notre premier numéro de l'année 2013, nous commémorons ainsi le cinquième anniversaire du congrès de Parakou qui, en février 2008, associait Psy Cause et la jeune université de cette ville du Centre Bénin.

Cet article béninois est pluridisciplinaire puisqu'il associe des pédiatres et des psychiatres qui ont travaillé ensemble sur la malnutrition aiguë des enfants de moins de cinq ans, cause de mortalité importante au Bénin, pour en étudier les causes psychosociales et affectives. Cette recherche est une véritable action de santé publique puisque le diagnostic ainsi établi peut contribuer à une prise de conscience et à des solutions appropriées de prévention mises en œuvre par les pouvoirs publics.

Les deux articles suivants sont ivoiriens. Le premier porte sur des conduites culturelles à risque. Le travail est co-réalisé par deux psychologues, un psychiatre et un anthropologue. Il étudie la pratique de l'automutilation lors de la cérémonie du Dipri en Côte d'Ivoire, qui consiste pour l'acteur à se piquer le ventre à l'aide de couteaux. La recherche réalisée par les auteurs ivoiriens de l'article confronte le souci de prévention de la prise de risque avec la puissance de conviction de la culture.

Le second article ivoirien porte sur le rôle des médecins généralistes dans le dépistage et le traitement de la dépression. C'est un fait que les médecins généralistes sont alors en première ligne, comme en France d'ailleurs. L'enquête réalisée démontre la nécessité d'une formation de ces professionnels.

Le quatrième article, qui clôt ce dossier, est du Niger. Il porte sur la prise en charge de l'épilepsie infanto-juvénile à l'hôpital de Niamey. Cette réflexion s'inscrit dans le développement de la pédopsychiatrie au Niger. Elle insiste en particulier sur le travail du pédopsychiatre dans la prise en charge de cette affection neurologique. Selon l'auteur de l'article : « *Un suivi en milieu psychiatrique s'avère avantageux car il permet non seulement de stabiliser les crises mais aussi une prise en charge psychologique de l'enfant et de sa famille.* »



Une séance de travail au congrès de Parakou (11 février 2008).



Joseph Agossou

Aspects psychosociaux et affectifs de la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de cinq ans à Parakou et à Tanguiéta

Auteurs : Joseph Agossou^{1*}, Julien Didier Adédém^{2*},
Alphonse Noudamadjo^{3*}, Francis Tognon Tchégnon^{4**},
Anselme Djidonou^{5**}, Hayath Séidou Alassane^{6*}, Prosper
Gandaho^{7**}

Résumé : la malnutrition demeure toujours une cause importante de mortalité dans les pays en voie de développement. Le rôle des facteurs psychosociaux et affectifs intervenant dans sa genèse reste encore peu étudié. Cela handicape sa prise en charge globale. Ce travail avait pour but d'étudier les aspects psychosociaux et affectifs intervenant dans la survenue de la malnutrition de l'enfant au Nord du Bénin. Il s'agit d'une étude transversale et descriptive réalisée dans trois centres de récupération nutritionnelle. Elle a inclus tous les enfants malnutris aigus de moins de cinq ans admis dans ces centres durant la période de Février à Juillet 2009. A travers un entretien avec les mères et une observation à domicile portant sur le type de relations entre les enfants et leurs mères, les données ont été collectées. Un total de 130 cas d'enfants malnutris ont été enregistrés. Différents facteurs ont été répertoriés intervenant dans la genèse de la malnutrition.

Mots clés : aspects psychosociaux, malnutrition, enfant, Nord-Bénin.

Summary : Psychosocial and emotional aspects of acute malnutrition among children under five years in Parakou and Tanguiéta.

Abstract : malnutrition remains a major cause of mortality in developing countries. The role of psychosocial and emotional factors involved in its genesis remains poorly studied. This hampers its overall management. This work aimed to investigate the psychosocial and emotional aspects involved in the occurrence of child malnutrition in northern Benin. This is a descriptive cross-sectional study conducted in three nutritional recovery centers. It included all acute malnourished children under five years admitted to these centers during the period from February to July 2009. Through an interview with mothers and observation at home on the type of relationships between children and their mothers, the data were collected. A total of 130 cases of malnourished children were recorded. Various factors have been identified involved in the genesis of the malnutrition.

Keywords: psychosocial aspects, malnutrition, child, northern Benin.

1. Médecin-Pédiatre et Maître-Assistant

2. Médecin-Pédiatre et Maître-Assistant

3. Médecin-Pédiatre et Professeur-Assistant

4. Psychiatre et Maître-Assistant

5. Psychiatre et Professeur-Assistant

6. Médecin et DES de Pédiatrie

7. Psychiatre et Professeur titulaire

*Département Mère –enfant, Unité de formation de Pédiatrie, Faculté de Médecine. Université de Parakou. BP 184 Parakou Bénin

** Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. Faculté de Médecine. Université de Parakou. BP 184 Parakou Bénin

Auteur correspondant : AGOSSOU Joseph – Centre Hospitalier Départemental du Borgou et Faculté de Médecine Université de Parakou. BP 184 Parakou. Bénin – Tél : 00229 97 69 36 77/00229 90 05 93 18 – e-mail : agossoujoseph@gmail.com

Introduction

La malnutrition aiguë est une cause importante de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans dans les pays en développement. Dans ces pays 50 à 54 % des décès d'enfants de moins de cinq ans y sont directement ou indirectement liés [1, 2, 3]. En dehors des carences en nutriments conduisant à la survenue de la malnutrition aiguë de l'enfant, le rôle des facteurs psychosociaux et affectifs intervenant dans la genèse de cette maladie est peu étudié. Cet état de chose constitue un handicap dans la prise en charge holistique de l'enfant souffrant de la malnutrition aiguë. Notre travail avait pour but d'identifier les facteurs socioculturels et psychologiques qui sont à l'origine de la malnutrition chez l'enfant et de décrire les caractéristiques de la relation mère-enfant dans le contexte de la malnutrition chez l'enfant.

Patients et méthodes

Type d'étude : il s'agissait d'une étude de type transversal et descriptif qui a été réalisée dans trois centres hospitaliers au Bénin : le service de pédiatrie du Centre Hospitalier et Départemental du Borgou à Parakou, le centre de récupération nutritionnelle Sacré-Cœur de Parakou et le centre de récupération nutritionnelle de l'hôpital confessionnel « Saint Jean de Dieu » de Tanguiéta situés tous dans le Nord-bénin.

Population d'étude et critères d'inclusion : Tous les enfants malnutris aigus âgés de moins de cinq ans admis durant la période allant du 1^{er} Février au 31 Juillet 2009 ont été inclus. Tous les enfants encéphalopathes et les enfants malnutris infectés par le VIH-SIDA ont été exclus de l'étude.

Échantillonnage : La taille de l'échantillon a été calculée à l'aide de la formule de Schwartz avec une prévalence nationale de la malnutrition aiguë de 8% (précision de 5%) soit 114 cas au moins.

Étaient considérés comme souffrant de malnutrition aiguë modérée, tous les enfants ayant un indice poids pour taille compris entre 70% et 80% de la médiane ou entre -2 et -3 écart-type de la référence de l'OMS et/ou un périmètre brachial compris entre 110 et 125mm [4]. Ceux souffrant de la malnutrition aiguë sévère, étaient ceux avec un indice poids pour taille inférieur à 70% de la médiane ou inférieur à -3 écart-type de la référence de l'OMS et/ou un périmètre brachial inférieur à 110mm et/ou un amaigrissement visible et sévère et/ou une présence d'œdèmes bilatéraux nutritionnels [4].

Collecte des données : Un questionnaire a permis de collecter les données à travers un entretien avec les mères et une observation directe à domicile portant sur les relations entre les enfants et leurs mères a été faite. Cette observation à domicile a duré sept jours par enfant et huit heures par jour après le séjour hospitalier.

Variables : Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, socioculturelles, psychologiques et relationnelles.

Analyses et tests statistiques : Les proportions ont été comparées avec le test de chi carré de Pearson ou de Yates. Le seuil de significativité retenu était de 5%.

Considérations éthiques : Les mères d'enfants inclus dans l'étude ont été informées du déroulement de cette dernière et leur consentement éclairé verbal a été obtenu. Une prise en charge psychosociale et nutritionnelle a été assurée à chaque enfant inclus dans l'étude.

Résultats

Un total de 130 cas d'enfants malnutris a été enregistré pendant la période de l'étude parmi lesquels 53,8% de malnutrition aiguë modérée et 46,1% de malnutrition aiguë sévère.

Caractéristiques sociodémographiques

Le sex ratio était de 1,28 (73 enfants de sexe masculin et 57 de sexe féminin). L'âge moyen des enfants était de 19 mois avec des extrêmes allant de 2 à 57 mois. Dans 78,5% des cas, les enfants avaient moins de 24 mois. Sur les 130 enfants, 80 (61,5%) occupaient les trois premiers rangs dans la fratrie. Par rapport à la situation matrimoniale des mères, 86,9% des enfants vivaient avec leurs deux parents, 6,1% vivaient avec une mère célibataire, 3,8% avec une mère divorcée et 3,1% avec une veuve.

Sur les 130 enfants inclus, 56% étaient issus des familles polygamiques ($p=0,25$) et les enfants malnutris étaient significativement plus nombreux dans les familles à deux femmes (60,2%) comparativement aux familles à trois femmes (30,1%) et aux familles à quatre femmes (9,6%); $p=0,000023$. Par rapport au rang des mères dans les familles polygamiques, les enfants malnutris étaient issus des mères occupant le premier rang dans 75% des cas. Ils étaient issus de pères cultivateurs dans 54,6% des cas, de mères cultivatrices dans 34% des cas, de revendeuses dans 26% et de femmes au foyer dans 22,3% des cas.

La répartition des enfants malnutris selon le nombre d'enfants du père était unimodale à 46,1% autour du mode de 2 à 5 enfants ; le nombre moyen d'enfants par père était de 6. Les mères d'enfants étaient âgées de moins de 25 ans dans 46% des cas. En fonction de la religion des parents, les enfants malnutris provenaient des familles musulmanes dans 48,4%, des familles chrétiennes dans 37% et de familles pratiquant les religions endogènes dans 14,6% des cas ($p=0,0001$).

Caractéristiques socioculturelles

Chez 74,2% des enfants, l'âge de diversification alimentaire était précoce inférieur à 6 mois dont 13% avant 4 mois. L'âge moyen du sevrage était de 21 mois avec des extrêmes

allant de 5 à 35 mois ; le sevrage définitif a été réalisé avant 24 mois dans 85,4% des cas. Il était brusque dans 70,4% et progressif dans 29,6% des cas.

Les parents avaient lié la maladie de leurs enfants à la carence nutritionnelle dans 23% des cas et dans 77% à une autre cause ($p=0,0000003$). Toutefois, parmi les parents de la série, les interprétations variaient selon la perception de la malnutrition. Certains d'entre eux ont estimé qu'il s'agissait d'une maladie naturelle (68,5%). Les autres l'ont relié à une maladie surnaturelle (31%). Parmi ces derniers, 40% reliaient la malnutrition à la sorcellerie, 27,5% à la persécution d'un défunt, 25% à l'inobservance des rites traditionnels et 7,5% à l'influence de mauvais esprits.

Quant à ceux qui ont rattaché la malnutrition à une cause naturelle, 26% ont pensé qu'il s'agissait d'une pathologie de la fontanelle antérieure, 26% l'ont lié à une origine constitutionnelle, 16% à la gémellité, 12% à une « maladie des seins de l'enfant », 10% à une pathologie intra-utérine chez la mère et 10% à la dentition.

Le traitement avant la consultation à l'hôpital a été traditionnel dans 60% des cas et médical dans 40%.

Parmi les enfants malnutris de notre étude, les interdits alimentaires ont été un facteur déterminant chez 57 (43,8%) d'entre eux. Étaient interdites les viandes suivantes : le porc avec le chien (24,64%) ; le serpent (10,57%) ; le cabris avec le bœuf (8,72%) ; le chat (7,1%) ; les autres viandes étaient celle de crocodile, de cheval, de panthère, de singe et de l'oiseau tisserin. Ces interdits alimentaires auraient été justifiés par les guérisseurs traditionnels dans 32,3% des cas, la conviction religieuse dans 22,6%, et selon les us et coutumes dans 45% des cas ($n=62$).

Caractéristiques psychologiques

- *Chocs émotionnels pendant la grossesse* : parmi les 130 mères interrogées, 70 (53,8%) ont signalé avoir eu au moins un choc émotionnel durant la grossesse. Les étiologies de ces chocs émotionnels étaient : un conflit avec le mari (54,3%), conflit avec la co-épouse (12,9%), séparation avec le mari (11,4%), décès d'un être cher (8,5%), conflit avec la belle famille (5,7%), perte d'emploi du mari (4,3%) et annonce d'une pathologie sur grossesse (2,9%).
- *La naissance de l'enfant par rapport au désir des parents* : sur les 130 enfants de notre étude, plus d'un enfant sur trois (36,15%) étaient issus de grossesses non désirées. De même, 59 enfants (45,38%) étaient d'un sexe différent de celui souhaité par la mère. Dans 41,5% des cas, le sexe de l'enfant était différent de celui souhaité par le père.
- *Conflits familiaux* : dans 48% des familles enquêtées, il a été noté l'existence de conflit familial.

Caractéristiques relationnelles

Sur l'ensemble des enfants de l'échantillon, 66% étaient gardés par leurs mères et le reste (34%) par d'autres personnes. Sur 72 enfants observés pendant sept jours, le type d'alimentation pratiqué par les mères était constitué du « laisser

faire » dans 39% des cas, de l'alimentation hautement contrôlée (« gavage traditionnel ») dans 33,4% et de l'aide avec sensibilité (alimentation par réaction) dans 27,7%. Cette dernière technique était pratiquée au moins 4 jours sur les sept.

Les soins physiques étaient administrés régulièrement aux enfants dans 32% des cas, en moyenne deux jours sur sept. Le retard à la réponse de la demande affective était rencontré dans 40% des cas. La promptitude dans la demande affective était présente dans 30% des cas et se pratiquait en moyenne trois jours sur sept.

Par rapport aux activités ludiques entre mère et enfant, quelle que soit la tranche d'âge, en majorité, les mères ne jouaient pas avec leurs enfants. Quand il leur arrivait de jouer avec l'enfant, elles le faisaient seulement avec les enfants de 1 à 2 ans dans 20% des cas et un jour sur sept en moyenne.

Pendant les périodes d'observation de la communication entre mère et enfant, il a été constaté que les mères ne dialoguaient pas avec les enfants jusqu'à 2 ans (66%). Elles dialoguaient beaucoup plus avec les enfants de 3 à 4 ans (50%), en moyenne 2 jours sur sept.

Concernant la disponibilité des jouets, 66% des enfants ne les ont jamais eu, 24% les ont parfois eu et 10% l'ont souvent eu.

Discussion

Aspects sociodémographiques

Du rang dans la fratrie : les trois premiers enfants étaient plus enclins à développer la malnutrition. Ceci pourrait s'expliquer d'une part par le contexte culturel particulier dans les familles autochtones au Nord-Bénin. En effet, les parents géniteurs des premiers enfants ne doivent pas extérioriser leur amour parental réel à l'égard de leur progéniture surtout en présence des grands-parents : « l'enfant n'appartient pas qu'aux parents géniteurs, mais à toute la grande famille ». D'autre part, l'inexpérience des mères pourrait jouer un rôle important car l'élevage d'un enfant nécessite un apprentissage, un savoir-faire qui s'acquiert avec le temps. Ces résultats sont concordants avec ceux d'autres travaux comme celui mené par Houssou [5] à Cotonou et à Bohicon chez les enfants souffrant de kwashiorkor.

Du type de ménage et du rang des mères dans les foyers polygamiques : le régime matrimonial des familles d'où proviennent la plupart des enfants de l'étude était polygamique. Les enfants des premières femmes souffraient plus fréquemment de la malnutrition du fait de la repercussion sur l'enfant par la mère de son état d'âme, de ses angoisses, de ses frustrations et de son désaccord quant à son statut dans notre société. Cet état va se traduire à travers le peu de soins accordés à l'enfant qui est négligé et sous-alimenté. La soif de l'inconnu fait que le mari polygame délaisse les premières femmes au profit de la nouvelle. C'est le phénomène de « Yalé et de Yao yoyo au Bénin » qui signifie



Vue du Centre Hospitalier de Parakou (2008).

littéralement que la nouvelle épouse « raffle la vedette » à la première. D'autre part, le père ayant plusieurs épouses, a plus d'enfants et ceci ne fait qu'accroître le nombre de personnes à sa charge, donc crée des difficultés économiques inévitables. Ces deux facteurs réunis, constituent un environnement familial et social favorable à l'éclosion de la malnutrition chez l'enfant qui en est issu. La polygamie a été incriminée comme co-facteur dans la genèse de la malnutrition infantile dans plusieurs études menées dans la sous-région Ouest africaine. C'est le cas dans l'étude de Arnaud [6], sur l'état nutritionnel des enfants de moins de 2ans à Damé en Côte d'Ivoire en 2004, où les enfants malnutris provenaient des familles polygamiques dans 77,1% des cas. Il en est de même à Lomé au Togo, au Burkina Faso, et en Casamance au Sénégal [7-9]. Ce constat est identique à celui de Abdou et coll au Niger [10], en 2007. Ces derniers ont noté que les mères d'enfants malnutris étaient issues des ménages polygamiques où elles occupaient généralement le 1^{er} rang.

Aspects socioculturels

Du mode de sevrage : le sevrage était brusque dans la majorité des cas. Ceci s'expliquerait par l'ignorance des mères et la survenue d'une nouvelle grossesse. Dans ce dernier cas, selon les parents, le lait maternel deviendrait plus chaud et impropre à l'alimentation car mélangé à du sang. Dans la communauté peulh, le sevrage brusque serait de règle car selon les croyances, chez les mères de plus de 35 ans, le lait maternel serait fermenté et entraînerait des maladies diarrhéiques chez l'enfant. Ces résultats sont similaires à ceux de Mdaghri et coll. [11] au Maroc, en 2001, qui ont retrouvé 89% de cas de sevrage brutal avec une incrimination des conseils de personnes âgées dans 12%. En Bolivie, Sevilla et coll. [12], en 2000 dans une étude sur l'approche CLAPSEN (Clinique, Laboratoire, Anthropométrie, Psychologie, Sociologie, Soins infirmiers et Nutrition) ont retrouvé que le sevrage était brutal dans 80% des cas. Pour Erny [13], en France, « le sevrage marque un changement dans la relation mère-enfant. Il détache définitivement l'enfant du corps maternel ; il met un terme au processus d'éloignement amorcé à la naissance. L'enfant est sevré non seulement de

lait, mais aussi dans une large mesure du corps maternel, de toute une continuité sensorielle qui lui était source de plaisir et de stimulation. Pour être moins traumatisant, le sevrage doit être lent et progressif. Mais, s'il est mal préparé, il laisse l'enfant désemparé. Il constitue alors une situation complexe aux répercussions psychologiques et somatiques certaines, dont il est malaisé d'évaluer toute la portée ».

De la perception de la malnutrition par les parents : la plupart des parents estimaient que la malnutrition de l'enfant était une pathologie naturelle liée plus à la tradition qu'à un problème nutritionnel ; près d'un tiers des mères enquêtées dans notre étude la rattachaient à un phénomène surnaturel. Ceci pourrait s'expliquer par l'idée de persécution qui caractérise le fonctionnement mental de l'africain [14]. En milieu « lokpa » au Nord-Ouest du Bénin, un défunt à qui l'enfant ressemble physiquement peut être l'auteur de la malnutrition et dans ce cas, il reviendrait aux parents de lui faire des offrandes pour le supplier. Ces différentes interprétations s'expliqueraient par l'ignorance des parents, le vécu socioculturel de la maladie, le poids et la considération qu'ils attachent à la tradition. Ainsi, à Cotonou, Sinnaeve et coll. [15], en 2000, ont retrouvé que la malnutrition était rattachée à la dentition dans 39,7% et à la fatalité dans 13,2%. De même, Houssou au sud-Bénin en 1996 [5], a noté que la malnutrition, plus précisément le kwashiorkor est vue comme l'effet maléfique d'une divinité (ou *Hèviosso* ou dieu du Tonnerre, ou Dan, ou Sakpata) qui se vengerait des parents qui n'ont pas respecté les *ex-voto* prononcé à ces divinités. Dans la sous-région, les interprétations sont variées ; l'élément incriminé pourrait être la sorcellerie selon Massamba et coll. au Congo [16], la déviance des normes sociales relatives aux relations sexuelles selon Petitjean au Burkina Faso [17], une rencontre fortuite avec un esprit surnaturel selon Jaffre au Niger [18] ou des naissances non espacées selon Arnaud en Côte d'Ivoire [6]. Ainsi, à Lekana, au Congo, Massamba et coll. [15], ont retrouvé que la malnutrition de l'enfant était perçue comme une possession de l'enfant par le « *nkira* » conséquence du non respect par la mère des coutumes. L'enfant atteint est nommé « *ngakuka* » et est soumis à un rite particulier assorti

d'interdits alimentaires qui l'empêchent de consommer les aliments indispensables à sa croissance. De même, au Sud-Cameroun, Pagezy et coll. [19] en 1998, ont retrouvé que la malnutrition de l'enfant connue sous le terme de « *adjap* » est interprétée comme cause de la rupture de l'interdit de relations sexuelles pendant la période de l'allaitement. Il est donc normal que la thérapeutique instituée par les parents en première intention, ne soit pas du tout orientée vers la médecine occidentale.

Des interdits alimentaires : l'interdiction de consommer un aliment renvoyait presque toujours à une explication variable selon le contexte (conviction religieuse, thérapeutique traditionnelle, mauvais sort, crainte de mutité) et selon les auteurs [20-22].

Aspects psychologiques

Des chocs émotionnels : ils sont variés : conflits avec le mari, avec la coépouse ou avec la belle famille, séparation d'avec le mari ou décès d'un être cher ou perte d'emploi du mari. Ces conflits, véritable traumatisme au sens psychologique du terme peuvent induire au niveau des parents notamment de la mère un état dépressif dont l'une des caractéristiques est le manque d'initiative responsable d'une mauvaise alimentation offerte à l'enfant. Par ailleurs au cas où la mère serait totalement dépendante de son conjoint, ce dernier mécontent de sa partenaire peut ne plus lui venir financièrement en aide. Cette baisse de revenu peut amener la mère à offrir à son enfant des aliments de mauvaise qualité responsable d'une malnutrition.

Du désir de la grossesse et du sexe souhaité par les parents : le taux élevé des grossesses non désirées retrouvé dans l'étude, pourrait être un facteur important dans le manque de soins adéquats, de mauvais traitements voire de sévices vis-à-vis des enfants. Ces situations pourraient expliquer la survenue de la malnutrition. Dans le même ordre d'idée, les enfants malnutris ont dans une proportion importante un sexe différent de celui souhaité par la mère ou le père. Lorsqu'il a été demandé aux parents l'impact du sexe non souhaité de l'enfant sur leurs habitudes, ils souriaient et répondaient en ces termes : « tout enfant est enfant et c'est la volonté de Dieu ». Mais qu'est-ce qui pourrait se cacher derrière cette résignation?

Aspects relationnels

De la responsabilité de la garde de l'enfant : la garde des enfants malnutris était assurée dans la majorité des cas par la mère biologique. Ceci peut laisser croire à l'ignorance des mères à assurer une alimentation convenable et une protection psychologique appropriée aux enfants.

Du style d'alimentation : dans près de trois cas sur quatre, le laisser faire ou le gavage traditionnel était le style d'alimentation utilisé. Le gavage traditionnel était vécu par les

enfants comme un supplice ou un calvaire. Quant au style de laisser faire, il est l'expression d'un défaut d'instauration de la relation d'attachement qui se caractérise par une carence affective et d'interactions mère-enfant selon Bouville à Abidjan en Côte d'Ivoire [23]. Ces deux modes d'alimentation de l'enfant ne sont pas recommandés par les « pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme du nourrisson et du jeune enfant » proposées par l'organisation Mondiale de la Santé. [24].

De la communication et du jeu entre la mère et l'enfant : un déficit crucial de communication entre les mères et leurs enfants a été constaté dans l'étude. Ce déficit communicationnel est probablement sous-tendu par les autres facteurs (conflits parentaux, indisponibilité). La nécessité de communiquer avec l'enfant quel que soit l'âge est pourtant bien démontré par les pédopsychiatres. En effet, selon eux, le développement affectif du nourrisson et l'installation précoce de la relation mère-enfant suggère que les mères devraient parler avec leur enfant dès les premiers instants de vie, en utilisant le « langage bébé », adapté à l'âge du nourrisson. Les enfants à cet âge seraient influencés par les caractères physiques du langage maternel à savoir la prosodie : le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu qui est inaccessible à leur compréhension. Ceci contribue à l'installation de l'interaction vocale entre mère et enfant et favoriserait un attachement sécurisant.

Conclusion

Longtemps ignorés dans la genèse de la malnutrition, les facteurs psychosociaux, et affectifs représentent une part importante dont il faut nécessairement tenir compte pour la prise en charge et la prévention de la malnutrition infantile au Bénin et dans les pays en développement.

Références

- Collins S, Sadler K, Dent N, Khara T, Guerrero S, Myatt M, Saboya M, Walsh A. Key issues in the success of community-based management of severe malnutrition. Technical Background Paper for an Informal Consultation. Geneva (21-23 November 2005). Nutrition Committee. Department of Child and Adolescent Health and Development and the Department of Nutrition for Health and Development. WHO/UNICEF.
- Bellamy C. La situation des enfants dans le monde en 1998. UNICEF: 1999 :141p.
- OMS. Situation des enfants malnutris. Séries de rapports techniques. Genève : OMS, 1997 :52-68.
- de Onis M, Garza C, Onyango AW, Martorell R. WHO Child Growth Standards. *Acta Paediatr Suppl* 2006; 450: 1-101.
- Houssou E R-L. Contribution à l'étude des aspects psychosociaux du Kwashiorkor chez les enfants hospitalisés au CNHU de Cotonou et au centre de récupération nutritionnelle Sédovikon de Bohicon. [Thèse Méd]. Cotonou :FSS Cotonou ; 1986 N°290 :149p.

- Arnaud S.** Etat nutritionnel et qualité de l'alimentation des enfants de moins de deux ans dans le village de Damé en Côte d'Ivoire. [Mémoire DESS]. Côte d'Ivoire 2004, 77p.
- Glitho I, Hell K, Allomasso R, Coulibaly O.** Principaux facteurs affectant l'état nutritionnel et la santé des enfants. Archives de pédiatrie. 2006;8:2-13.
- Osara L T.** Evaluation de l'état nutritionnel des enfants hospitalisés dans le service de pédiatrie du CHU de Yalgado Ouédraogo [Thèse Méd]. Ouagadougou 2009, 112p.
- Devey M.** Polygamie : une addition douloureuse pour les enfants. Afrique échos, 2007:1-6
- Abdou YH, Niandou H.** Evaluation rapide de la situation nutritionnelle des enfants de 0-5ans dans les régions de Diffa, Zinder et Maradi. Rapport de mission 2007, 18p.
- Mdaghri A, Bouazzaoui NL, Thimou A, Mdouar L.** La diversification alimentaire au CHU de Rabat au Maroc. Médecine du Maghreb, 2001;8 :21-25.
- Sévilla R, Séjas E, Zalles L, Belmonthe G, Chevalier P, Parent G et al.** Le Clapsen, une démarche globale pour la réhabilitation nutritionnelle de l'enfant gravement mal nourri en Bolivie. Cahier d'études et de recherches francophones 2000;2(10):97-102.
- Erny P.** Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et première enfance. Ecole, Paris 1972, 358p.
- Blackwood NJ, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM.** Cognitive neuropsychiatric models of persecutory delusious Psychiatry 2001;158(4):527-39.
- Sinnaeve O, Testa J, Abléfonlin E, Ayivi B.** Aspects épidémiologiques de la malnutrition infanto- Juvénile à Cotonou au Bénin. Médecine tropicale 2006;66:177-81.
- JP, Gami N, Trèche S, Cornu A.** Croyances et perceptions de la malnutrition chez les téké Téké kukuya des plateaux du Congo. Anthropologie alimentaire et développement en Afrique Intertropicale 1993;38 :1- 4.
- Myriam Roger- Petitjean.** Soins et nutrition des enfants en milieu urbain africain. Paris: l'harmattan, 1999, 320p.
- Bernard O, Pagezy H, Bley D.** Perception de la malnutrition chez l'enfant dans la vallée du Ntem au Sud Cameroun. In: Bahuchet S, Bley D, Pagezy H, Vernazza-Licht N, Eds. L'homme et la forêt tropicale. Cameroun : société d'écologie humaine, 1999 :629-38.
- Camara M.** Activités des agents de terrain en matière d'alimentation. In: Département de l'agriculture, eds. Manuel pour la formation en alimentation-nutrition des agents de terrain .Guinée, 1993:25-28.
- Diongoto D E.** Connaissance des perceptions, attitudes et pratiques alimentaires dans le département du Guéra. Tchad 2004 ,57p.
- Survey K.** Enquête nutritionnelle à SI MA CAÏ au Vietnam. Enfant et développement 2004;78:1-2.
- Bouville JF.** Influence de l'environnement familial et des comportements Alimentaires au quotidien sur l'apparition et l'évolution de la malnutrition infantile en milieu urbain africain. Sciences sociales 1997;8 :17-20.
- Bouville JF.** Etiologies relationnelles de la malnutrition infantile en milieu tropical. Cairn 2003;1(31):27-47.
- OMS.** Nutrition de l'enfant et progrès accomplis dans la mise en œuvre du code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Série de rapports techniques. Genève: OMS, 2002:1-12.



Vue de la Faculté de médecine de Parakou (2008).



Konan Simon
Kouame



Lazare N'da
Bazoumana



Yessonguilana Jean-
Marie Yeo-Tenena



Koffi Paulin Konan

Influence des déterminants socioculturels et psychosociologiques sur la pratique de l'automutilation chez les Abidji en Côte d'Ivoire

Auteurs : Konan Simon Kouame¹, Lazare N'da Bazoumana²,
Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena³, Koffi Paulin Konan⁴

Résumé : la présente étude, qui s'inscrit dans le cadre de la psychologie du risque, a pour objectif d'expliquer les comportements à risque de certaines populations sous l'angle de certains facteurs comme les croyances culturelles et l'ancienneté dans la pratique de l'automutilation. Pour ce faire, nous réalisons cette étude qui porte sur 120 sujets âgés de 30 à 55 ans, sélectionnés sur la base de la technique d'échantillonnage aléatoire. Les informations nécessaires à l'explication de ce phénomène d'automutilation ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Les données obtenues ont été traitées à l'aide de deux techniques statistiques dont le «t» de Student qui permet d'expliquer l'influence des croyances culturelles sur le niveau d'acceptation du risque et le test de corrélation linéaire de Pearson permettant d'établir la corrélation entre l'ancienneté dans la pratique et le niveau d'acceptation du risque. Les résultats ainsi obtenus permettent de montrer que les croyances culturelles que développent les peuples influencent leur niveau d'acceptation du risque. De même, il existe une corrélation positive entre le niveau d'ancienneté et le niveau d'acceptation du risque. De cette recherche, il est à retenir que les croyances culturelles et l'ancienneté constituent des facteurs à prendre en compte dans l'explication des comportements à risque et de la prévention des accidents.

Mots clés : accidents, croyances culturelles, acceptation du risque, automutilation, optimismes culturels

Abstract : this study is part of the psychology of risk aims to explain the behavior of certain populations at risk in terms of factors such as cultural beliefs and seniority in the practice of self-harm . To do this, we realize that this study is based on 120 subjects aged 30-55 years, selected on the basis of random sampling technique. Information necessary for the explanation of this phenomenon of self-harm were collected using a questionnaire and a semi-structured interview. The data obtained were processed using

1. Assistant de Faculté, département de psychologie

UFR Sciences de l'Homme et de la Société Université Félix Houphouët BOIGNY de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire), kouamesimon@gmail.com

2. Maître de Conférences de Psychologie Sociale

Institut National polytechnique Felix Houphouët BOIGNY de Yamoussoukro (Côte d'Ivoire), ndalazare@yahoo.fr

3. Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie

UFR Sciences Médicales Abidjan, Université Félix Houphouët BOIGNY de Cocody-Abidjan, yeotenena@yahoo.fr

4. Bio anthropologue

Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan, konanpaulin30@yahoo.fr

Auteur correspondant : Yessonguilana Jean-Marie YEO-TENENA – 09BP 874 ABIDJAN 09 – Rép de Côte d'Ivoire – 00 225 07 98 15 16 – yeotenena@yahoo.fr

two statistical techniques including Student's t which explains the influence of cultural beliefs on the level of risk acceptance test and Pearson's linear correlation to establish the correlation between seniority in practice and the level of risk acceptance.

The results obtained allow us to show that cultural beliefs that influence peoples develop their level of risk acceptance. Similarly, there is a positive correlation between the level of seniority and the level of risk acceptance. From this research, it is to remember that cultural beliefs and seniority are factors to be taken into account in the explanation of risk behaviors and the prevention of accidents.

Keywords : accidents, cultural beliefs, risk acceptance, self-mutilation, cultural optimism

Introduction

Certaines pratiques culturelles restent jusqu'à ce jour une attirance touristique en raison de leur caractère mystique, mystérieux, souvent spectaculaire et folklorique. Les rituelles et autres préparations mystiques qui entourent les cérémonies traditionnelles conditionnent le niveau d'acceptation du risque chez les acteurs. Les participants ignorant quelquefois les risques liés à leurs pratiques se livrent à des spectacles qui peuvent avoir des conséquences à court ou à long terme sur leur santé. C'est l'exemple de l'automutilation pratiquée lors de la cérémonie du Dipri en Côte d'Ivoire. Cette pratique culturelle qui consiste pour l'acteur à se piquer le ventre à l'aide de couteaux préparés pour la circonstance peut être à l'origine de plusieurs maladies dont le tétanos, le VIH/SIDA et les hépatites virales. Les conséquences de ces pratiques suscitent des interrogations visant à comprendre comment dans une société en pleine mutation, des individus peuvent-ils se livrer à de telles pratiques ?

La réponse à une telle interrogation amène à réaliser cette étude qui vise à expliquer les comportements à risque comme l'automutilation sous l'angle des croyances culturelles et l'ancienneté dans la pratique. La réalisation de cette étude s'articule autour de trois axes dont le premier consiste à poser le problème de recherche à travers la problématique. Le deuxième et le troisième axe ont respectivement trait à la démarche méthodologique et aux résultats de la recherche.

Problématique

Les sociétés humaines sont régies par des normes qui déterminent les comportements des individus. La culture se montre à cet effet comme l'édificatrice de ces normes sociales. Perçue par Linton [20] comme la configuration des comportements appris et de leurs résultats dont les éléments composants sont partagés et transmis par les membres d'une société donnée, la culture fait l'objet de plusieurs définitions qui mettent en exergue la valeur polysémique du mot. Kouabenan et al. [13] lui donnent ainsi un sens plus précis en soutenant que la culture renvoie à un système de croyances, normes, valeurs, représentations et d'expériences partagées par les membres d'un groupe social donné. Ils distinguent ainsi plusieurs niveaux de cultures dont la culture organisationnelle, nationale ou ethnique, la culture de métier ou la culture de classe. Les croyances, valeurs,

normes, expériences, etc., peuvent conduire à des erreurs de jugement et des biais systématiques, en valorisant certaines informations et en minimisant d'autres. En d'autres termes, la culture peut influencer la perception du risque.

Même si la notion de risque renvoie à plusieurs réalités, Fischhoff et al. [5] le situent précisément par rapport à l'existence d'une menace éventuelle plus ou moins prévisible pour la vie ou la santé. Cette conception du risque est critiquée par Leplat [19] qui suppose qu'elle est réduite à son seul aspect de danger. Or pour lui, le danger se distingue nettement du risque qui est la possibilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées. Autrement dit, le risque est la probabilité qu'un danger s'actualise, c'est-à-dire entraîne effectivement des accidents dans des conditions déterminées. Le Dipri, en Côte d'Ivoire, comme certaines pratiques asiatiques, constitue l'une des cérémonies traditionnelles qui amènent les pratiquants à accepter le risque.

Comme toute pratique mystique, la célébration du Dipri commence par des cérémonies initiatiques au cours desquelles les acteurs sont préparés à l'acceptation du risque. Cette préparation psychologique commence par des privations qui ont lieu quelques semaines avant la cérémonie. Il s'agit globalement des privations alimentaires et sexuelles. Ces nombreux jours de privation plongent les participants dans un état de dévotion extrême marqué par un affaiblissement et un accroissement de la nervosité qui pousse à l'agression.

La seconde phase de cette préparation a lieu le jour même de la cérémonie qui commence par des visites à la rivière sacrée où se déroulent des libations, immolations d'animaux en vue d'implorer la protection des génies et des mânes des ancêtres. Dans cette forêt, des démonstrations de puissances sont pratiquées afin de rassurer les éventuels candidats à l'automutilation. Cette démonstration consiste pour les détenteurs de la tradition à se perforer le ventre et à voir leurs blessures se cicatriser après l'application des substances préparées à cet effet. Les différentes mixtures ingurgitées pendant la préparation de la cérémonie et les démonstrations auxquelles se livrent les gardiens de la tradition dans la forêt ainsi que la sécurité mystique mise en place pour le bon déroulement de la manifestation suscitent chez les participants une certaine confiance qui accroît leur niveau d'acceptation du risque.

L'acceptation du risque est, de l'avis de Trimpop et Zimolong [27], liée au fait que de manière délibérée, un individu accepte de prendre le risque. Ainsi, lorsque les initiés se mêlent à l'épreuve d'automutilation, ils acceptent les risques de dommages corporels, de lésions et même de trépas. Cette décision d'atteinte à sa propre intégrité physique se fait dans la pure conscience de l'initié qui, comme le souligne Ajzen [1] dans l'exposé de la théorie du comportement planifié, choisit de manière délibérée ses gestes. Les gestes et comportements adoptés lors de cette cérémonie se font dans le respect des règles. Ces pratiques ancestrales se déroulent dans la sous-estimation totale des conséquences sur l'organisme et la vie même des acteurs. Or de telles pratiques exposent les participants à toutes sortes d'infections (tétanos, VIH/SIDA, l'Hépatite B ou C, etc.). Les coups de couteaux faisant couler le sang peuvent constituer un danger pour les éventuels drépanocytaires qui ont des problèmes de coagulation de sang. De même, l'ouverture du ventre à ciel ouvert constitue la source de diverses infections.

L'acceptation du risque fait l'objet de recherches qui mettent en évidence les facteurs explicatifs du phénomène. Au nombre de ceux-ci, Fischhoff et al.[5] identifient les facteurs individuels. Développant cette assertion, ces auteurs soutiennent que l'acceptation du risque est liée à l'âge, au genre, au niveau d'instruction des individus. Parmi les autres facteurs influant sur l'acceptation individuelle du risque, Pidgeon [24] et Dake [4] incriminent l'effet du groupe, les croyances personnelles, les normes sociales, les valeurs culturelles, la situation économique et le vécu récent. La littérature sur les comportements à risque montre que les conduites adoptées par les individus découlent de plusieurs facteurs comme la perception du risque [6 ; 13]. Cette perception influencée par la consommation de substances telles que la drogue [2], l'alcool et le tabac [9] et la couverture médiatique [22] est à la base de plusieurs accidents tels que les accidents de la circulation et certaines infections [15 ; 21].

Si les études sur les comportements à risque ont pour objectif de contribuer à la prise de conscience des individus sur les conséquences de leurs actes, alors, à quoi pouvons-nous attribuer ces comportements qu'adoptent les individus de cette culture ? Autrement dit, quels sont les facteurs qui pourraient expliquer de tels comportements dont les auteurs ont conscience des conséquences ? Pour répondre à une telle interrogation, la conduite de cette recherche ne gagnerait-elle pas en intérêt si les investigations étaient orientées vers les croyances culturelles qui renferment, de l'avis de Kouabenan [16], certains biais perceptifs ?

Les biais perceptifs ont fait l'objet de plusieurs recherches dont certaines montrent que dans des situations, les individus, selon leur perception, développent des biais de supériorité [10 ; 19]. Leurs comportements découlent également de l'optimisme irréaliste et de l'illusion de contrôle qui les laisse croire qu'ils ont le contrôle sur la situation [26]. Souvent l'illusion de contrôle conduit à une illusion d'invulnérabi-

lité qui reflète la tendance à se voir comme peu susceptible qu'autrui à subir des conséquences néfastes d'un événement négatif [23 ; 25]. Les croyances illusoires sont d'une utilité indéniable dans l'explication naïve des accidents [14], car elles permettent de sortir du cadre rationnel pour aborder l'aspect socioculturel de la question.

Les comportements à risque ne sauraient trouver uniquement leur explication que dans les croyances culturelles. En se fondant sur certains travaux [3 ; 18] qui montrent que les travailleurs les plus expérimentés sont ceux qui prennent moins de risque au poste, la prise en compte dans cette recherche de certains facteurs personnels comme l'ancienneté dans la pratique de l'automutilation ne serait-elle pas une voie prometteuse d'explication de tels comportements ?

La conduite de cette recherche vise à expliquer le niveau d'acceptation du risque sous l'angle des facteurs socio-culturels et psychosociologiques. Plus spécifiquement, ce travail vise à montrer que le niveau d'acceptation du risque dépend des croyances culturelles auxquelles adhèrent les individus. De même, cette étude vise à montrer que le niveau d'acceptation du risque est imputable à l'ancienneté dans la pratique de la cérémonie d'automutilation. La conduite d'une telle étude repose sur des hypothèses de travail qui sont susceptibles de faire l'objet de vérification scientifique.

La première hypothèse sur laquelle repose la présente étude stipule que les participants au Dipri qui croient en la puissance des génies protecteurs ont un niveau d'acceptation du risque plus élevé que ceux qui n'y croient pas.

La deuxième hypothèse repose sur le postulat que plus les participants sont anciens dans la pratique de l'automutilation, plus leur niveau d'acceptation du risque augmente.

Ces hypothèses font ressortir deux types de variables : deux variables indépendantes et une variable dépendante. La première variable indépendante (croyance culturelle) est de nature qualitative avec deux modalités (croyances aux forces occultes et la non croyance à ces forces). Quant à la seconde variable indépendante, elle est de nature quantitative. La variable dépendante de la présente recherche est de nature quantitative relative au niveau d'acceptation du risque.

La soumission de ces hypothèses à l'épreuve des faits nécessite la mise en place d'une méthodologie scientifiquement élaborée.

Démarche méthodologique

La démarche méthodologique que nous avons résolu d'appliquer à cette recherche repose entre autres sur la méthode d'échantillonnage qui permettra de sélectionner les participants à l'étude, le matériel et l'instrument de recueil des données et les résultats.

Participants

En tenant compte des critères de participation à la cérémonie du Dipri en tant qu'acteur, nous avons décidé de porter



le présent travail sur les autochtones animistes, de sexe masculin, âgés de 30 à 55 ans. Les unités de l'échantillon ont été sélectionnées à l'aide de la méthode aléatoire.

Le manque de base de sondage officiellement élaborée nous a conduits à procéder par une identification des ménages et à sélectionner au hasard ceux sur lesquels va être portée l'étude. Nous avons ainsi décidé d'interroger, pour chaque ménage, tous les résidents remplissant les conditions précitées. Cette démarche nous a permis de sélectionner au total 120 sujets originaires des localités choisies. Les participants sélectionnés doivent faire l'objet d'une enquête reposant sur un instrument méthodiquement élaboré.

Matériel

Le recueil des informations tant sur l'acceptation du risque que sur les croyances, la perception des risques et l'ancienneté dans la pratique de l'automutilation, s'est fait sur la base d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Le choix du questionnaire s'explique par le fait qu'il est l'instrument le mieux adapté aux études quantitatives comme la nôtre. Il est également utilisé pour la rigidité de l'ordre des questions, ce qui réduit les risques de biais dans la passation. Les réponses obtenues se prêtent à une facilité de dépouillement et à un traitement statistique. L'utilisation d'un guide d'entretien en plus du questionnaire réside dans le fait qu'il permet d'approfondir les explications données par les participants sur certains aspects du problème.

Le questionnaire élaboré est composé de trois parties dont la première expose les informations biographiques du répondant. Elles concernent principalement l'âge, le sexe, la religion pratiquée, la situation matrimoniale, le niveau d'études, la catégorie socioéconomique, etc. La deuxième partie de l'instrument est relative à la perception du risque et l'explication naïve des accidents. La troisième partie est relative au niveau de tolérance du risque. Cette dernière partie du questionnaire évalue les différents stades de l'automutilation qui se résument en des blessures superficielles, à des ouvertures faisant apparaître les graisses au niveau du ventre, les ouvertures du ventre laissant à découvert les viscères et la dernière étape concernant la coupure de la langue. A cette valeur qualitative du niveau d'acceptation du risque, s'ajoute l'aspect quantitatif relatif au nombre de coups de couteau que le participant au Dipri se donne au cours d'une cérémonie. Ces différents niveaux incarnent le niveau d'acceptation du risque.

Quant au guide d'entretien, il porte sur la perception des risques par les intervenants et la représentation que les participants ont des risques liés à leurs pratiques. Cet instrument est élaboré sur la base de plusieurs informations recueillies à travers les lectures et autres instruments similaires [12]. Son élaboration a fait l'objet de plusieurs étapes dont la méthode des juges qui a consisté à soumettre l'instrument à l'appréciation de 15 personnes dont les étudiants et autres enseignants sur le degré d'ambiguïté des items. Les résultats

concluant de cette épreuve ont permis de procéder à un pré-test auprès de 10 villageois partageant la même culture mais issus d'une autre localité. Cette seconde étape a servi à finaliser l'instrument qui est soumis à l'épreuve.

La passation de ce questionnaire a permis de recueillir des données qui ont fait l'objet d'un dépouillement et d'un traitement statistique. Le traitement statistique de données de cette enquête s'est fait à l'aide de deux méthodes statistiques. La première, le "t" de Student est utilisé pour appréhender la relation entre des différentes illusions perceptives qui sont toutes des variables qualitatives et le degré de tolérance au risque qui demeure une variable quantitative. Quant à la relation entre le niveau d'ancienneté et le degré de tolérance au risque, il est évalué à l'aide du test de corrélation linéaire de Pearson. Les résultats ainsi obtenus sont interprétés et discutés.

Résultats

Les résultats issus de cette recherche concernent l'effet des croyances et de l'ancienneté sur l'acceptation des risques.

Croyances culturelles et acceptation du risque

Les résultats obtenus à l'aide du "t" de Student ($t(118) = 8,24; P < .01$) montrent une différence significative entre le niveau d'acceptation du risque observé chez les participants qui croient en la puissance des forces protectrices et celui de ceux qui n'y accordent aucun crédit.

La comparaison des moyennes des deux catégories de sujets montre que les croyants ont une moyenne d'acceptation du risque ($M_x = 8,02$) supérieure à celle des non croyants aux forces occultes ($M_x = 2,36$). Ces résultats confirment l'hypothèse selon laquelle les participants qui croient à la puissance des forces protectrices de la cérémonie ont un degré d'acceptation du risque plus élevé que leurs homologues qui n'y croient pas.

L'explication qui découle de ces résultats se fonde sur le fait que lors des préparatifs de la cérémonie, les pratiques initiatiques auxquelles les acteurs sont soumis les amènent à développer des croyances illusoire. Cette culture collective du risque que développent les participants à cette cérémonie s'illustre par leurs propos. L'analyse du contenu de leurs discours montre que les participants à la cérémonie du Dipri développent l'illusion d'invulnérabilité (tendance à se percevoir comme moins susceptible qu'autrui de subir des conséquences néfastes d'un événement négatif), l'optimisme comparatif (tendance à se croire plus chanceux qu'autrui à faire l'expérience d'événements positifs), l'optimisme irréaliste (tendance à percevoir l'occurrence des événements négatifs comme moins probables qu'ils ne sont en réalité).

a. Illusion d'invulnérabilité et acceptation du risque

L'analyse de contenu utilisée pour exploiter les réponses données par les sujets montre qu'à 42% les participants réalisent leur invulnérables aux complications liées à leurs actes. Cette perception illusoire de leur exposition aux risques



tire ses fondements dans la préparation de la cérémonie. En effet, les épreuves de purification et de dévotion auxquelles ils sont soumis ainsi que les rituelles pratiquées dans la forêt modifient leur évaluation des risques. Toutes ces pratiques mystiques qui entourent la cérémonie amènent les acteurs à sous-estimer les risques et à pratiquer l'automutilation à des degrés divers.

b. Le niveau d'acceptation du risque en fonction du biais de supériorité ou de sur-confiance

L'analyse de contenu employée dans cette recherche montre que 35% des réponses données par les participants au Dipri, pour justifier leurs actes, sont liées à la sur-confiance ou à un biais de supériorité. En effet, la consommation, dans la forêt, de substances mystiques ainsi que la participation aux rites initiatiques donnent une certaine assurance démesurée aux acteurs qui se livrent à des actes autodestructifs d'une ampleur remarquable. Ce biais de sur-confiance explique les blessures profondes que laissent les traces de couteau. Dans une sorte d'euphorie, les initiés qui développent ce biais perceptif poussent leur audace jusqu'à se perforer l'abdomen laissant à découvert les viscères. Certains participants perdent conscience à la suite des saignements. Ces infortunés, selon le niveau de gravité des blessures sont soit conduits derrière le village ou dans la forêt pour des soins intensifs.

c. L'optimisme comparatif comme facteur explicatif de l'acceptation du risque

Les réponses traitées à l'aide de l'analyse de contenu attestent que 40% d'entre elles sont relatives à l'optimisme comparatif que développent les acteurs. La préparation mystique des participants aux cérémonies culturelles vise à inculquer à ceux-ci la tendance à se croire plus chanceux qu'autrui à faire l'expérience d'événements positifs. Une fois sur le terrain de l'action, convaincus de la protection des forces mystique, les acteurs se livrent souvent à des débordements qui ont des répercussions néfastes sur leurs états de santé. Après la cérémonie, certains continuent, sur une période plus ou moins longue, de panser les profondes plaies laissées par les coups de couteau. D'autres, par contre (ceux qui ont des blessures graves) sont transportés dans la forêt sacrée pour des soins intensifs qui peuvent durer plusieurs jours.

d. L'optimisme irréaliste et niveau d'acceptation du risque

L'analyse de contenu utilisée pour exploiter les réponses prouve que 37% de ces réponses mettent en exergue l'optimisme irréaliste. Cela s'explique par le fait que dans la préparation de la cérémonie, les détenteurs de la tradition amènent les acteurs à sous-estimer les risques par la consommation de mixtures et autres potions magiques. A ces pratiques s'ajoute l'imploration des génies de la rivière sacrée à qui l'on confie le destin des acteurs au nom de la tradition. Mystiquement préparés, les participants de la

cérémonie développent une tendance à percevoir l'occurrence des événements négatifs comme moins probables qu'ils ne sont en réalité. Sur cette base, ils posent leurs actes d'automutilation sans crainte ni état d'âme.

Contrairement aux acteurs qui développent de telles croyances, leurs homologues qui n'accordent aucun crédit à ces pratiques ancestrales ne prennent pas de risque susceptible de mettre à rude épreuve leur état de santé. Ceci s'explique par le fait que des individus qui bien que participant à la cérémonie comme les autres se gardent de s'automutiler et se contentent de suivre simplement le mouvement de la foule. Ils limitent leur rôle aux chants et à la danse qu'effectue la troupe. Certains limitent leurs actions aux simulations et à la comédie.

Au total, les résultats montrent que les croyances développées par les participants au Dipri comportent des biais perceptifs qui déterminent leur niveau d'acceptation des risques. La théorie du comportement planifié de Ajzen [1] explique mieux de tels comportements. Sur la base de cette théorie, nous pouvons soutenir que les acteurs planifient et coordonnent leurs actions. Les coups qu'ils s'infligent sont volontaires et respectent les normes de la tradition.

Ancienneté et niveau d'acceptation du risque

Le test de corrélation linéaire de Pearson utilisé pour le traitement statistique des données obtenues ($r = 0,428$; $p = 0,05$) montre une corrélation positive et significative entre l'ancienneté dans la pratique d'automutilation et le niveau d'acceptation du risque. Ces résultats confirment l'hypothèse qui stipule que plus les acteurs sont anciens dans la pratique de l'automutilation, plus ils ont un niveau d'acceptation du risque plus élevé. Cela s'explique par le fait qu'au fur et à mesure que les individus participent à une cérémonie, plus ils acquièrent de l'expérience et par conséquent leur niveau d'acceptation du risque augmente.

Les individus les plus anciens sont ceux qui, en terme quantitatif, s'octroient un grand nombre de coups de couteau. A ce niveau, le nombre de coups de couteau que s'octroie l'acteur croît avec son ancienneté. Vu sous l'angle qualitatif, nous pouvons mentionner que la profondeur des blessures et le type de blessures dépendent de l'expérience que l'individu a de la pratique. En effet, les plus anciens sont ceux qui poussent l'audace jusqu'à l'éventrement et à la section de la langue qui est offerte à un autre qui est chargé de la manger et de la lui rendre plus tard par un bouche-à-bouche. Les moins expérimentés se contentent des piqûres simples laissant souvent des blessures légères et faciles à cicatriser.

Discussion

Les comportements à risque entretenus par la culture constituent une préoccupation majeure pour les psychologues du risque. Ces comportements ont des conséquences majeures sur la santé physique des protecteurs de la tradition qui font preuve d'une ignorance ou d'une croyance naïve des forces

occultes. Cette préoccupation est à l'origine des objectifs de la présente étude qui vise à appréhender les conduites à risque adoptées par les participants de cette cérémonie ancestrale sous l'angle de leurs croyances culturelles et de leur ancienneté dans la pratique. Les hypothèses qui fondent cette étude stipulent, d'une part, que les participants à la cérémonie du Dipri qui croient en la puissance des génies protecteurs ont un niveau de tolérance au risque plus élevé que ceux qui n'y croient pas. De même, la seconde hypothèse se propose de montrer que plus les participants sont anciens dans la pratique de l'automutilation plus leur niveau d'acceptation du risque augmente.

Les résultats issus des investigations confirment les hypothèses émises. Ces résultats concordent avec certains travaux préalablement réalisés sur les comportements à risque Kouabenan et al. [15]. Dans l'étude sur le rôle de la perception du risque dans l'explication causale des accidents de la circulation, Causse et al.[2] et Hermand et al.[9] montrent que la consommation de substance comme la drogue amène les conducteurs à sous-estimer les risques. A cette recherche, nous mettons en évidence le volet socioculturel qui fait intervenir l'aspect conscient dans les prises de décision. Sous cet angle, cette étude est dans son explication en harmonie avec les investigations de Kouabenan [13] sur le rôle des croyances dans la perception des risques. L'auteur justifie ses résultats par les illusions ou les biais qui conditionnent le comportement des individus. Conformément à la présente recherche, il importe de mentionner que la culture traditionnelle que les Africains tendent à valoriser comporte des biais fonctionnels qui expliquent les conduites à risque de ceux qui en font la promotion à des fins touristiques. Ces propos vont dans le même sens que ceux de Gyekye [7] qui montre que les salariés ghanéens qui développent une croyance fataliste des accidents sont fréquemment plus accidentés que leurs homologues néerlandais qui développent une croyance non fataliste. Cela se justifierait par le fait que les individus étant colorés culturellement, chacun part en entreprise avec sa culture du risque. Ces explications amènent Gyekye [8] à déduire que les Africains font plus d'explications externes des causes d'accidents que les Européens.

Quant à la seconde hypothèse, les résultats montrent que l'ancienneté a une influence sur les prises de risques. Ce résultat explique mieux l'influence de l'ancienneté sur l'adoption de comportement à risque en ce sens que l'expérience est tributaire de l'ancienneté dans la pratique. La théorie du comportement planifié que nous utilisons pour expliquer ce travail permet de mieux rendre compte de ce fait.

Conclusion

Les manifestations culturelles constituent des occasions de démonstration de puissances mystiques. Ces cérémonies qui ont toujours provoqué une attirance touristique engendrent souvent des drames que les acteurs ont quelquefois du mal à contrôler. Par ignorance ou par idéologie culturelle, les

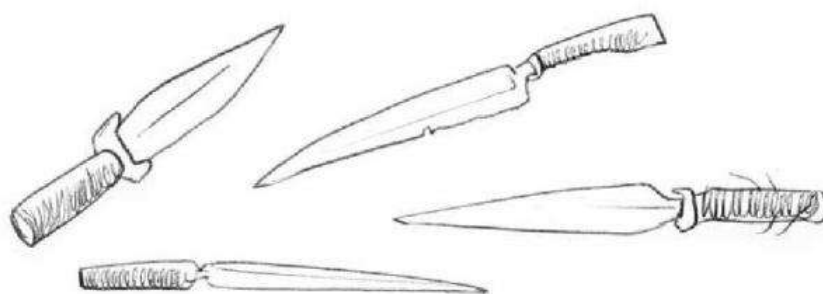
gardiens de la tradition posent des actes qui mettent à nu le niveau d'acceptation du risque. C'est bien le cas de la cérémonie du Dipri qui constitue l'occasion de valorisation de la puissance des acteurs. Cette acceptation du risque dont font preuve les participants à la dite cérémonie a suscité des hypothèses que nous avons soumises à l'épreuve des faits. Les investigations menées sur le terrain nous donnent des résultats qui montrent d'une part que les participants qui croient en la puissance des génies protecteurs ont un niveau de tolérance au risque plus élevé que ceux qui n'y croient pas. D'autre part, nous sommes arrivés à la conclusion que plus les participants sont anciens dans la pratique de l'automutilation, plus leur niveau d'acceptation du risque augmente. Ces résultats concordent pour la plupart avec les travaux préalablement réalisés dans le cadre de la perception des risques.

Les résultats de cette étude amènent à conclure que l'acceptation des risques que développent les individus dépend, pour la plupart, de la culture qui façonne, comme le souligne Linton [20], la personnalité des individus. Par les initiations et autres préparations mystiques les gardiens de la tradition amènent les plus jeunes à accepter le risque sans tenir compte des effets secondaires. Au terme de cette recherche, il importe de prendre en compte, dans la prévention des risques, les croyances culturelles et l'ancienneté qui induisent des biais dans la perception des risques liés aux pratiques.

Références bibliographiques

1. Ajzen I. . The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*;1991; 50(2), 179-211.
2. Causse P, Kouabenan D. R. et Delhomme P. . Perception du risque d'accident lié à l'alcool chez des jeunes automobilistes : quelques déterminants de l'optimisme comparatif. *Le Travail Humain* ;2004 ; 3, 235-256.
3. Clerc J.-M.. *Introduction aux conditions et au milieu de travail*. Genève,; OIT,1986.
4. Dake K. . Myths of nature : culture and the social construction of risk. *Journal of Social Issues*;1992;48; 21-37.
5. Fischhoff B., Lichtenstein S, Slovic P, Derby S. L. et Keeney R. L.. *Acceptable risk*. Cambridge: Cambridge University Press,1981
6. Gandit M., Kouabenan D. R. et Caroly S.. Road-tunnel fires : Risk perception and management strategies among user. *Safety Science*;2009; 47; 105-114.
7. Gyekye A. S. Causal attributions of Ghanaian industrial workers for accident occurrence: Miners and non-miners perspective. *Journal of Safety Research*;2003; 34; 533-538.
8. Gyekye S. A. Causal Attributions for Industrial Accidents: A Culture-Comparative Analysis. *Journal of Intercultural Communication*,2006; 11; 1404-1634.
9. Hermand D., Bouyer, M. et Mullet, E. (2006). Les facteurs psychologiques de la perception de la gravité des

- risques sociétaux, d'eaux minérales à armes nucléaires. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles, De Boeck, 2006; pp. 62-83.
10. Hoorens V. Self-favoring biases, self-presentation and the self-other asymmetry in social comparison. *Journal of Personality*; 1995; 63; 793-817.
 11. Klein W. M Maintaining self-serving social comparisons : attenuating the perceived significance of risk-increasing behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1996; 5; 120-142.
 12. Kouabenan D. R Belief and the perception of the risks and accidents. *Risk analysis: an International Journal* ; 1998 ; 18 ; 243-252.
 13. Kouabenan, D. R. . Des facteurs structurants aux biais ou illusions dans la perception des risques. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck ; 2006 ; pp., 125-146
 14. Kouabenan, D. R. (1999). *Explication naïve de l'accident et prévention*. Paris, PUF., 1999
 15. Kouabenan D. R., De Gaudemaris, R., Scarnato, F. et Mallaret, M. R.. Methicillin-Resistant Staphylococcus Aureus risk perception by healthcare personnel in a public hospital. *Social Behaviour and Personality* ; 2007 ; 35(1) ; 89-100.
 16. Kouabenan D. R. Role of beliefs in accident and risk analysis and prevention. *Safety Science*; 2009; 47, 767-776.
 17. Kruglanski, A. W. et Ajzen, I. (1983). Bias and error in human judgment. *European Journal of Social Psychology*, 13, 1-44.
 18. Leplat J. et Cuny X.. *Les accidents du travail*. Paris : PUF. Que sais-je ?, n° 1591, 2^e édition, 1979
 19. Leplat J.. Risque et perception du risque dans l'activité. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*, Bruxelles ; De Boeck ; 2006 ; pp. 21-33.
 20. Linton, R.. *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris, Dunod, 1999.
 21. M'bra K. F. Psychologie naïve et prévention du VIH/ SIDA par l'utilisation du préservatif. *En-Quête*, 2008 ;, 20, 57-76.
 22. Neto, F., Lazreg, C. et Mullet, E.. Perception des risques et couverture médiatique. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Hermand & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles, De Boeck; 2006; pp. 85-97.
 23. Perloff L. S. Perception of vulnerability to victimization. *Journal of Social Issues*, 1983; 39; 41-61.
 24. Pidgeon N. F.. Safety culture and risk management in organizations. *Journal of Cross-cultural Psychology*; 1991; 22; 129-40.
 25. Slovic P., Fischhoff B. et Lichtenstein, S., (1981). Perceived risk : psychology factors and social implications. *Proceedings of the royal society of London*, 1981; A 376, pp. 17-34.
 26. Rumar K. Collective risk but individual safety. *Ergonomics*, 1981 ; 31 ; 507-518.
 27. Trimpop R. et Zimolong, B.. L'acceptation du risque. *Encyclopédie de sécurité et de santé au travail*. Genève , OIT, 2000 ; II ; pp. 59.31-59.37.
 28. Zuckerman M.. Attribution of success and failure revisited, or : the motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of Personality*, 1979; 47; 245-287.

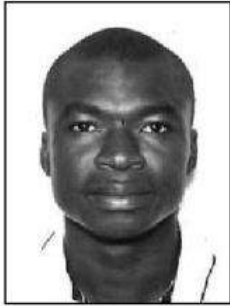




Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna



Drissa Koné



Asséman Médard Koua



Adama Koné

Etude descriptive des pratiques et attentes des médecins généralistes des centres de santé de premier contact du district sanitaire de Cocody-Bingerville (Côte d'Ivoire) à l'égard de la dépression

Auteurs : Yessonguilana Jean-Marie YEO-TENENA¹; Morifode DOUKOURE²; Asseman Médard KOUA³; Adama KONE⁴; Thierry HOUENOU⁵; Drissa KONE⁶

Résumé

Objectif : cette étude avait pour objectif de contribuer à la prise en charge des patients souffrant de dépression.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui s'est déroulée de Mars à Mai 2010, dans les centres de santé publics de premier contact du district sanitaire de Cocody-Bingerville. L'étude a porté sur une population de 46 médecins généralistes.

Résultats : plus de la moitié des médecins (57%) avaient été confrontés à des malades déprimés et 43,48% révélaient ne pas être à mesure de repérer un patient déprimé. 76,08% des enquêtés avaient une difficulté à évaluer la gravité d'un état dépressif. les complications notées par les médecins étaient par ordre décroissant, le refus de soins (32,35%), la tentative de suicide (26,47%), le refus d'alimentation (20,58%) et le suicide (20,58%).

La majorité des médecins appréciaient le risque suicidaire soit par la qualité de soutien de l'entourage proche (32,61%), soit par le niveau de souffrance (21,74%) ou par le degré d'intentionnalité suicidaire (23,91) [Tableau 1]. Le traitement médicamenteux associé à la psychothérapie a été le schéma le plus proposé (52,17%) suivi du schéma associant médicament plus psychothérapie et traitement spirituel (19,56%). Plus de la moitié (52,17%) des médecins référaient leurs patients déprimés sans avoir entamé de traitement ; et pour la plupart en psychiatrie (83,32%). Pour 58,70% des médecins enquêtés, un médecin généraliste aura des difficultés à prendre en charge un patient déprimé. 56,52% des médecins avaient un désintérêt pour les troubles mentaux. Paradoxalement tous les médecins de l'étude désiraient

1. Maître de conférences Agrégé de Psychiatrie

UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Service d'Hygiène Mentale, Institut National de Santé Publique (INSP), BP V 47, Abidjan, Côte d'Ivoire, yeotenena@yahoo.fr;

2. Maître de conférences Agrégé de Pédo-Psychiatrie

Faculté de Médecine de Conakry, Service de psychiatrie, Hôpital National Donka, Guinée Conakry, morifoded@yahoo.fr ;

3. Assistant chef de clinique en psychiatrie

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

4. Médecin-psychiatre

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

5. Médecin

Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, Côte d'Ivoire ;

6. Professeur titulaire de psychiatrie

UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Bingerville, BP 87, Côte d'Ivoire, Président de la Société de Psychiatrie de Côte d'Ivoire (SPCI)

Auteur correspondant : Yessonguilana Jean-Marie YEO-TENENA – Institut National de Santé Publique (INSP). BP V 47 Abidjan, Côte d'Ivoire – yeotenena@yahoo.fr

avoir une formation sur la dépression. Les thèmes désirés étaient par ordre décroissant la prise en charge médicale (37,36%), le diagnostic (30,77%), l'accueil du malade (21,97%) et la prévention des complications (9,90%) [Tableau 3].

Mots clés : dépression, pratiques, attentes, suicide, Médecins généralistes

Descriptive study of practices and expectations of general practitioners health centers first contact the health district of Cocody-Bingerville (Ivory Coast) with respect to depression.

Summary

Objective: this study aimed to contribute to the management of patients with depression.

Methodology: this was a cross-sectional descriptive study that took place from March to May 2010, in public health centers first contact the health district of Cocody-Bingerville. The study involved a population of 46 GPs.

Results: over half of physicians (57%) were faced with depressed patients and 43.48% revealed not to be able to identify a patient déprimé. 76, 08% of respondents had difficulty in assessing the severity of a depressive state. complications were noted by physicians in descending order, the denial of care (32.35%), suicide attempts (26.47%), refusal to supply (20.58%) and suicide (20, 58%). Most physicians appreciate the risk of suicide by the quality of support from those close (32.61%), or by the level of pain (21.74%) or by the degree of suicidal intent (23.91) [Table 1]. Drug therapy combined with psychotherapy has been the pattern over the proposed (52.17%) followed by drug regimen combining psychotherapy and more spiritual treatment (19.56%). More than half (52.17%) of physicians referred their depressed patients without treatment started, and mostly in psychiatry (83.32%). For 58.70% of the physicians surveyed, a general practitioner will find it difficult to support a depressed patient 56.52% of physicians had a lack of interest in mental disorders. Ironically all study physicians wanted to have training on depression. The themes were desired in descending order of medical care (37.36%), diagnosis (30.77%), the home of the patient (21.97%) and prevention of complications (9.90%) [Table 3].

Keywords: depression, practices, expectations, suicide, General practitioners

Introduction

La dépression est une maladie connue depuis l'Antiquité. Elle est largement répandue dans le monde, chaque culture donnant une empreinte spécifique à la maladie.

Elle représente un problème de santé publique. En effet, d'après l'O.M.S., 100.000 millions de personnes souffrent de dépression avec un risque de suicide important et un impact socio économique [5].

C'est une pathologie pour laquelle il existe des traitements efficaces, essentiellement des antidépresseurs et les psychothérapies. En dehors des dépressions majeures et des dépressions chez le sujet fragile (sujet âgé, maladies somatiques graves intercurrentes), le traitement de la dépression ne nécessite pas souvent d'hospitalisation. La prise en charge peut se faire en cabinet ou en ambulatoire.

Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge, la dépression reste une pathologie sous diagnostiquée, vue dans 50 à 70% des cas chez le médecin généraliste [14]. Elle soulève des questions de consensus sur ses formes cliniques, son dépistage par les médecins généralistes, et l'organisation de l'assistance à apporter aux patients.

Dans la prise en charge de la dépression, les patients font jouer un rôle majeur au médecin généraliste. Cette position soulève plusieurs interrogations :

Comment réagissent les médecins généralistes face aux patients souffrant de dépression ?

Comment perçoivent-ils ces patients ?

Quelles difficultés rencontrent-ils ?

Quelles sont leurs attentes ?

Ce travail réalisé auprès des médecins généralistes du district sanitaire de Cocody-Bingerville propose de répondre à ces questions. Il a pour but de contribuer à la prise en charge des patients souffrant de dépression. Cette prise en charge apparaît comme un sujet d'actualité et une préoccupation majeure de santé publique. En effet, la description des pratiques des médecins généralistes face à la dépression constitue un préalable à des actions de santé publique auprès de ces médecins au profit des patients souffrant de dépression en Côte d'Ivoire.

Méthodologie

Cadre de l'étude

Cette étude a eu pour cadre les centres de santé à base communautaire des communes de Cocody et Bingerville. Le district sanitaire couvre ces deux communes.

Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive. Elle s'est déroulée du 1^{er} mars 2010 au 31 mai 2010 soit trois mois.

Population d'étude

La population de notre étude était constituée de médecins généralistes exerçant dans les centres de santé publics de premier contact de la commune de Cocody-Bingerville.

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- les médecins qui assuraient les consultations en médecine générale ;
- les médecins qui ont accepté de participer à l'étude ;
- les médecins qui figuraient sur la liste des médecins, liste fournie par le district sanitaire...

N'ont pas été inclus :

- les médecins absents au moment de l'étude,
- les médecins assurant principalement les activités administratives (gestionnaires).

Méthode

Il s'agissait d'un échantillon constitué de façon exhaustive. Ainsi, tous les médecins généralistes qui exerçaient dans les centres de santé publics de Cocody-Bingerville et qui remplissaient les critères d'inclusion ont été concernés par l'étude. Pour la collecte des données, nous avons opté pour la méthode de visite dans les centres avec interview directe. Chaque médecin généraliste retenu a fait l'objet d'un questionnaire standard s'enquérant des caractéristiques sociodémographiques, de ses pratiques et de ses attentes à l'égard de la dépression. Nous avons pu ainsi interroger 46 médecins généralistes sur un total de 48. Par conséquent, le taux de participation était de 95,83%.

Considérations éthiques

Cette enquête prospective décrit les pratiques et attentes des médecins généralistes face à la dépression. Elle n'a débuté qu'après l'obtention de l'autorisation du médecin-chef du district sanitaire concerné. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés.

La participation était libre et volontaire après consentement éclairé. Par ailleurs, chaque médecin a été informé du but et des objectifs de l'étude.

Définition opérationnelle des termes

Médecin généraliste (MG) : est considéré comme un médecin généraliste tout médecin titulaire d'un doctorat en médecine et exerçant comme tel dans une structure.

Médecin spécialiste : est considéré comme un médecin spécialiste tout médecin titulaire d'un certificat d'études spécialisées dans un domaine médical précis.

Traitement spirituel : est considéré comme le recours aux centres religieux.

Guérisseur : professionnel des soins fondés sur la consultation divinatoire pour établir un diagnostic ainsi que le type de soins à réaliser. Dans ce cas, les plantes n'auront de vertus curatives qu'après des rituels qui peuvent à eux seuls être considérés comme thérapeutiques.

Résultats

On note une prédominance masculine (65,20%) avec une sex-ratio de 1,87. La majorité des enquêtés (58,70%) avaient un âge compris entre 25 et 35 ans. L'âge minimum était de 25 ans, l'âge maximum 57 ans et l'âge moyen 35,39 ans. Plus de la moitié des enquêtés (56,52%) avait été confrontée à des malades déprimés. Les motifs de consultation présentés par les patients selon les médecins enquêtés étaient dominés par l'anxiété (50%), les troubles somatiques (17,5%), l'humeur triste et l'insomnie représentaient le troisième motif de consultation dans les proportions égales de 13,04. Par ailleurs 43,48% des médecins affirmaient ne pas être à mesure de repérer un patient déprimé et 76,08% d'entre eux estimaient avoir une difficulté à évaluer la gravité d'un état dépressif. La quasi-totalité des médecins (95,65%) n'utilisaient pas de système d'aide au diagnostic. La moitié des médecins avait été informée des complications survenues chez leurs patients déprimés. Les complications notées étaient par ordre décroissant le refus de soins (32,35%), la tentative de suicide (26,47%), le refus d'alimentation (20,58%) et le suicide (20,58%). La majorité des enquêtés avait pour réaction de rechercher les raisons de ces complications. La majorité des médecins appréciait le risque suicidaire soit par la qualité de soutien de l'entourage proche (32,61%), soit par le niveau de souffrance (21,74%) ou par le degré d'intentionnalité suicidaire (23,91%) [Tableau1]. Plus de la moitié des médecins enquêtés (69,53%) avait été confronté à un patient suicidaire. Par ailleurs 52,17% des médecins référaient leurs patients déprimés sans avoir entamé le traitement. Le traitement médicamenteux associé à la psychothérapie a été le schéma le plus proposé (52,17%) suivi du schéma associant médicament plus psychothérapie et traitement spirituel (19,56%). Aucun médecin n'avait adressé un patient chez un guérisseur.

Plus de la moitié (58,70%) des enquêtés pensait qu'un médecin généraliste aura du mal à prendre en charge un patient déprimé. Pour 51,86% des médecins, le manque de formation serait la principale difficulté à prendre en charge un patient déprimé, suivi du manque de disponibilité (29,62%) et de l'insuffisance des connaissances (14,82%) [Tableau2]. La grande majorité (83,32%) referait les patients déprimés en psychiatrie 56,52% des médecins enquêtés avaient un manque d'intérêt pour les troubles mentaux. La nature du

Tableau 1 : Répartition des médecins selon l'appréciation du risque suicidaire dans la dépression.

RISQUE SUICIDAIRE	n	%
Niveau de souffrance	10	21,74
Degré d'intentionnalité suicidaire	11	23,91
Eléments d'impulsivité	4	8,69
Existence d'événements précipitant	3	6,52
Présence de moyens létaux à disposition		6,52
Qualité du soutien de l'entourage proche	15	32,61
TOTAL	46	100,00

désintérêt était dominée par l'absence de formation continue (39,52%) et l'ignorance des traitements (30,43%). 36,37% des médecins avaient pour source d'information sur la dépression la formation pré-doctorale, 32,73% c'était les médias, 18,18% les collègues, 10,9% la formation continue et 1,82% pour les autres sources. La quasi-totalité (89,13%) n'avait pas participé à un séminaire post-doctoral sur la dépression et 76,08 n'avaient pas fait de stage en psychiatrie au cours de la formation initiale. Tous les médecins de l'étude désiraient avoir une formation sur la dépression. Les thèmes désirés étaient par ordre décroissant la prise en charge médicale (37,36%), le diagnostic (30,77%), l'accueil (21,97%) et la prévention des complications (9,90%) [Tableau3]. 95,65% des médecins pensaient que les patients déprimés avaient besoin d'attention particulière contre 4,34% qui estimaient que ces patients étaient comme les autres patients.

Discussion

Caractéristiques socio démographiques

En République de Côte d'Ivoire la population était en 2009 de 20.617.068 individus avec 49% de femmes, d'après le ministère du plan et du développement cité par SORO dans sa thèse sur les pratiques et attentes des médecins généralistes sur les conduites suicidaires [15].

Tableau 2 : Répartition des médecins enquêtés selon la nature de leur difficulté à prendre en charge un patient déprimé.

Nature de la difficulté	F	%
Manque de formation	14	51,86
Manque de disponibilité	8	29,62
Pas spécialiste	1	3,70
Insuffisante de connaissances	4	14,82
TOTAL	27	100,00

Tableau 3 : Répartition des médecins enquêtés selon le thème désiré dans la formation sur la dépression.

Thème désiré	F	%
Accueil du malade	20	21,97
Diagnostic	28	30,77
Prise en charge médicale	34	37,36
Prévention des complications	9	9,90

Tableau 4 : Répartition des médecins selon leur impression sur les patients déprimés.

IMPRESSIONS DES MEDECINS	n	%
Patients comme les autres	2	4,34
Patients qui ont besoin d'attention	44	95,65
Patients qui n'ont pas besoin de soutien	0	0,00
Ce sont des faibles	0	0,00
Autre	0	0,00
TOTAL	46	100,00

Dans notre étude, nous avons noté également une faible représentation de femmes médecins (34,8%), la sex-ratio étant de 1,87. Nos résultats sont comparables à ceux de FANELLO[6] qui trouvait 20% de femmes et 80% d'hommes dans son étude sur les pratiques et attentes des médecins généralistes (M.G.) à l'égard des conduites suicidaires.

Une autre étude réalisée par CHABRY[3] portant sur l'expression des besoins par les M.G. sur la prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte montrait sur un échantillon de 101 médecins généralistes en Ile-de-France une proportion de 73% d'hommes et de 27% de femmes. Cette répartition inégale par rapport au genre dans notre contexte pourrait s'expliquer par le faible taux de scolarisation de la jeune fille dans la société africaine.

Concernant l'âge dans notre étude, l'âge moyen des médecins était de 35,39 ans. Nous rapportons la jeunesse de l'effectif à l'effort de recrutement récent des jeunes médecins par l'Etat Ivoirien ces cinq dernières années.

Pratiques face à la dépression

La majorité des M.G. de notre étude (56,52%) avait été confrontée à des malades déprimés. Ce résultat n'est pas étonnant. En effet, MARTINEZ [12] dans ses recommandations pour traiter la dépression montrait qu'aux Etats Unis, 40 à 60% des sujets souffrant de troubles dépressifs n'avaient recours qu'aux seuls M.G. Ce constat situe tout de suite la place du M.G. dans le système des soins de santé mentale.

Dans l'étude de CHABRY [3], en France, les M.G ont estimé que leur clientèle était composée en moyenne de 13% de patients déprimés. Mais ce chiffre était sans doute inférieur à la réalité, car il existe une sous estimation du diagnostic de dépression par les médecins, rapportée par les différentes études notamment celle du CREDES [4], en raison de dépistage insuffisant. Les M.G sont au carrefour du système de santé, car la majorité des patients que reçoivent les spécialistes passent d'abord par eux. PARQUET [13] dans son étude sur l'itinéraire des déprimés trouvait que la dépression était prise en charge dans 70% des cas par le M.G. Le principal motif de consultation dans notre étude était l'anxiété. En effet, 50% des médecins l'avaient identifiée comme principal motif. 17,5% avaient identifié plutôt les troubles somatiques (céphalées, douleurs, palpitation, etc.), et 13,04% les troubles de l'humeur. Plusieurs études, dont celle de STEIN et collaborateurs sur l'Anxiété-dépression : évolution des idées [16], avaient montré que l'anxiété était quasiment constante et d'intensité variable dans le syndrome dépressif.

Pour souligner cette anxiété, CARVALHO et coll. dans leur étude sur les états dépressifs chez l'adulte notaient que le déprimé était pris d'un vertige devant l'avenir qu'il ne peut concevoir, qu'il craint, car il le pare de tous les dangers et menaces [5]. Ceci apparaît sous la forme d'un état de tension psychologique plus ou moins permanent où le sentiment d'un danger imminent prédomine [7].

Une autre explication peut être liée au fait que nous vivons



dans une société anxiogène, exacerbée par la crise politico militaire que vit la Côte d'Ivoire depuis 11 ans, mettant la population dans une situation de stress permanent.

La part des problèmes somatiques était de 50% pour plus de la moitié des médecins enquêtés. Cette part importante s'explique par le fait que beaucoup de malades viennent consulter en médecine générale pour des symptômes somatiques.

La place des problèmes somatiques dans les dépressions a fait l'objet de nombreuses études. La plupart des auteurs en souligne l'importance. BESANCON et coll [2] soulignaient l'importante variété de diagnostics portés avant que ne soit reconnue la dépression, parce que masquée par ces troubles somatiques. Cette large place des problèmes somatiques surtout chez l'africain est reprise par VIOGNIER [18] qui affirmait que pour exprimer sa souffrance mentale, un africain évoquera plus volontiers un corps douloureux. Cet auteur précise même que céphalées, lombalgies et gastralgies pouvaient ainsi égarer le praticien et retarder le diagnostic de dépression. Dans cette perspective, pour KIELHOZ et Coll. [9] la dépression masquée est une expression qui indique que la phénoménologie du tableau clinique témoigne d'une dépression.

Dans notre étude, 43,48% des médecins affirmeraient ne pas savoir repérer un patient déprimé. Cette difficulté de diagnostiquer une dépression est soulignée par FANELLO [6]. Ce dernier auteur affirmait qu'il y avait un défaut de reconnaissance de la maladie car 50 à 70% des sujets déprimés n'étaient pas reconnus comme tels lors de la première consultation. CHABRY [3] avait montré aussi que 28,7% des médecins enquêtés avaient des difficultés de diagnostic et 80,2% ont des difficultés liées à la pathologie elle-même. Nous pensons qu'une des explications serait liée à la forma-

tion initiale. En effet, dans notre étude, 76,08% des médecins enquêtés n'avaient pas effectué de stage dans un service psychiatrique, alors que MANN [11] dans son article sur la dépression et l'anxiété en médecine générale, recommande que les M.G. soit suffisamment informés sur les désordres psychiatriques qu'ils rencontreront. Il regrette que les étudiants en médecine se voient surtout enseigner le diagnostic et le traitement des patients psychotiques qui ne constituent qu'un rare problème pratique en médecine générale. A titre indicatif, pour l'année académique 2009-2010 à l'U.F.R. Sciences Médicales de Bouaké (Côte d'Ivoire), le cursus universitaire des médecins comportait en 3^e année 12 heures de cours de séméiologie clinique, 18 heures de cours de pathologie psychiatrique en 5^e année et 6h de synthèse clinique en 6^e année.

Quant à l'U.F.R. Sciences Médicales d'Abidjan (Côte d'Ivoire), les volumes horaires étaient respectivement de 11 heures en 3^e année (séméiologie psychiatrique), 6 heures en 6^e année (synthèse clinique et thérapeutique) et 30 heures en 5^e année (pathologie psychiatrique et thérapeutiques). En plus de ces cours, sont organisés des stages pratiques en psychiatrie en 6^e année ; ce qui laisse apparaître un décalage d'un an entre la formation théorique sur les pathologies en 5^e année et le stage pratique en 6^e année.

Dans notre étude la quasi-totalité des médecins, (95,65%), n'utilisait pas ou n'était pas au courant de l'existence de système d'aide au diagnostic de la dépression. CHABRY [3] affirmait que ces outils de repérage et d'évaluation de la dépression n'étaient connus que par 50% des M.G de son étude. Ils étaient considérés comme utiles par 80% de ceux-ci, mais utilisés par seulement 19,8% d'entre eux. Ces chiffres sont largement supérieurs aux nôtres. Nous

pensons que cet état de fait peut s'expliquer par le manque de vulgarisation de ses outils dans nos structures sanitaires. Une grande majorité de médecins de notre étude, (76,08%), avait une difficulté à évaluer la gravité d'un état dépressif. La moitié des médecins avaient été informés des complications survenues chez leurs patients déprimés. Les complications les plus observées étaient le refus de soins (32,35%) suivi des tentatives de suicide (26,47%). Il faut noter que 20,58% de l'effectif rapportaient des taux de suicide. FANELLO a démontré que 40 à 60% des personnes mortes par suicide, avaient consulté un médecin généraliste plutôt qu'un psychiatre au moins un mois avant leur passage à l'acte [6]. Ces observations montrent la place et le rôle du médecin généraliste dans la dispensation des soins de santé mentale et la prévention du suicide. 49,5% des médecins de l'étude de CHABRY ont observé un rejet de traitement par le patient. Ils identifiaient ce rejet comme un obstacle à la prise en charge [6]. La complication majeure dans la dépression étant le suicide, le refus de soin peut être assimilé à un équivalent suicidaire, un rejet ou un refus du malade de reconnaître sa pathologie.

Concernant l'attitude des M.G vis-à-vis de ces complications, notre étude a montré que 78,26% des médecins se préoccupaient de rechercher les raisons de ces complications. Et 21,74% des médecins étaient étonnés de ces complications, car l'état de santé des patients concerné ne présageait pas d'une telle évolution. Il faut rapporter cette constatation à l'existence de la dépression masquée par des symptômes et plaintes somatiques et l'évolution propre de la dépression.

La majorité des médecins de notre étude appréciait le risque suicidaire soit par la qualité de soutien de l'entourage proche (32,55%), soit par le niveau de souffrance du sujet (20,93%), soit par le degré d'intentionnalité suicidaire (23,25%). FANELLO [6] dans son étude, indiquait que plus des $\frac{3}{4}$ des médecins (78%) considéraient comme difficile le repérage et l'évaluation d'un risque suicidaire. Les éléments qui leur permettaient d'estimer ce risque étaient avant tout l'existence d'antécédent suicidaire (87% de répondants) et l'isolement affectif (83%). La verbalisation des idées ou projets de suicide (72%) ainsi que la présence d'un désespoir (77%) étaient aussi contributives au repérage [7].

Dans l'étude de SORO, 13,3% des M.G affirmaient avoir été confrontés au suicide et de 82,2% à une tentative de suicide de leur patient [55]. Dans l'étude de FANELLO 92% des M.G. révélaient avoir été confrontés au suicide et de 98% à une tentative de suicide de leur patient dans leur carrière contre 69,53% dans notre étude [8]. Ces observations remettent en cause la notion de la rareté des suicides en Afrique. Des auteurs comme KONE [10] s'étaient fait l'écho de ces constats dans leurs travaux. Ce dernier avait notamment interrogé les trois paramètres impliqués dans le suicide à savoir l'individu, l'entourage et le geste suicidaire. Les résultats de notre étude sur les schémas de traitement ont montré que le schéma associant le traitement médicamenteux et la psychothérapie a été la plus proposé (52,17% des cas).

Ce schéma était suivi de celui de traitement associant médicaments, psychothérapie et traitement religieux (19,56%). Peut-on être heureux de constater qu'aucun médecin n'a adressé de patients chez un guérisseur ? En tout état de cause, nous pensons que les médecins prennent une distance par rapport aux guérisseurs, alors que les politiques ministérielles sont pour donner une place à la médecine traditionnelle dans la médecine moderne. Il faut noter la prise en compte de la vie spirituelle du patient dans les schémas de traitement proposé par 19,56% des médecins de notre étude.

Cette difficulté de choix de schéma de traitement de la dépression est retrouvée par d'autres auteurs comme FANELLO [6] chez qui 17,8% des M.G de son effectif étaient confrontés à ce problème dans le choix de la thérapeutique. Le même auteur trouvait que 23,8% des MG de son étude avaient du mal à mettre en œuvre un traitement.

CHABRY, nous conforte dans nos résultats en affirmant que la principale réponse des médecins était médicamenteuse [3].

Le fait que les patients déprimés s'adressent aux médecins pour la prise en charge de leur dépression, dans notre contexte culturel, est un soulagement. En effet, l'A.N.A.E.S. cité par CHABRY [3] montre que même reconnue, la dépression n'est pas toujours traitée, et que seuls 16% des sujets déprimés, considérés comme tels par leur généraliste, reçoivent un anti dépresseur à une dose efficace pendant au moins un mois.

Dans notre étude, 52,17% des M.G préféraient référer les patients vers les services de santé mentale, sans les avoir traités, pour une meilleure prise en charge. Les médecins qui refusaient leurs patients estimaient avoir des difficultés dans la prise en charge (58,70%). Ils liaient cette pratique à leur manque de formation (51,86%) ou à leur l'ignorance des traitements.

Ces deux explications sont corroborées dans la littérature par des auteurs comme MANN., qui en plus, évoquait le manque de motivation [11]. En complément de ces explications, FANELLO [6] donnait une autre justification en rapport avec la psychologie médicale et liée à la relation médecin-malade. Il insiste sur la difficulté du suivi, l'évaluation de la sévérité de la maladie avec le risque suicidaire. Ce risque suicidaire étant en rapport avec l'efficacité et la tolérance d'un traitement médicamenteux [8].

D'autres explications ont été fournies par d'autres auteurs à ce sujet CHABRY révélait également que 44,6% des M.G. expliquaient leur difficulté par le manque de temps du fait que la prise en charge du déprimé demande beaucoup plus de temps et d'attention que les autres patients. Nous notons que si les difficultés de prise en charge sont évoquées de part et d'autre, les raisons de ces difficultés diffèrent profondément [3].

Attentes

Notre enquête nous a permis de découvrir que 36,37% des médecins avaient pour source d'information sur la

dépression, leur formation pré-doctorale. Pour 32,73%, la source était les médias. La grande majorité des médecins enquêtés (89,13%) n'ont participé à aucun enseignement post doctoral sur la dépression. Pourtant cette formation était désirée par la totalité des enquêtés, en particulier sur le diagnostic (30,36%) et la prise en charge médicale (37,36%). Ces chiffres montrent l'engouement et l'intérêt qu'ont les M.G. pour les problèmes de santé mentale et pour la dépression. Ils estiment pour la plupart (95,65%) que les patients déprimés ont besoin de beaucoup plus de soutien. La littérature recommande que les médecins bénéficient d'une formation continue tout au long de leur carrière médicale [11]. L'étude de FANELLO [6] a également montré que pour les M.G., le support de formation le plus souhaité était la formation médicale continue. Pour 17,5% des médecins généralistes de l'étude de FANELLO, la phase de la prise en charge la plus délicate était le suivi des patients [6].

Concernant toujours les attentes des médecins enquêtés, 23,88% des médecins de l'étude de CHABRY désiraient mieux connaître la dépression. Par contre dans une étude britannique effectuée par TELFORT [17] portant sur les obstacles dans le traitement effectif de la dépression, les médecins généralistes participant à l'étude n'attendent pas de formation complémentaire sur la dépression. Ces derniers pensaient avoir suffisamment de connaissances alors que la plupart des auteurs recommandent une éducation des médecins généralistes

Conclusion

La réalité des problèmes de santé mentale lors des consultations du médecin généraliste à Abidjan se vérifie dans notre étude, notamment pour la dépression. Cette confirmation s'accompagne de difficultés observées dans la pratique quotidienne des M.G. Ces constats demandent une réflexion sur la formation pré et post doctorale des médecins. Ils impliquent aussi l'application des recommandations de l'O.M.S. sur l'organisation et le maintien des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire.

La place de première ligne occupée par les M.G. dans la dépression demande à être renforcée. Pour cela, il faut prendre en compte les difficultés relevées dans notre étude car 76,38% des médecins généralistes (MG) admettaient avoir des difficultés pour faire le diagnostic et 52,17% avaient des difficultés pour la prise en charge. Il est évident qu'une telle politique ouvre le champ de la redéfinition du contenu de la formation universitaire, de la clarification des compétences et des tâches respectives des différents acteurs de la pyramide sanitaire de la Côte d'Ivoire. Le désir de formation exprimé par les M.G. lors de l'enquête, (100%), reste une source de motivation.

L'exigence d'une qualité des soins ne pourra faire l'économie d'une réflexion sur la pratique des médecins généralistes et leurs attentes.

Références

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (DSM-IV-TR) manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux; 4e édition, texte révisé (Washington DC, 2000)
Traduction française par J-D. GUELFY et al., Ed. Masson, Paris, 2003, 1120 p.
2. BESANCON C., CANEVAT C., VENISSIS J.L. La maladie dépressive, Ed. Ciba, Paris, 1994, pp169-173.
3. CHABRY C., C. Bron, C. Chantal. Prise en charge ambulatoire de la dépression chez l'adulte, Expression des besoins par les médecins généralistes, URCAM Ile-de-France, Rapport de synthèse phase I septembre 2005.
4. C.R.E.D.E.S. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997, bulletin d'information en économie de la santé. 1999 ;N°21.
5. DE CARVALHO W., COHEN D. Les états dépressifs chez l'adulte in OLIE J.P., PORIER M-F., LOO H., Les Maladies Dépressives, Ed Flammarion, Paris, 1995, pp3-16
6. FANELLO S. et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires, Santé Publique, vol.14, n°3, 2002, p 263-273
7. FELINE A, HARDY M.C., LE GOC J. Anxiété et dépression, in OLIE J.P., PORIER M-F., LOO H., Les Maladies Dépressives, Ed Flammarion, Paris, 1995, 480p
8. FERRERI A. Eux les déprimés, Collection CIBA-GEIGY, Paris, 1980, pp8-23
9. KIELHOZ P., POLDINGER W., ADAMS C. La dépression masque, Ed. Deutscher Arzte-Verlag Koln, 1984, 110p
10. KONE D. La symbolique du suicide en Afrique noire Perspectives psy, vol 47, n°2 avril juin 2008
11. MANN A. Dépression et anxiété en médecine générale, in OLIE J.P., PORIER M-F., LOO H., Les Maladies Dépressives, Ed Flammarion, Paris, 1995, pp91-95
12. MARTINEZ L. Recommandations pour traiter la dépression : avantages et limites, Revue du praticien, tome 16, n°587 du 14 octobre 2002 1435p.
13. PARQUET P.J., CHEVALLIER L., CUCHE H. et al. Itinéraires des déprimés, Rapport d'experts. Document et synthèse, janvier 2001. France
14. PIERRE L-S. Psychiatrie, Ed. ESTEM, Paris, pp95-125
15. SORO M. Pratiques et attentes des médecins généralistes des centres de santé de premier contact de la commune d'ABOBO sur les conduites suicidaires, Th. Med., Abidjan, 2009, n°3569
16. STEIN D.D., HOLLANDER D., KLEIN F. Anxiété dépression : évolution des idées, in OLIE J.P., PORIER M-F., LOO H. Les Maladies Dépressives, Ed Flammarion, Paris, 1995, pp159-163
17. TELFORD R. Obstacles au traitement effectif de la dépression : une perspective en pratique générale. Family practice 2002, Vol19, n°1, pp45-52
18. VIOGNIER C. Hebdo santé, www.etatdepressif.com page 1, page consultée le 15 nov. 2010 à 21h



Corentin Nascimento

Les épilepsies infanto-juvéniles : Contribution de la pédopsychiatrie dans la prise en charge à l'hôpital national de Niamey (Niger)

Résumé :

Introduction. Les épilepsies infanto-juvéniles sont des affections neurologiques très fréquentes. Une évolution atypique conduit souvent à des orientations en pédopsychiatrie. L'objectif de cette investigation est de mettre en exergue le profil de ces patients et montrer la contribution de l'institution dans la prise en charge.

Méthodologie. Il s'agit d'une étude rétrospective, menée à partir des dossiers des patients reçus en pédopsychiatrie à l'hôpital National de Niamey de Janvier 2010 à Juin 2011. Un échantillon de 78 patients de sexe masculin et 62 de sexe féminin a été constitué.

Résultats. Les patients ont un âge compris entre 3 mois et 18 ans ; la tranche d'âge de 1 à 6 ans est majoritaire. Une scolarisation est maintenue pour plus de la moitié des malades en âge scolaire. 44% des patients sont des aînés de leur mère, 51% ont été réanimé après l'accouchement et pour 80,70% le motif de consultation est un trouble psychomoteur.

Conclusion. Les épilepsies de l'enfant et de l'adolescent sont responsables de troubles du comportement. Un suivi en milieu psychiatrique s'avère avantageux car il permet non seulement de stabiliser les crises mais aussi une prise en charge psychologique de l'enfant et de sa famille.

Mots clés : épilepsies infanto-juvéniles – profil – pédopsychiatrie – prise en charge – hôpital national de Niamey – Niger.

Summary :

Introduction. The infanto-young epilepsies are very frequent neurological affections. An atypical evolution often leads to orientations in child psychiatry. The objective of this investigation is to highlight the profile of these patients and to show the contribution of the institution in the coverage.

Methodology. It is about a retrospective study, led from the cases of the patients received in child psychiatrist at the National hospital of Niamey from January, 2010 till June, 2011. A sample of 78 male patients and 62 female was established.

Results. The patients are one age old included between 3 months and 18 years; the age bracket from 1 to 6 years is majority. A schooling is maintained for more than half patients in school age. 44 % of the patients are elder sons of their mother, 51 % were resuscitated after the childbirth and for 80,70 % the motive for consultation is a psychomotor disorder.

Conclusion. The epilepsies of giving birth to him and of the teenager are responsible for disorders of behavior. A follow-up in psychiatric environment is all the more advantageous because allows not only to stabilize the crises but also a psychological coverage of the child and his family.

Key words: infanto-young epilepsies - profile - child psychiatry - coverage(care) - national hospital of Niamey - Niger.

Introduction

Le démarrage d'une unité de psychiatrie infanto-juvénile en Novembre 2007, dans le service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey, a vu apparaître dans la file active une population particulière de patients : ceux présentant des crises épileptiques.

L'épilepsie, de part son étiopathogénie, dans notre contexte Nigérien est classiquement rattachée aux génies noirs et le premier thérapeute est souvent le guérisseur du village [1]. C'est lui qui dénoue la mauvaise rencontre patient - génie ou mère – génie puis suggère parfois aux parents de s'adresser à la médecine moderne pour corriger les dégâts psychiques induits par l'installation de l'intrus. Les parents conduisent alors l'intéressé en psychiatrie parce qu'il a un trouble de comportement qui a résisté au traitement du tradipraticien. Les patients sont également adressés en consultation de pédopsychiatrie à partir des urgences médicales de l'Hôpital National de Niamey via les Centres de Santé Intégrés. Les parents les y conduisent parce que la situation devient infernale à la maison ou parce que l'enseignant leur a instigué une telle orientation.

Recevant des enfants et des adolescents dans de tels contextes, nous avons alors pris l'initiative de mener une étude sur cette catégorie de mettre en exergue le profil de ces patients et montrer la contribution de l'institution dans la prise en charge. Il s'agit pour nous de :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de ces patients (sexe, âges, scolarisation, rang dans la fratrie, conditions de l'accouchement) ;
- Apprécier les différents motifs d'orientations en pédopsychiatrie ;
- Décrire les interventions ponctuelles entrant dans la prise en charge en institution psychiatrique.

Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à partir des dossiers des patients reçus en pédopsychiatrie à l'hôpital National de Niamey. La période d'étude s'étend de Janvier 2010 à Juin 2011.

La population cible est représentée par les patients de 0 à 18 ans, célibataires, présentant des crises d'épilepsie, orientés pour un motif quelconque et régulièrement suivis (respecte au moins un rendez-vous par mois).

Les sujets à suivis irréguliers, à dossiers incomplets ou présentant des spasmes du sanglot ou des convulsions d'hyperthermie sont exclus.

Un échantillon 140 patients répondant aux critères d'inclusion a été obtenu sur un total de 557 malades reçus pendant la période de l'étude. Cet échantillon est constitué de 78 patients de sexe masculin et 62 de sexe féminin.

Un fichier informatique anonyme a été constitué et renseigne sur le profil sociodémographique des patients, les

circonstances d'accouchement, les motifs d'orientation en pédopsychiatrie.

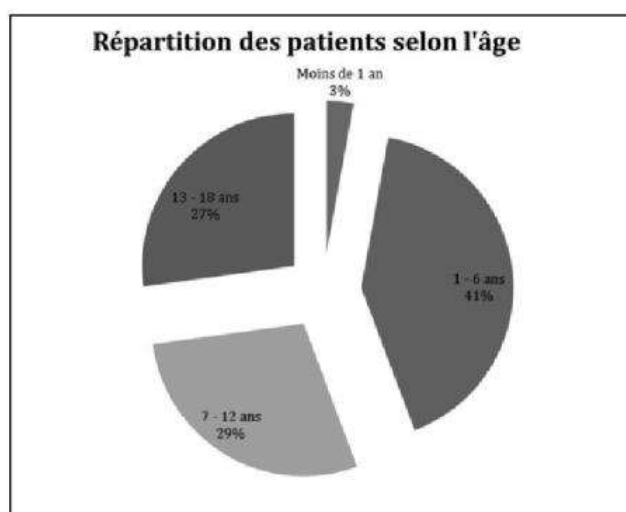
Les résultats ainsi obtenus nous ont permis de mener une discussion.

Discussion

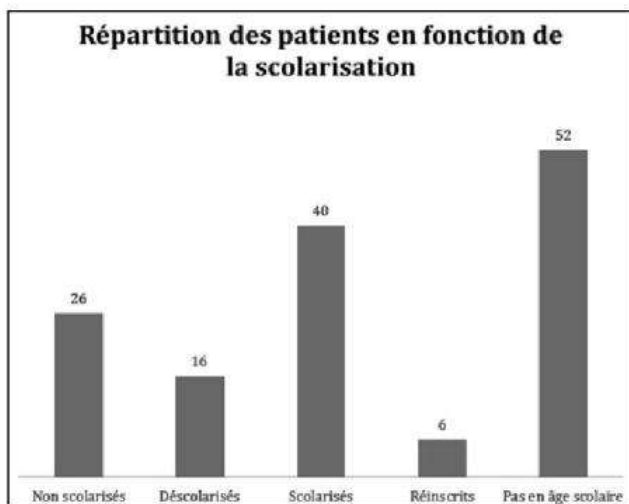
Dans le service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey 557 enfants et adolescents sont reçus en consultation de Janvier 2010 à Juin 2011. Parmi eux, 140 suivis régulièrement présentent des crises d'épilepsie ce qui représente 25,13% des consultants. Ce taux persuasif montre bien l'apport de la pédopsychiatrie dans la prise en charge de cette affection qui au premier plan est du domaine de la neurologie. Ces patients sont arrivés en pédopsychiatrie parce que, en l'absence d'un service de neurologie, les crises d'épilepsie ne se sont pas amendées malgré le traitement instauré dans les centres médicaux périphériques ou parce qu'un autre symptôme préoccupant s'est ajouté.

Les individus de sexe masculin sont majoritaires avec un sexe ratio de 1,3 bien que du point de vue épidémiologique les femmes ont, de façon significative, des taux supérieurs à ceux des hommes pour tous les troubles confondus [2]. Cette prédominance masculine de l'épilepsie a été également observée dans les pays industrialisés [3].

La tranche d'âge de [1- 6] ans (*Graphique 1*) est la plus importante (41%). Un résultat similaire (40,51%) a été retrouvé dans une étude réalisée au Niger en 2002, par Dr DANGANA Ahmed, sur des enfants de 0 à 15 ans [4]. Cette tranche d'âge correspond à la première enfance, à la période des apports nutritifs massifs avec l'introduction des plats familiaux dans l'alimentation de l'enfant et ses corollaires de gastroentérite fébrile ; c'est aussi le début de l'acquisition de l'autonomisation par l'enfant avec l'apparition des phénomènes inflammatoires liés aux chutes à répétitions ; c'est également la période d'exposition à diverses intempéries tels les piqures des moustiques et le froid tous responsables par



Graphique 1 : Le plus jeune des patients a 3 mois. La tranche d'âge de 1 à 6 ans est la plus représentée.



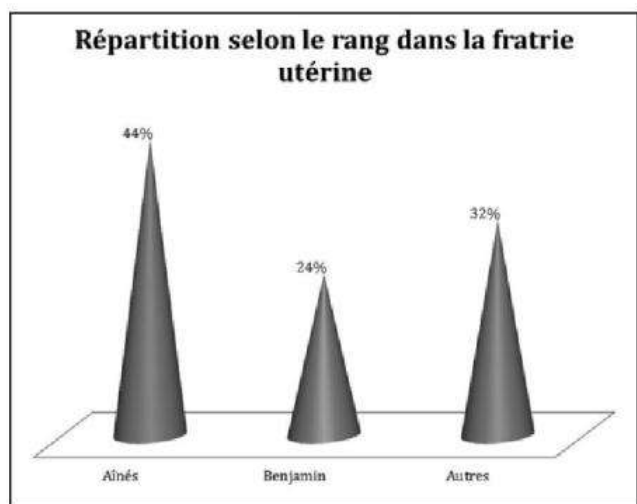
Graphique 2 : Sur 88 patients en âge scolaire 40 ont maintenu leur scolarisation et 6 ont pu être réinscrits.

excellence des hyperthermies chez l'enfant. Ces états fébriles observés ça et là sont bien souvent le point de départ des convulsions fébriles et par ricochet des séquelles dans la conduction électrique des neurones cérébraux.

52 patients (37%) de notre cohorte ne sont pas en âge d'être scolarisé (*Graphique 2*). L'âge de la scolarisation réglementaire au Niger se situe entre 7-8 ans [5]. 40 patients (29%) poursuivent leur scolarisation et 6 autres (4, 3%) ont été réinscrits. La scolarisation est donc maintenue pour plus de la moitié des patients en âge scolaire. Le corps enseignant à Niamey, dans sa grande majorité, a reçu une formation sur les handicaps en milieu scolaire dans le cadre de la politique de l'éducation inclusive. Certains élèves arrivent même en consultation parce que l'enseignant l'a suggéré aux parents. Ainsi, comme énoncé par Madsen LP pour l'enfant souffrant d'épilepsie [6], la scolarisation normale d'un enfant ou d'un adolescent sujet à des crises d'épilepsie et présentant un trouble de comportement est aussi possible lorsqu'un suivi médical est mis en place.

16 patients, soit 11% de l'effectif, ont abandonné l'école et 20 autres (19%) n'y ont jamais accédé. Cette interruption du cursus scolaire se situe à plus de 3 ans avant la première consultation en pédopsychiatrie et les patients non scolarisés ont un âge avancé qui ne permet plus leur retour à un système éducatif normal. Pour arriver à de telles catastrophes plusieurs raisons sont retrouvées :

- une hyper protection parentale : les parents pensent que "cet objet là ne peut plus fréquenter un groupe" et décident de le garder à la maison comme pour cacher une honte au regard des manifestations cliniques de la pathologie;
- un complexe d'infériorité apparaissant chez élève devenu un sujet qui trébuche de façon imprévisible et qui n'a plus de camarades de classe ;
- un mauvais rendement scolaire lié à l'absentéisme répété en rapport avec les moments de crises ou à une inadap-tation scolaire du fait de l'émergence des troubles du comportement.



Graphique 3 : 44% des épileptiques sont des aînés de leur mère.

D'une façon générale, les campagnes de sensibilisation à l'endroit des populations et les formations continues des enseignants font qu'il n'y a pas ou qu'il y a peu de rejet des épileptiques du système scolaire au Niger contrairement aux vécus des malades de l'épilepsie dans le nord-ouest de la République Centrafricaine rapporté par Bernet-Bernady P. et al [7].

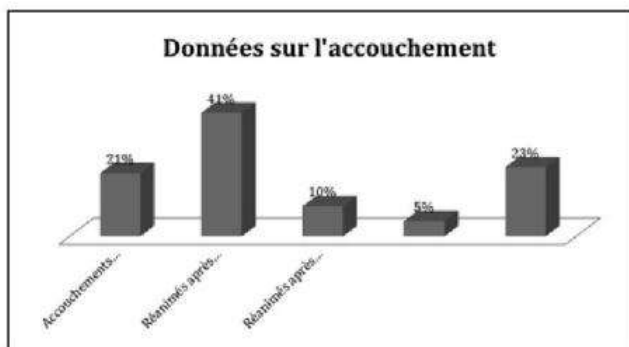
Les crises d'épilepsie apparaissent chez les sujets quelque soit leur rang dans la structure familiale (*Graphique 3*).

Toutefois on note une prédominance chez les aînés qui n'est nullement liée au rôle du fatum mais probablement influencée par des défaillances psychologiques et sociales.

Les défaillances psychologiques se traduisent par une absence d'enseignement sur la naissance du bébé chez les primipares (tout ce qui a trait au sexe étant tabou); un abandon des mères par les conjoints soit par refus de la paternité soit par les principes sacro-saints, observés dans certains milieux Africain, qui veulent que la femme retourne chez ses parents au dernier trimestre de sa 1^{ère} grossesse. Il en résulte une absence de préparation psychique au travail de l'accouchement pouvant favoriser l'installation d'une dystocie parfois responsable des épilepsies suite à des séquelles d'encéphalopathie hypoxique ou de traumatisme obstétricale.

Au niveau social, le premier né dans certaines familles est confié à la grand-mère, à la vieille tante, parce que cette dernière n'a personne d'autre pour rester avec elle ou parce que cet aîné est un enfant illégitime ou un enfant issu d'un premier lit. Ces enfants, loin de leurs parents, vivant dans des conditions affectives carencées, sont mal soignés lors des affections fébriles et sont plus exposés aux convulsions fébriles. Il est établi que le risque de survenue de crises d'épilepsie est plus élevé chez les enfants sujets à des convulsions fébriles [8].

Chez 23% de nos patients l'accouchement n'est pas documenté (*Graphique 4*) parce qu'il s'agit d'accouchement à



Graphique 4 :

23% des patients sont nés à domicile (accouchements non documentés).

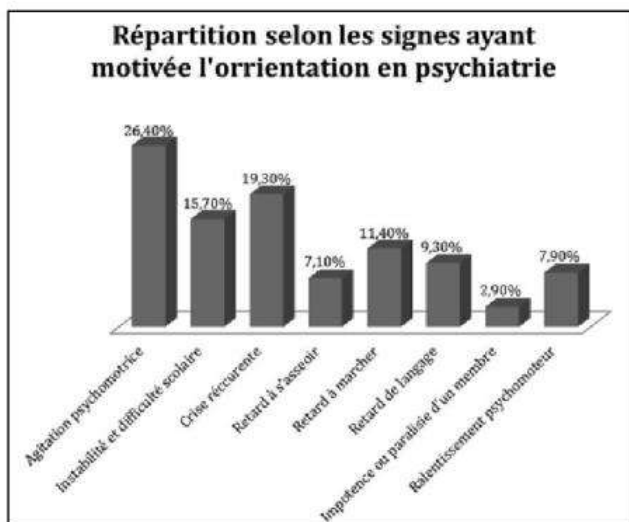
51% des patients, nés dans des centres médicaux, ont été réanimés après la naissance.

domicile dont les conditions sont difficiles à rapportées et elles n'offrent aucun avantage à la mère et à l'enfant.

Les naissances dans les structures sanitaires ne sont cependant pas épargnées de tout risque. 51% du cortège, nés dans un centre médical, ont été réanimés avec un APGAR compris entre 2 et 8 à la première heure. Il est clairement établi qu'un score de Virginia APGAR inférieur à 5 à la 1^{ère} minute et à 7 à la 5^{ème} minute témoigne d'une souffrance néonatale importante [9]. 10% des patients qui ont été réanimés avaient une circulaire du cordon ombilical au cou. 5% des patients bien qu'ayant une circulaire du cordon n'ont pas été réanimés. Nous ne retrouvons aucun cas de sujet né par césarienne. Il ya donc une corrélation entre la qualité de l'accouchement, la souffrance néonatale et les patients souffrant de crises d'épilepsie orientés en pédopsychiatrie.

Les symptômes qui ont motivé la consultation en pédopsychiatrie de ces malades sont de deux ordres (*Graphique 5*) :

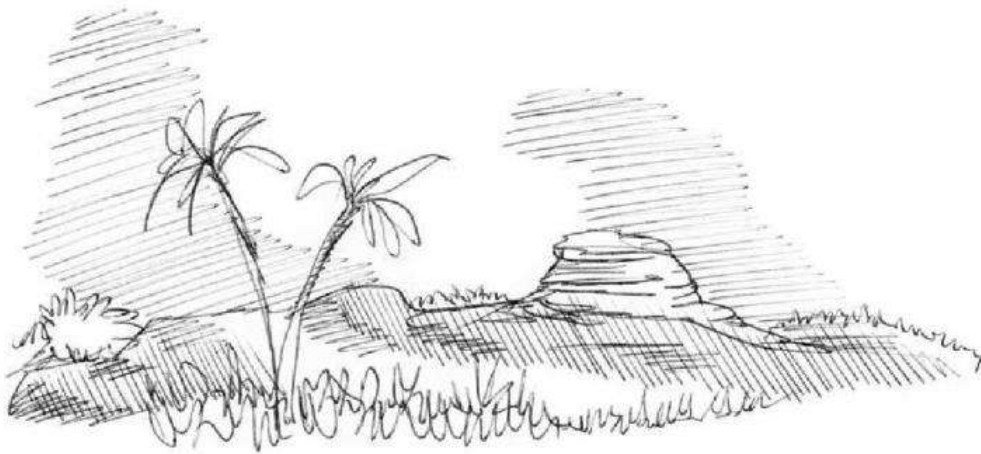
- les symptômes évoquant une crise d'épilepsie classique observés chez 27 patients (19,30%). Il s'agit des crises



Graphique 5 : 80,70% des patients ont été orientés en psychiatrie pour un trouble psychomoteur.

tonico-cloniques, des absences, récurrentes ou rebelles malgré le traitement. En effet, il a été constaté chez certains malades des doses thérapeutiques en cours insuffisantes parce que ceux-ci ont gardé pendant des années la toute première posologie prescrite de phénobarbital ; chez d'autres le phénobarbital utilisé à dose adéquate ne donne plus une réponse efficace (phénomène d'échappement). L'ajustement de la dose thérapeutique du phénobarbital en fonction du poids ou l'introduction de la carbamazépine d'abord en bithérapie (moitié dose phénobarbital et moitié dose carbamazépine) ensuite en monothérapie (carbamazépine uniquement après arrêt du phénobarbital en 2 à 3 semaines) a donné de bons résultats.

- les symptômes qui constituent des troubles psychomoteurs (80,70%) à type d'agitation psychomotrice, d'instabilité et de difficulté scolaire, de retard à s'asseoir à marcher ou à s'exprimer, d'impotence fonctionnelle voire de paralysie, de ralentissement psychomoteur. L'instabilité (15,70%) et l'inhibition psychomotrice (7,90%) sont quasiment couplées, chez les patients en activité scolaire, à une difficulté d'apprentissage. Les crises épileptiques mêmes épisodiques sont responsables des troubles du comportement mais aussi d'altération des processus cognitifs comme suggéré par Kasteleijn-Nolst T et al [10]. Face à la vulnérabilité pour les apprentissages il est demandé à l'enseignant d'apporter un soutien pédagogique à ces élèves et conseillé aux parents d'aider les enfants dans les devoirs de maison et au mieux de faire recours au service d'un répétiteur. Les retards à la position assise (7,10%) et à la marche (11,40%), évoqués par les parents, dénotent beaucoup plus d'un phénomène régressif se traduisant par une perte de confiance des malades en eux-mêmes, face aux chutes à répétitions dont ils sont l'objet, pour prétendre adapter une posture assise ou orthostatique. La stabilisation des crises d'épilepsies, la prescription de la kinésithérapie, l'usage de couffin (ou de carton rembourré de chiffons ou d'oreillers) et le recours aux activités ludiques avec d'autres patients permettent de créer une motivation et de redonner une confiance vers une démarche d'autonomisation. Le retard de langage (9,30%) est le résultat de la vie en cocon de certains malades. En effet, pour "protéger" l'enfant qui a des crises d'épilepsie des chutes et des moqueries, certaines mères n'hésitent pas à le porter constamment à califourchon et / ou à lui empêcher de jouer avec ses pairs. Ce retard de langage se manifeste ainsi chez des patients peu exposés à des situations d'échange et de communication verbale. Les conseils prodigués aux mères et les prises en charge de groupe, loin des crises, contribuent à amender la symptomatologie. L'impotence fonctionnelle ou la paralysie d'un membre retrouvée chez 4 patients (2,9%) a beaucoup plus répondu au profil clinique et évolutif du syndrome hémiconvulsion-hémiplégie-épilepsie de l'enfant [11]. L'utilisation de la carbamazépine avec des séances de kinésithérapie a donné des résultats satisfaisants.



Conclusion

Les épilepsies infanto-juvéniles sont responsables de troubles critiques qui motivent des consultations pédopsychiatriques. Les patients, dans leur majorité, sont de sexes masculins et âgés de moins de 7 ans. Ils sont également des aînés, réanimés après leur naissance et maintenus dans le système éducatif. La carbamazépine demeure le médicament de première intention. La prise en charge globale a permis de stabiliser le déroulement des crises mais aussi d'atténuer la souffrance psychologique des patients et des familles. L'institution psychiatrique est donc pour ces nombreux enfants et adolescents un cadre privilégié pour une intégration psychosociale.

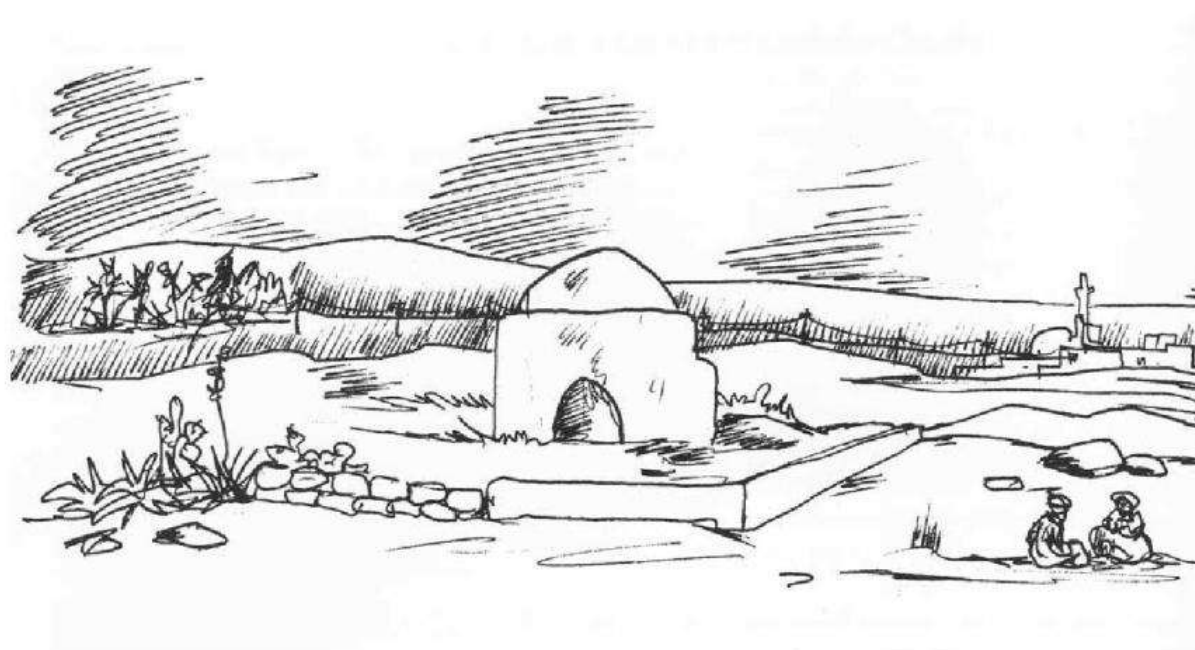
Références

- Dumas M, Preux P M, Sagui E Neurologie dans les pays en développement Med Trop 2009. 69-1
- KAPLAN H. I, SADOCK B. J. Synopsis de psychiatrie: sciences du comportement, psychiatrie clinique. Edition Pradel 2002
- Fanarier G, Moubeka-Mounguenguengui M, Kouna P, Assegone-Zeh Y, Gueye L. Epilepsie dans les pays tropicaux en voie de développement : Etude de quelques indicateurs de santé. Epilepsie 1996 ; 8 :189-213.
- Dangana A. Aspect épidémiologique, clinique et étiologique de l'épilepsie de l'enfant à l'hôpital National de Niamey. Etude rétrospective à propos de 227 cas. Thèse de Doctorat en Médecine
- Nascimento C. La Pédopsychiatrie au Niger. Résultats d'une première expérience : Étude rétrospective réalisée au service de psychiatrie de l'hôpital national de Niamey De Janvier 2008 à Décembre 2009. Revue Psy Cause 2011. 59
- Madsen LP. Danish primary school teachers knowledge about epilepsy in children. Ugeskr Laeger 1996; 158 (14): 1977-80.
- Bernet-Bernady P, Tabo A, Druet-Cabanac M, Poumale F, Ndoma V, Lao H, et al. L'épilepsie et son vécu au nord-ouest de la République Centrafricaine. Méd. Trop 1997;57:407-11.
- Osuntokun B O, Adeuja A O, Nottidge V A. Prevalence of epilepsies in Nigerian Africans : acommunity based study. Epilepsia 1987 ; 28 : 272-9
- Salbreux R. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Vol.2 p761
- Kasteleijn-Nolst T, Bakker D J, Binnie C D. Psychological effects of subclinical EEG discharges in children. I : scholastic skills. Epilepsy Res 1988 ; 2 :111-116.
11. Bourrous M, Lagmiri K, Amine M, Abidi M, Bouskraoui M. Le syndrome hémiconvulsion-hémiplégie-épilepsie de l'enfant. Le journal de pédiatrie et de puériculture 2010 ; 23 : 322 – 327.

Auteure d'Afrique Méditerranéenne

Mme Djaouida Berrahil épouse Benosman est Docteur en psychologie et Maître Assistant au Département de psychologie de l'université de Tlemcen. Elle nous propose un travail de recherche sur l'efficacité des thérapies cognitives dans le traitement de la dépression. Elle utilise les outils d'évaluation de « recherche de l'évidence » qui font consensus en la matière (DSM IV et statistiques). L'intérêt de cet article dans notre revue est le regard critique sur cette approche thérapeutique. Elle écrit : « la pratique des thérapies cognitives montre des réactivités diverses selon les patients ». Son étude montre que les troubles de la personnalité favorisent les rechutes. Autrement dit, la thérapie cognitive améliore les choses au niveau symptomatique sur le moment mais a peu d'impact sur la personnalité sous-jacente. Elle prend soin de dire que cette approche thérapeutique est une parmi d'autres : elle a son utilité mais n'est pas une panacée.

Cet article algérien est un exemple de l'esprit critique et non dogmatique des praticiens de ce Pays, dans la prise en charge de la souffrance mentale.





Djaouida Berrahil
Benosman

Personnalité pathologique et thérapie cognitive : Étude clinique menée sur 6 sujets dépressifs

Résumé : étude clinique visant à mettre en évidence le rôle de la personnalité, à savoir traits et troubles codifiés, dans la prise en charge psychothérapiques (thérapie cognitive) des troubles dépressifs. Ce travail était dirigé par le Docteur Nasra Kouider de l'Université d'Oran.

Mots clefs : personnalité, troubles dépressifs, thérapie cognitive.

Deux grands courants dominent l'abord psychothérapique en matière de dépression : l'approche cognitivo-comportementale d'une part et l'approche psychodynamique d'autre part. Cependant, lorsqu'on analyse la littérature sur les traitements psychothérapiques dans les troubles de l'humeur, force est de constater que le nombre d'études consacrées aux techniques comportementales et cognitives est considérablement plus important que celui des études qui traitent d'autres approches psychothérapiques. Cela s'explique en partie par le fait que les courants de recherche dans ce domaine ont été massivement influencés par les modèles behavioristes et cognitivistes, à l'évidence plus que par le modèle psychanalytique. Cela s'explique par le fait que le souci de quantifier les résultats obtenus a toujours été au cœur de la démarche des comportementalistes, alors que les psychothérapeutes d'inspiration psychodynamique sont pendant longtemps restés réticents à évaluer leurs propres pratiques.

Même si davantage de travaux ont été publiés concernant les psychothérapies cognitives, il s'avère pourtant que la psychothérapie psychodynamique reste le traitement psychothérapique le plus fréquemment proposé aux patients déprimés. Il faut rappeler qu'historiquement, avant même que les techniques psychothérapiques cognitives ne soient introduites, c'est l'approche psychodynamique qui était seule préconisée dans l'abord psychothérapique de la dépression. De nombreuses autres formes de psychothérapies sont proposées aux patients déprimés, telles que les psychothérapies de groupe, l'abord familial, les thérapies utilisant des techniques corporelles, etc. Certaines de ces techniques

ont donné lieu à des travaux visant à évaluer leurs efficacité dans cette indication.

Les thérapies cognitives fondées par Ellis et Beck dans les années 1960 s'appliquent aujourd'hui à de nombreux domaines pathologiques tels les troubles anxieux, dépressifs ou les troubles des conduites alimentaires. Ces thérapies brèves postulent que les comportements pathologiques se maintiennent du fait de croyances, et de pensées erronées. La modification du style de pensées contribue à résoudre ces problèmes. Cependant, la pratique des thérapies cognitives montre des réactivités diverses selon les patients ; d'après Beck (1991), 30 % des sujets présentent peu de changements tandis que d'autres bénéficient de cette approche psychologique. Différents auteurs ont tenté de mettre en évidence des facteurs de prédictivité à cette thérapie. Rosenbaum en 1980 montre que les sujets qui ont un haut niveau d'auto-contrôle sont de meilleurs répondants. Cette estimation est réalisée à partir de l'échelle d'auto-contrôle de Rosenbaum. Rush en 1982 puis Simons en 1986 notent qu'une amélioration des scores aux échelles cliniques de dépression dans les 21 premiers jours de la thérapie prédit une bonne réponse à long terme. Safran et Segal en 1990 objectivent que la qualité de l'alliance thérapeutique entre thérapeute et patient est un facteur primordial. Un questionnaire en huit points construit par les auteurs permet d'évaluer le niveau de collaboration. Un haut niveau de concordance avant la troisième séance de thérapie est prédictif d'une bonne réponse au traitement psychologique. Beutler (1991) montre que les patients qui expriment davantage leur dépression et dont le potentiel de résistance est faible sont de bons répondants à la thérapie cognitive. D'autre part la nature des liens qui paraissent unir troubles de la personnalité et troubles de l'humeur a de tout temps intéressé les chercheurs (1). Des notions clas-

siques de tempérament mélancolique ou de tempérament dépressif, se sont progressivement dégagées les notions de vulnérabilité dépressive puis de modification postdépressive de la personnalité.

Malgré d'importantes difficultés méthodologiques, diverses études ont approché par des travaux empiriques, au cours des vingt dernières années, la fréquence des troubles de la personnalité au cours des états dépressifs (2). L'identification et la prise en charge de ces troubles sont susceptibles d'améliorer la qualité des résultats obtenus par le traitement psychologique ou médicamenteux. De même, la connaissance des principaux facteurs de vulnérabilité dépressive permettrait la mise en œuvre de véritables mesures préventives dans ce domaine.

La problématique de cette recherche est de connaître l'influence et l'impact des traits de la personnalité et la personnalité pathologique sur la réponse à la thérapie cognitive chez le sujet dépressif.

De cette problématique découle les questionnements suivants :

- Est ce que la thérapie cognitive est efficace sur la dépression ?
- Quelle forme clinique de la dépression répond t elle le mieux à la thérapie cognitive ?
- La thérapie cognitive protège t-elle contre les rechutes et améliore t-elle la qualité de la rémission ?
- Les traits de la personnalité influencent-ils la réponse à la thérapie cognitive ?
- L'efficacité de la thérapie cognitive est-elle influencée par la présence d'une personnalité pathologique ?

Intérêt de la recherche

- Faire connaître la thérapie cognitive aux psychologues débutants.
- Rareté d'une bibliographie arabe(la these est présenté en arabe) sur ce sujet surtout sur le coté pratique de la thérapie.
- Cette étude se montre essentiellement pratique s'intéressant à des cas issus de notre milieu culturel.
- Il s'agit d'un guide pratique étape par étape qui permet au thérapeute de suivre l'évolution des cas et d'évaluer l'effet de la thérapie.

Difficultés de la recherche

- Le manque d'assiduité des malades dans la réalisation des tâches assignées.
- Difficultés de compréhension des tâches assignées par certains malades illettrés.
- Refus des psychothérapies de la part des hommes qui semblent avoir une préférence pour le traitement médicamenteux, ce qui renforce leur croyance à l'organicité de la maladie.

Les limites de la recherche

Les cas ont été sélectionnés selon les critères du DSM VI (épisode dépressif majeur et la dysthymie) (3). Ont été exclus de cette recherche les schizophrènes, les pathologies organiques et les autres troubles de l'humeur.

Les cas qui ont accepté la thérapie cognitive et l'intégration à l'étude sont suivis par la consultation psychiatrique du service de psychiatrie du CHU de Tlemcen. Notons que l'étude a commencé avec 15 cas. Six cas ont terminé le programme.

Quelques définitions

- Traits : les traits sont l'extraversion, le nervosisme et le psychotisme selon le questionnaire d'Eysenck.
- Personnalité pathologique : une des personnalités pathologiques selon le DSM IV, lecture révisée.
- Thérapie cognitive : programme thérapeutique élaboré par A.Beck.
- Le déprimé : malade atteint de trouble de l'humeur dysthymique ou de trouble dépressif majeur.

Méthodologie

- L'étude de cas semble être le meilleur moyen dans les études sur les psychothérapies selon J.Doran (4). La rédaction de l'étude de cas s'est faite selon la méthode de Palazzolo (5).
- Les échelles de Beck et de Hamilton ont été utilisées pour l'évaluation de l'évolution de l'état dépressif (avant la thérapie, la 16 ème séance, la 20 ème séance et après 8 mois).(6)
- Pour l'exploitation de la personnalité pathologique, on a utilisé le SCID II et classé par la suite selon les critères du DSM VI.
- Le questionnaire d'Eysenck était utilisé comme outil de recherche des traits de personnalité.(7)

La thérapie

On a utilisé les thérapies cognitives qui visent à modifier les pensées dépressogènes. Elles interviennent à différents niveaux (émotion, comportement, et cognition). Il s'agit d'une thérapie brève qui se déroule en 20 séances, et qui suit plusieurs étapes (8) :

1. diagnostique et analyse fonctionnelle qui se base sur le modèle SECCA (S stimulus. E émotion. C cognition. C comportement. A anticipation) et sur le principe synchrone et diachronique,
2. évaluation (échelle Beck et Hamilton),
3. contrat thérapeutique.

Diagnostic des cas

Melle Z âgée de 50 ans, a présenté dans l'axe 1 troubles dépressifs majeurs F333.



Mosquée à Tlemcen.

Axe 2 personnalité histrionique F604.
 Axe 3 sclérose en plaque.
 Axe 4 décès de son amie et rupture sentimentale.
 Axe 5 EGF 55.

Melle R 23 ans a présenté dans
 Axe 1 trouble dépressif majeur isolé F322.
 Axe 2 personnalité obsessionnelle F605.
 Axe 3 aucun.
 Axe 4 aucun.
 Axe 5 EGF 51

Mme J 40 ans, a présenté dans
 Axe 1 trouble dépressif récurrent F333.
 Axe 2 aucun.
 Axe 3 aucun.
 Axe 4 maladie mentale de son fils.
 Axe 5 EGF 50.

Mme L 37 ans, a présenté dans
 Axe 1 trouble dysthymique F341.
 Axe 2 aucun.
 Axe 3 aucun.
 Axe 4 l'isolement.
 Axe 5 EGF 56.

Mr F 54 ans, a présenté dans
 Axe 1 trouble dysthymique F 341.
 Axe 2 aucun.
 Axe 3 aucun.
 Axe 4 aucun.
 Axe 5 EGF 53.

Mr S 34 ans, a présenté dans
 Axe 1 troubles dépressifs majeurs F333.

Axe 2 personnalité dépressive.
 Axe 3 aucun.
 Axe 4 chômage.
 Axe 5 EGF 51.

Les résultats

Les résultats obtenus dans cette étude se résument comme suit :

1. La thérapie cognitive a permis l'amélioration voir la disparition des signes dépressifs dans les 5 cas (Melle Z, Mme J et L, Mr S et F).
2. Les troubles dysthymiques ont mieux répondu à la thérapie cognitive.
3. La fréquence des rechutes a diminué sous l'effet de la thérapie cognitive. (un cas Mr S a présenté une rechute). Il est recommandé de poursuivre la thérapie au delà de 20 séances.
4. Selon le questionnaire d'Eysenck, la présence de traits de personnalité à type de nervosisme (l'instabilité, l'émotion négative, culpabilité, l'anxiété, manque d'estime de soi) n'a pas été un obstacle à la réussite de la thérapie.
5. L'absence de trouble de personnalité facilite la réussite de la thérapie, par contre la présence d'une personnalité obsessionnelle aurait été un facteur d'échec de la thérapie (Melle R).
6. Les troubles de personnalité favorisent l'apparition des rechutes surtout la personnalité dépressive. (Mr R).
7. Malgré la présence d'une personnalité pathologique à type histrionique, la thérapie a donné de bons résultats (Melle Z, Mme L).

Discussion

Ces études de cas suggèrent quelques remarques méthodologiques avant d'aborder les différents éléments de la discussion.

Les résultats doivent tenir du faible échantillonnage de sujets, en particulier des patients déprimés non répondeurs à la thérapie cognitive qui ne sont qu'au nombre de deux. Par ailleurs nous savons que l'amélioration au décours d'une thérapie n'est pas uniquement liée au cadre thérapeutique spécifique mais que beaucoup de facteurs entrent en jeu (motivation du patient, facteurs d'attentes du patient et du thérapeute, et la qualité de l'alliance thérapeutique).

1. La thérapie cognitive est efficace chez le déprimé

Après les 20 séances, cette thérapie a entraîné une amélioration chez 5 patients déprimés. Une patiente n'a pas répondu et son état s'est aggravé avec l'apparition des signes mélancoliques. Ce qui correspond aux données de la littérature. En effet Beck (1994) a souligné que 30% des cas ne répondent pas à cette thérapie. L'échec est dû à la sévérité de l'épisode dépressif.

2. Toutes les formes cliniques répondent de la même façon à la T.C.

L'étude a montré que les formes cliniques étudiées (dysthymie et trouble dépressif majeur) ne jouent pas une grande influence sur la réponse au T.C, par contre la sévérité d'un épisode dépressif majeur influence négativement la réponse à la thérapie.

3. La T.C. prévient la rechute

Cette thérapie a montré une efficacité dans la prévention des rechutes. En effet, sur 6 cas, seul a rechuté Mr S après 8 mois de stabilisation. Cette rechute peut être expliquée par la présence d'une personnalité dépressive. Ce résultat n'est pas contradictoire avec les données de la littérature où selon (Thase 1992), 32% des patients rechutent.

4. Les traits de la personnalité du dépressif influencent la réponse à la T.C.

L'utilisation du questionnaire d'Eysenck a montré que les 6 cas avaient un trait de personnalité qui est le nervosisme. Ce dernier n'a une influence ni négative, ni positive sur la thérapie. Donc le nervosisme ne constitue pas un critère prédictif à la T.C. (selon cette étude).

5. L'efficacité de la T.C est influencée par la présence d'une personnalité pathologique chez le dépressif

L'utilisation du questionnaire SCID II a montré que 2 cas n'ont pas de troubles de personnalité sur l'axe II.

Deux autres cas ont une personnalité histrionique. Ce qui n'a pas empêché une bonne réponse à la T.C.

On a retenu une personnalité obsessionnelle chez un cas Melle R, qui n'a pas répondu à la T.C. ce résultat est à comparer avec celui de Zerssen (1994) qui a conclu que la personnalité obsessionnelle rend cette thérapie moins efficace, (soit échec ou amélioration partielle).

Le 6^{ème} cas a une personnalité dépressive qui n'a pas empêché une bonne réponse à cette thérapie mais qui a rechuté dans les 8 mois. Il paraît de cette étude que la présence d'une personnalité pathologique de type histrionique

ou l'absence totale de trouble de personnalité n'entravent pas la T.C, par contre d'autres troubles de personnalités ont une influence négative sur la réponse thérapeutique (la personnalité obsessionnelle) et sur la prévention de la rechute (la personnalité dépressive).

Les conclusions tirées de cette étude sont :

- La T.C est efficace dans les troubles dépressifs moyens à légers.
- Elles sont efficaces dans la prévention des rechutes. L'association de thérapie (cognitive, interpersonnelle par exemple) augmentent les chances de la T.C et diminue le risque des rechutes.
- Il faut tenir compte de la personnalité sous-jacente qui pourrait être la cause de la bonne ou de la mauvaise réponse.
- Il en ressort des dernières études qu'aucune psychothérapie n'est efficace seule, et les meilleurs résultats seront obtenus par une psychothérapie qui s'inspirent de différentes écoles psychothérapiques d'où la naissance et l'émergence de la psychothérapie éclectique et intégrative.

Bibliographie

- 1- J.D.Guelfi in Thérèse Lempérière. Les dépressions réactionnelles. Masson 1997. P67.
- 2- D.Pringuey in Thérèse Lempérière. Aspects évolutifs de la dépression. Masson 1996 p76.
- 3- DSM IV American psychiatric DSM.IV-TR. Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux. 4^{ème} édition. Textes révisés. (Washington D.C 2000). Traduction française par Guelfi et al. Masson. 2003.
- 4- J.Doran. La méthode de cas en psychologie clinique et en psychopathologie. Dunod 2001. p21.
- 5- J.Palazzo. Cas cliniques en thérapies comportementales et cognitives. Masson. Paris. 2004.
- 6- J.D.Guelfi. L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie. Editions Médicales Pierre.Fabre. 1997.
- 7- M.Bouvard.. Questionnaire et échelles d'évaluation de la personnalité. Masson. 1999.

Les congrès internationaux de *Psy Cause*

IX^{ème} Congrès international du Mouvement francophone international Psy Cause et de la revue Psy Cause

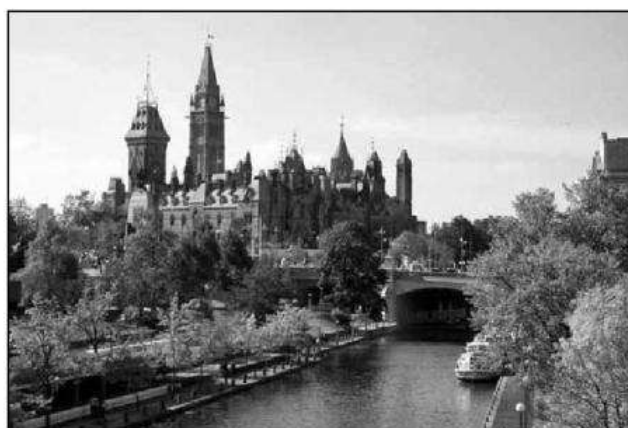
Du 4 au 6 octobre 2013 à Ottawa au Canada
Minorités culturelles et Santé mentale

(Formule séminaire et découverte du Pays, du 2 au 13 octobre 2013)

Le congrès est piloté par le **Professeur Raymond Tempier**, chef du département de psychiatrie de l'hôpital francophone Montfort à Ottawa, et par le **Dr Jean Paul Bossuat**, directeur de la revue *Psy Cause*. Le **Dr Thierry Lavergne**, psychiatre au Centre Hospitalier de Pierrefeu du Var, co-fondateur de la revue *Psy Cause* dont il a été rédacteur en chef de nombreuses années, secrétaire de rédaction à l'Amérique du Nord, participera à l'élaboration de ce congrès et à la constitution d'un groupe *Psy Cause Canada*.

Dans l'Hôpital Montfort, une salle est mise à notre disposition pour le congrès. Le programme scientifique est en cours de construction et sera finalisé fin mars 2013. Le programme scientifique comprend aujourd'hui (1^{er} février 2013) des échanges avec l'équipe de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Montfort, des prises de contact avec des groupes minoritaires Inuits et Amérindiens. N'oublions pas les manifestations de ces derniers qui se déroulent à Ottawa. Nous évoquerons les minorités immigrées d'Afrique du Nord, ou réfugiées du Rwanda et du Burundi. Nous parlerons d'un sujet sensible : celui de la filiation au sein des minorités sexuelles. Le thème des minorités est très actuel : il faisait la trame du discours d'investiture du Président des États Unis d'Amérique, Barak Obama. En sus des communications scientifiques sur les minorités, dans la continuité du congrès de Siem Reap au Cambodge sur le bouddhisme en psychiatrie et dans les psychothérapies, le Pr Raymond Tempier proposera un atelier de « Mindfulness Therapy ».

Le programme de découverte de l'Ontario et du Québec sera orchestré par notre agence partenaire Morgan Tours qui, au fil des années, a fait la preuve de son sérieux et de ses exigences de qualité, auprès de notre réseau. L'actuel programme ne prend pas en compte des rencontres dans



Le Parlement, Ottawa.

le thème du congrès qui pourraient émailler le séminaire/ découverte et qui seront, elles aussi, finalisées fin mars 2013.

Le programme (provisoire) s'établit ainsi le 1^{er} février :

Mercredi 2 octobre 2013 : vol Paris – Montréal – Ottawa.

Jeudi 3 octobre 2013 : visite d'Ottawa, en particulier du Parlement et du Musée canadien des civilisations.

Vendredi 4 et samedi 5 octobre : le congrès d'Ottawa « *Minorités culturelles et Santé mentale* ».

Dimanche 6 octobre : journée champêtre au Moulin de Wakefield avec poursuite sur place des travaux scientifiques sur une demi-journée.

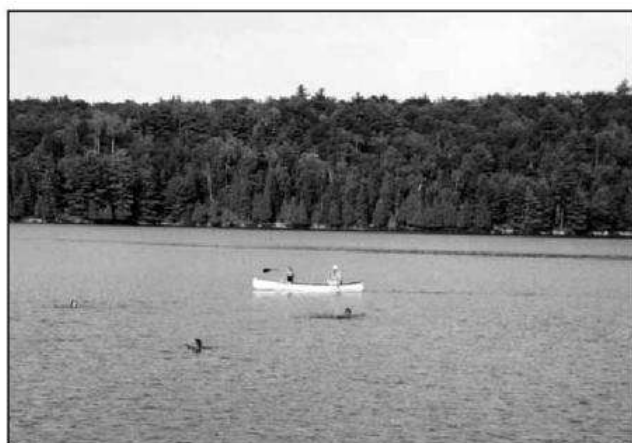
À partir du lundi, se constituent deux groupes : le groupe N°1 avec les chutes du Niagara et le groupe N°2 avec une découverte de l'Outaouais. Cette division en deux groupes se fait pendant trois jours du 6 au 9 octobre.

Groupe N°1 « Niagara » :

- Lundi 7 octobre : visite de la ville de **Kingston** située à la pointe Nord-Est du lac Ontario, qui possède de nombreux bâtiments du 19^e siècle qui rappellent un riche passé colonial britannique. Un autre temps important de la journée : la visite du célèbre vignoble **Inniskillin** avec dégustation du vin de glace. Arrivée à l'hôtel de Niagara Falls avec vue sur les chutes.
- Mardi 8 octobre : croisière à bord du Maid of the Mist **jusqu'au plus près des chutes**. (En option : survol en hélicoptère des chutes). L'après midi : découverte de **Toronto**, capitale de l'Ontario.
- Mercredi 9 octobre : de Toronto à Montréal. Visite de la région d'une grande beauté naturelle pendant l'été indien : **les Mille Îles**. Un déjeuner/croisière fera découvrir le passé historique de magnifiques résidences de vacances. Les retrouvailles avec le groupe N°2 se font dans le Vieux Montréal.

Groupe N°2 « Outaouais » :

- Lundi 7 octobre : visite du **parc Oméga** qui est unique au Québec. Ce parc vous invite à parcourir les 10 kilomètres de route à bord de votre véhicule pour observer les animaux vivant librement dans leur habitat naturel (bisons, wapitis, ours noirs, cerfs de Virginie, orignaux, sangliers et loups, entre autres animaux). Déjeuner au célèbre hôtel **Château Montebello** entièrement construit en rondins de cèdre rouge, et dîner à Duhamel.
- Mardi 8 octobre : journée à Duhamel **au bord d'un lac** avec randonnée pédestre dans la forêt, canotage, au milieu d'un festival de couleurs d'automne. En soirée : observation du ciel nocturne en présence d'un spécialiste en astronomie.
- Mercredi 9 octobre : visite des **Laurentides** avec l'ascension en télécabine panoramique, du Mont Tremblant. (En option : survol en hélicoptère des Laurentides). Le soir, retrouvailles dans le Vieux Montréal avec le groupe N°1.



Jeudi 10 octobre : visite de **Montréal** et le soir, arrivée à Québec.

Vendredi 11 octobre : croisière d'observation des **baleines**. Visite du poste de traite Chauvin, fondé en 1600, qui participe à la naissance de la Nouvelle France.

Samedi 12 octobre : visite de la ville de **Québec** puis retour vers l'aéroport de Montréal. En cours de route, visite du musée de la **communauté huronne** Wendat de Wendake. Se tiendra en ce lieu une rencontre-conférence sur la médecine traditionnelle amérindienne et sur les plantes médicinales.



Québec.

Le prix du séminaire /congrès/voyage se situe dans une fourchette de 3400 à 3600 €. Les inscriptions se font auprès de Morgan Tours : Christiane au 06 15 90 93 15 et Janet au 01 45 42 25 25.

Adresse courriel : ancrages.clutz@gmail.com

Appel à communications : si vous souhaitez communiquer à Ottawa, vous pouvez envoyer votre projet aux Présidents du congrès :

Pr Raymond Tempier : tempraym@yahoo.com

Dr Jean Paul Bossuat : jpbossuat@numericable.fr

Si vous adressez un texte de communication formaté pour être publié dans la revue *Psy Cause*, il doit être communiqué au directeur de la revue en format Word.

Les projets après le congrès d'Ottawa

L'expérience récente montre qu'il est difficile, dans un monde de plus en plus instable, d'affirmer la réalisation effective de projets internationaux. À ce jour, nous avons la programmation d'un congrès francophone annuel Psy Cause pour les deux prochaines années : 2014 et 2015.

En 2014 dans le sud tunisien (Djerba/Zarzis)

Les Présidents des deux associations tunisiennes de psychiatrie, à savoir le Pr Bechir Ben Hadj Ali (Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire, STPHU) et le Pr Rym Ghachem (Société Tunisienne de Psychiatrie, STP), ont écrit le 6 novembre 2012 que les deux Sociétés sont prêtes à collaborer à l'organisation du colloque. Ils suggèrent le thème : « *Changements sociaux et troubles psychiatriques* ». Le peuple tunisien est à l'origine du Printemps arabe et il est important que Psy Cause s'investisse dans cette manifestation scientifique. Nous espérons que la période de transition politique que vit la Tunisie post-révolutionnaire aura cédé la place à un environnement plus stabilisé à l'automne 2014 lorsque se déroulera le Xème Congrès international de Psy Cause.



Zarzis : la Place de la Liberté.

En 2015 en Roumanie

C'est sur le Mékong, lors de la croisière du séminaire-post-congrès au Cambodge en novembre 2012, que germa, au sein du groupe des congressistes, l'idée d'un congrès Psy Cause dans la Roumanie où la langue française occupe une place importante. La Dr Sinziana Veronica Loiso, psychiatre roumaine à Fains Veel, s'est proposée pour piloter, sur le modèle de ce que Psy Cause a fait en Égypte en 2003, une découverte itinérante de la psy roumaine, tout en centrant nos travaux sur un établissement psychiatrique situé au nord de la ville de Iasi, connu pour une orientation sociothérapique et institutionnelle. Le thème de ce XIème Congrès international Psy Cause traiterait du choc civilisationnel lié aux changements culturels, et de sa conséquence par l'émergence de nouvelles pathologies.

La revue Psy Cause, créée lors de l'été 1995 dans un établissement psychiatrique du sud de la France, aura très bientôt 18 ans : l'âge de la majorité. Elle est aujourd'hui très attendue dans 28 Pays de la planète. Cette œuvre est encore fragile. Lors du congrès de Siem Reap au Cambodge, les psychiatres et psychologues d'un Pays hôte encore traumatisé par son passé, nous ont fait confiance pour les aider à asseoir l'identité de leurs références cliniques avec la place de la philosophie bouddhiste dans leur culture. Les Africains se sont très investis dans une revue qui leur permet de publier leurs travaux et leur parole. Au Cameroun, c'est la dynamique générée par l'existence de la revue Psy Cause qui est à l'origine de la création de l'association Psy Cause Cameroun dont le siège est inauguré le 24 février 2013 à Yaoundé. En ce lieu, des Professeurs d'université viennent aider des étudiants à soutenir leur thèse de doctorat.

La tâche accomplie doit être préservée quelque puissent être les difficultés actuelles. La révolution qui en peu d'années a placé Psy Cause au service d'un vaste réseau francophone, ne sera pas sans conséquences « institutionnelles ». Celles-ci seront assumées pour construire ensemble une organisation internationale du réseau Psy Cause en conformité avec ce qui a été bâti et avec les attentes des professionnels de la psy qui, de par le monde, nous font confiance.

Cette attente passe en premier lieu par une parution plus fréquente de la revue Psy Cause qui s'est éloignée de son rythme trimestriel. Ce N°62 est celui du premier trimestre 2013, le N°63 sera celui du second trimestre 2013. Nous avons programmé de publier les travaux du congrès de Siem Reap (Cambodge), dans l'année, c'est à dire au plus tard à la fin de 2013. Juste après notre congrès à Ottawa.

Jean Paul Bossuat

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédactrice en chef

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, Péguy Ndonko, Gérard Pirlot, 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 et Cotonou)

Afrique du Nord : Zahia Kissoum (Avignon)

Amérique du Nord : Thierry Lavergne (Pierrefeu du Var)

■ Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers, France)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Nicole Bousquet (Béziers, France)

Gada Bteich (Beyrouth, Liban)

Yves Chmielewski (Avignon, France)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Valentin Charles Dassa (Lomé, Togo)

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Anne Laure Donskoy (Bristol, Angleterre)

Moridofé Doukouré (Conakry, Guinée)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Jean-Yves Feberey (Pierrefeu du Var)

Olivier Fossard (Avignon, France)

Thierry Fouque (Nîmes, France)

Martine Fournier (Marseille, France)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence, France)

Momar Gueye (Dakar, Sénégal)

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen

(Yaoundé, Cameroun)

Drissa Koné (Abifjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Catherine Lesourd (Martinique)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Myriam Livolant (Luzes, France)

Daniel Malulu (Victoria, Seychelles)

Gilbert Mananga (Kinshasa, Congo)

Claude Miens (Arles, France)

Jean-Pierre Montalti (Montpellier, France)

Youssef Mourtada (Le Mans, France)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Péguy Ndonko (Yaoundé, Cameroun)

Valère Nkelzok (Maroua, Cameroun)

Marc Oeynhausien (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Errol Palandjian (Draguignan, France)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Anne Rivet (Avignon, France)

Claude Aline Rohman (Orléans, France)

Anne Sarrasat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Avignon, France)

Pascal Schindelholz (Lavaur, France)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadmouy (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Mathieu Tognidé (Cotonou, Bénin)

Michel Toussou (Lomé, Togo)

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne, Portugal)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Raymond Videlaïne (Papeete, Polynésie)

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

Didier Bourgeois a dessiné les illustrations originales.

■ Correspondants

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrriq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

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

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Jacques Dubuis (Lyon, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségala (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

■ Membres d'honneur

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Metge (Martigues, France)

Dominique Pringuey (Nice, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

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

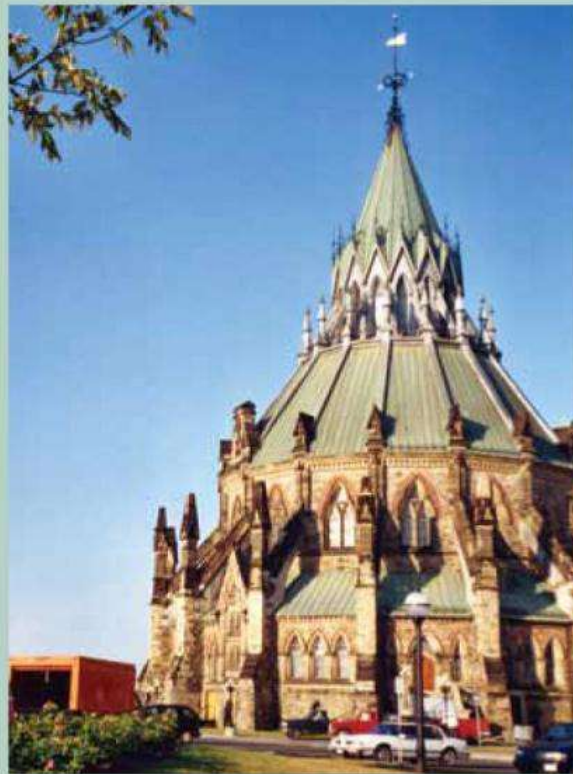
Les photographies ou figures doivent être d'une précision et d'une qualité suffisante pour permettre l'édition. Elles doivent être fournies en version informatique et envoyées par mail, chacune faisant l'objet d'un fichier séparé (format tif, eps ou jpg).

Tableaux

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

Minorités culturelles et Santé mentale

IX^{ème} Congrès international du Mouvement francophone International Psy Cause et de la revue Psy Cause



Ottawa : le Parlement

Du 4 au 6 octobre 2013 à Ottawa
Congrès/séminaire avec découverte de l'Ontario et du Québec
du 2 au 13 octobre 2013

Congrès organisé avec des partenariats canadiens en cours de configuration, dont l'Hôpital Montfort d'Ottawa et la participation de représentants de minorités, sous la Présidence du Pr Raymond Tempier et du Dr Jean Paul Bossuat.

Deux formules sont proposées : un programme congrès + séminaire + découverte, avec le partenariat logistique de Morgan Tours, ou l'inscription au congrès seul.

Inscriptions :

Morgan Tours : courriel : ancrages.clutz@gmail.com et téléphone 06 15 90 93 15 (Christiane) et 01 45 42 25 25 (Janet).

Renseignements auprès du Pr Raymond Tempier (Canada) : courriel : tempraym@yahoo.com

Renseignements également auprès du Dr Jean Paul Bossuat (France) : jpbossuat@numericable.fr

Le montage scientifique sera finalisé en mars 2013.