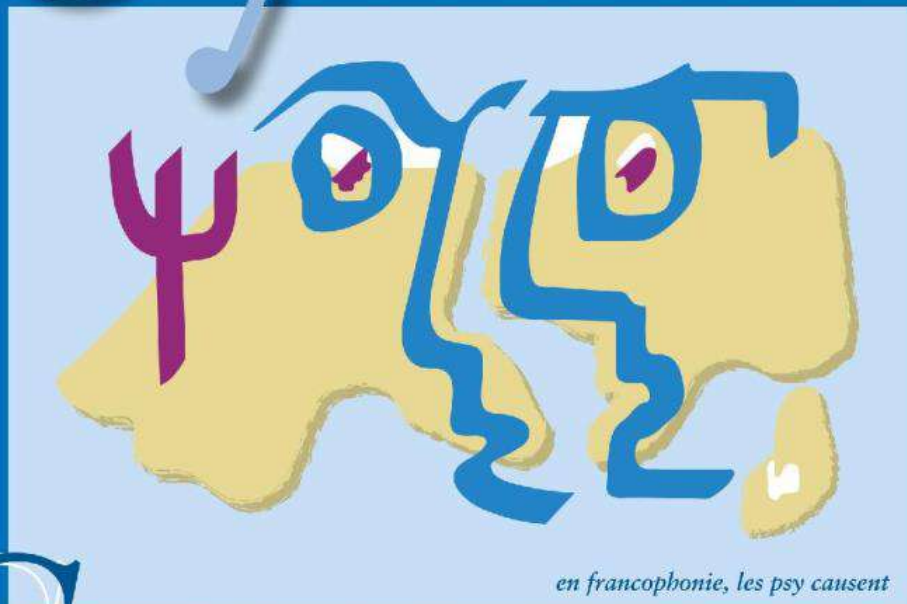


Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Psychothérapie des
cancéreux au Liban
- Société, clinique et
prévention en France
- Regards ivoiriens et
camerounais

Mario Mella
EDITION

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Un accompagnement psychologique au Liban	3
L'état psychique de la personne cancéreuse au Liban Ghada Bteich	4
PsyCause II – Auteurs de France.....	10
Quatre impasses Marie José Pahin	11
Adolescence catatonique : Quand le processus adolescent se heurte à la psychose Aurélie Sapet, Elodie Derckel, Patricia Suter, Marc-Antoine Podlipski	14
Ethique et fausses routes alimentaires en psychiatrie Farid Kardache, Jérôme Laval, Jean François Thiebaut, Jacqueline Mairot, Patrick Boyer, Alexandre Prokopov	21
PsyCause III – Auteurs d'Afrique Subsaharienne	30
Influence des croyances et de l'immigration sur la résistance au déguerpissement chez les habitants des quartiers précaires d'Abidjan (Côte d'Ivoire) Lazare N'da Bazamounana, Konan Simon Kouamé, Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna ³ , Koffi Paulin Konan	31
Performances scolaires des élèves sous psychotropes suivis au service d'hygiène mentale d'Abidjan (Côte d'Ivoire) Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna, Asséman Médard Koua, N'guessan Brou, Loukou Médard Kouamé, Liali Serge Fulgence Guégué, Drissa Koné, Roger Charles Joseph Delafosse	38
Familles entre violence de genre, viol et inceste au Cameroun. Analyse pluridisciplinaire d'un vidéodisque Peguy T. Ndonkou, Hortence Pascaline Mayou	44

Revue trimestrielle

Dr J.-P. Bossuat Centre hospitalier
84143 Montfavet cedex

Site web :

<http://www.psychocause.info>

Prix du numéro : 15 €

Infographie : NHA (Six Fours les Plages)

Imprimeur : Ranchon (Saint-Priest – 69)

ISSN 1245-2394



Les « lendemains retrouvés »

« Les lendemains retrouvés », c'est le nom d'une célèbre collection littéraire de Science Fiction des années 1970/1980. Les impasses de certains futurs interrogent la mise en œuvre de projets passés. La science fiction rend fluide la temporalité et un retour vers le passé peut modifier un présent et reconstruire le futur. Les fantasmes évoqués d'univers rongés par un hiver atomique, par un désastre écologique, par les dérives idéologiques de belles utopies, par des choix technologiques mal maîtrisés, ont fait la richesse de cette collection. Ils sont la traduction des angoisses de la fin du XX^e siècle et de profondes remises en question sont depuis advenues.

L'évolution en 2011/2012 de Psy Cause a été telle qu'une réflexion stratégique de fond quant à la structuration à venir pour poursuivre notre mission internationale, quant à une évaluation des changements décidés le 20 septembre 2012 qui ont ouvert la voie à une organisation associative fédérale, sont devenus incontournables. Psy Cause a changé d'échelle et ne peut plus fonctionner comme avant au risque de se dissoudre et de ne pas honorer les espoirs dont le concept a été porteur. Le 4 octobre 2013, Psy Cause fêtera ses 18 ans à Ottawa. L'âge adulte. Il était donc nécessaire d'inscrire la revue et le mouvement dans un nouveau futur.

Et pour ce faire, de revisiter le passé, de réaffirmer les valeurs fondatrices et de les réintégrer dans notre projet tout en les adaptant au nouveau contexte. En quelque sorte, il s'agit de retrouver des lendemains perdus, de conserver tout son sens à l'élan de Psy Cause (revue et association(s)) de par le monde et dans le même temps de nous donner les outils institutionnels pour qu'il puisse s'épanouir. Dans le compte rendu de l'Assemblée Générale du 18 avril 2013, la secrétaire de séance avait résumé l'essence de l'association en 2013 : « Psy Cause International est gardienne des valeurs portées par la revue issues des deux piliers initiaux : Originalité et Universalité. »

Les turbulences de l'hiver ont décidé du calendrier de l'aggiornamento. Le nouveau Conseil d'Administration du 18 avril est composé aux deux tiers de fondateurs de la revue, certains ayant fait leur retour, et pour un tiers de membres appartenant à d'autres pays de la francophonie. Il conjugue un retour aux origines avec une internationalisation. Cette évolution se retrouve dans la revue dont l'équipe coordinatrice (à savoir le directeur et des deux rédacteurs en chef) est à la fois internationale et pluridisciplinaire puisqu'elle rassemble trois disciplines contribuant à la prise en charge des malades mentaux : la psychiatrie, la psychologie et l'anthropologie. L'internationalisation concerne également les secrétariats de rédaction organisés par zones géographiques. Avec la place nouvelle du Canada, gageons que des évolutions se profilent, en particulier dans le cadre éventuel d'un futur partenariat entre la revue Psy Cause et la revue Santé mentale au Québec.

Rappelons quelques idées lors de la naissance de la revue : la primauté de la clinique sur la théorie, la pluridisciplinarité en psychiatrie avec son corollaire qui est le travail en équipe, la personne au centre du soin et non son découpage en symptômes, le refus du dogmatisme, la valorisation de la créativité, l'intérêt pour la nouveauté même si elle dérange. La revue alliait ainsi le respect de la richesse de la clinique des anciens et l'ouverture à l'invention. Encore des lendemains retrouvés !

Le dynamisme des origines fait retour. Des nouveaux talents sont appelés à s'exprimer. La présentation de la revue est en train de se modifier. Psy Cause, à son entrée dans l'âge adulte devient plus sage avec l'abandon des dessins humoristiques ponctuant le texte des articles. Les illustrations internes aux articles sont sous l'autorité des auteurs. La grande nouveauté est la publication d'œuvres de patients réalisées dans le cadre d'ateliers d'art-thérapie. En noir et blanc pour l'instant, en quadrichromie lorsque les moyens nous le permettront. Notre priorité actuelle est dans la régularité des parutions. Ce numéro, second de l'année, est celui du second trimestre. Une dernière nouveauté est l'entrée, dans le sommaire, d'une nouvelle zone géographique avec un article qui nous vient du Liban.

Le 1^{er} mai 2013
Jean Paul Bossuat

Un accompagnement psychologique au Liban

C'est une première, le Proche Orient s'invite dans Psy Cause. Notre rédactrice libanaise Ghada Bteich est Docteur en psychologie clinique et enseigne à l'université de Beyrouth. L'un de ses centres d'intérêt majeurs porte sur les interactions psyché et soma. Soit dans le sens de l'expression somatique d'une problématique psychologique (elle est l'auteur d'un ouvrage sur l'anorexie mentale des adolescentes), soit dans le sens des répercussions psychologiques d'une pathologie somatique. C'est le thème de son article sur l'accompagnement psychologique des cancéreux.

Le cancer est la pathologie qui interroge le plus sur le sens de la vie. Ghada Bteich écrit : « *En effet, aucune autre maladie ou épidémie même au temps des grandes pestes n'a bouleversé notre vie et perturbé l'élan d'investigation scientifique des savants autant que le cancer. Ces problèmes que l'on croyait résolus dans les pays les plus développés envahissent le monde entier : la souffrance physique, la détresse morale, le désespoir, le pessimisme et la mort au milieu du chemin.* » Le cancer est la métaphore la plus explicite de la mort (annoncée). L'auteur conclut sur une condition d'un accompagnement réussi : « *Le cancéreux ne doit pas être considéré comme une personne pré-morte, inexistante.* »

Ce premier article du Proche Orient traite de la destinée humaine confrontée à l'angoisse de la mort. N'oublions pas que cette aire géographique d'antique civilisation fut la première dans l'histoire de l'humanité à s'exprimer par écrit sur cette question.

Jean Paul Bossuat



Le Champollion dans le port de Beyrouth (1939).



Ghada Bteich

L'état psychique de la personne cancéreuse au Liban

Résumé : toute maladie a une dimension psychologique et la façon dont un patient la vit dépend de la perception du public à son égard. Cet article vise à mentionner jusqu'à quel point l'âge lors de l'atteinte du cancer, et les séquelles d'un cancer influencent la personne, aussi bien que la nécessité de l'accompagnement du malade afin d'aboutir à l'acceptation de sa maladie.

Mots clés : Cancer, malade, accompagnement, acceptation, souffrance.

Summary : each disease has a psychological dimension and the way the patient lives it depends on the public perception towards it. This article's aim is to mention how much the youngest patients are influenced by cancer more than oldest and how much the sequels of the cancer have negative effects that lead to the suffering of the patient as well as the necessity of being accompanied until the patient accept his disease.

Key words : Cancer, patient, accompanied, acceptance, suffering,

Introduction

Le cancer existe fort probablement depuis l'origine de la vie. Il se manifeste déjà comme l'un des événements qui auront marqué l'histoire du monde à la fin de ce siècle. Il tient fortement la médecine en échec. Pour certains, il aurait son origine dans l'histoire individuelle et les caractéristiques psychologiques du sujet. Il fait partie des pathologies d'aujourd'hui, cependant, quelques témoignages attestent que l'on souffre et que l'on meurt du cancer depuis fort longtemps.

Les premières descriptions connues de cancer datent de la haute Antiquité.

Hippocrate (460-370 av. J.-C.) fit des descriptions précises de cancer et utilisa les termes grecs «*carcinos*», «*carcinoma*» pour désigner des ulcérations.

Galien (130-200) utilisa le terme grec «*oncos*» pour désigner une grosseur ou une tumeur d'allure maligne.

Claudine Herzlichet, Janine Pierret, dans «*Maladies d'hier, maladies d'aujourd'hui*», précisent que Galien, médecin grec, a décrit une affection qu'il a appelée Karkinos en

grec, cancer en latin, en raison de sa ressemblance avec le crabe. Elles rapportent quelques définitions de la maladie ; dans l'Oxford English Dictionary, le cancer est « tout ce qui ronge, corrode, corrompt ou consume lentement et secrètement ».

En 1528, pour Thomas Paynell, « un cancer est une tumeur causée par une humeur mélancolique qui ronge les parties du corps ».

Le compte rendu de l'autopsie de Napoléon mentionne les termes de « squirrhe » et de « masse cancéreuse ».

En 1863, Alfred de Vigny meurt d'un cancer gastrique, en 1891, Rimbaud, d'une tumeur osseuse.

Le cancer est la maladie de l'inhibition, du refoulement. Léon Tolstoï, en 1886, fait la relation entre le cancer d'Irean Ilitch et son repliement sur lui-même.

Fritz Zorn, mort en 1976, affirme dans son autobiographie que la maladie dont il est la victime, une tumeur au cou, provient de sa résignation. Il meurt à vouloir être trop conforme : seul moyen pour lui, de se délivrer du mal dont il souffre.

Bien que l'apparition du cancer appartienne au passé lointain, la médecine n'a pas pu encore vaincre cette maladie. En effet, aucune autre maladie ou épidémie même au temps des grandes pestes n'a bouleversé notre vie et perturbé l'élan

d'investigation scientifique des savants autant que le cancer. Ces problèmes que l'on croyait résolus dans les pays les plus développés envahissent le monde entier : la souffrance physique, la détresse morale, le désespoir, le pessimisme et la mort au milieu du chemin.

La situation cancéreuse engendrerait des problèmes relationnels, psychologiques, affectifs, personnels, parfois cachés et parfois exprimés à grand fracas. Le malade tente de se familiariser et d'intégrer ses problèmes à sa propre personne, afin qu'il puisse garder l'unicité de son moi, de son être, et en vue de pouvoir vivre son problème.

L'objectif de notre étude : Comment la personne cancéreuse vit-elle avec sa maladie, au Liban ?

Certes, toutes les personnes ne reçoivent pas le diagnostic « cancer » de la même façon. Le retentissement de la nouvelle sur la personne est dépendant souvent de plusieurs facteurs ; l'âge du malade, la localisation du cancer, l'entourage, le soutien, ces facteurs imprègnent fortement la personnalité du sujet, son comportement et son mode de vie.

- *Plus l'effet du cancer est manifeste, plus la personne a tendance à développer des craintes poussées.*

Dans les tumeurs osseuses, la crainte de mutilation envahit la personne, et est responsable de l'apparition chez le malade de maintes difficultés au niveau de l'acceptation du traitement, et de la dégradation du schéma corporel.

- *Plus la personne est jeune, moins elle a tendance à s'adapter au cancer.*

Chez le nourrisson, les hospitalisations à certains moments privilégiés du développement intellectuel et psychoaffectif risquent de compromettre certaines acquisitions essentielles ; sa totale dépendance vis-à-vis de ses parents rend nécessaire une vigilance toute particulière pour le maintien d'une relation aussi parfaite que possible entre l'équipe soignante les parents et le malade.

Et chez l'adolescent, il est indispensable d'établir une relation particulière, car il déteste être considéré comme un enfant, or il n'est pas encore adulte, mais il vit la période de tous les extrémismes.

- *Plus le malade est accompagné durant sa maladie, plus il a tendance à accéder aux différentes étapes du travail de deuil.*

La personne atteinte de cancer ayant une préoccupation essentielle, « l'ici et le maintenant » en particulier en fin de vie, est coincée entre un futur hypothétique et un passé qu'elle essaie de reconstruire pour expliquer sa maladie. Dans ce cas, on se demande souvent si les modes de soutien, les aides psychologiques, morales, certaines psychothérapies, pourront aider le malade à accepter sa perte, son état, ses derniers instants de vie, et à s'adapter à vivre avec son cancer.

En effet, le cancer touche des personnes de tous les âges et peut apparaître dans n'importe quel tissu ou organe. Il s'accompagne de nombreux troubles physiques, psy-

chiques, affectifs, sociaux, culturels et spirituels.

Effectivement, nous nous intéresserons dans cette étude simple et concise à l'état psychique de quelques cancéreux adultes au Liban, au processus d'acceptation de la maladie, à la vie de ces cancéreux avec leur maladie.

Matériel et méthode

Les méthodes utilisées dans cette étude seront l'étude de cas, l'entretien clinique et l'analyse de contenu.

L'échantillon comprend 5 personnes cancéreuses, 2 femmes célibataires et 3 hommes : l'un célibataire et les 2 autres mariés dont l'âge dépasse 35 ans. Elles sont toutes au courant de leur atteinte du cancer.

Une seule d'entre elles est actuellement, sous traitement et les autres sont actuellement guéries. Nous avons réparti l'échantillon suivant quatre variables : l'âge, le sexe, le type de cancer, l'appartenance à une institution.

Cas 1 : Mlle Lina

Biographie

La patiente est âgée de 42 ans, elle est la cadette d'une fratrie de 9 enfants, dont deux sont des demi-sœurs. Son père est mort il y a 20 ans. Durant son enfance, elle était pensionnaire. La mère était égoïste, sévère, autoritaire. Elle maltraitait ses enfants.

Le niveau socio-économique de la famille est élevé, tous les enfants étaient scolarisés. Les parents avaient une relation conflictuelle. Mlle Lina entreprit des études de mathématiques et travailla dans ce domaine en tant qu'institutrice. Après 8 ans d'enseignement, Mlle Lina passa par une période critique (7 ans avant l'apparition du cancer) qu'elle décrivit comme étant un facteur favorisant la prédisposition de son corps au cancer. Ne pouvant plus supporter la vie au sein familial, elle chercha à occuper tout son temps par le travail. Ainsi elle subit un surmenage : troubles de sommeil, épisodes dépressifs, anorexie, troubles visuels... Elle se confia à un prêtre puis consulta un psychiatre. Elle demeura 3 mois sous traitement, et fut renvoyée de l'école. On l'entendit souvent répéter toute seule : « Je n'aime pas ma mère ». Après quelques mois, Mlle Lina trouva un autre travail dans une autre école.

Histoire de la maladie

À 38 ans, Mlle Lina fut atteinte d'un cancer du sein au stade primaire. À la nouvelle, elle ne fut pas choquée, elle voulut subir l'opération le plus tôt possible. Mais ce qui la toucha, ce sont les traitements chimiothérapiques, qu'elle devait suivre d'une part et l'altération de son image du corps d'autre part. En outre, elle ne supporta point de devenir stérile à un âge si jeune. L'oncologue aida Mlle Lina à s'intégrer à une association de cancéreux. Elle sentit que c'était son territoire, son monde... elle participait aux conférences, aux réunions souvent menées par des psychologues, des psychothérapeutes, des psychiatres, des oncologues...

A 40 ans, Mlle Lina présenta une métastase osseuse. Elle fut déprimée, désespérée. Elle tenta de suivre une psychanalyse, croyant pouvoir ainsi dépasser ses problèmes.

Entretien

La patiente est calme, compréhensive, bien adaptée, sociale, souriante, ne présentant pas de problèmes relationnels. Elle parle facilement de sa maladie et de sa vie. Mais elle extériorise difficilement les contenus en rapport avec ses émotions, sa vie affective, ses sentiments. Elle ne cesse de répéter qu'elle a une représentation négative de l'image maternelle. Elle affirme que les conflits avec sa mère furent en faveur de son atteinte du cancer. En effet, elle était stressée, énervée, en mauvaise humeur.

Analyse

En étudiant en profondeur le cas de Mlle Lina, on remarque que la patiente n'envisage pas seulement une pathologie organique mais présente également des perturbations psychiques. Être battue, rejetée, privée de l'affection maternelle, abandonnée et non appréciée tout au long de son enfance, demeurent des facteurs favorisant l'apparition d'une personnalité fragile et assez sensible. La patiente était rejetée de sa famille en premier lieu et de la société en second lieu, lors de son atteinte du cancer. Ce rejet créa chez elle un sentiment d'impuissance, d'infériorité. Elle se voit inutile, vulnérable. Elle accuse sa mère d'être à l'origine de tous ses problèmes et elle démissionne elle-même de sa responsabilité. Elle postule que l'état de stress imprégnant toute sa vie est la seule cause déclenchant de son cancer. Notons en outre que son appartenance à cette association pour cancéreux fut la seule planche de salut. C'est là qu'elle se sentit être valorisée, appréciée, c'est là qu'elle se rendit compte qu'elle était une personne humaine, digne d'être aimée et acceptée, ayant droit à la liberté, à l'autonomie et capable de gérer elle-même sa propre vie. Et c'est ce qui l'aida à accepter sa maladie plus facilement, à avoir plus de foi, à accepter le soutien et l'aide de l'autre, à s'adapter aux exigences de son nouveau mode de vie, et à renoncer à son passé douloureux.

Cas 2 : Monsieur Tony

Biographie

Le patient est âgé de 60 ans, marié depuis 25 ans, a 2 enfants, une fille et un garçon. La fille étudie l'architecture, le garçon est au chômage et a une personnalité psychopathique (d'après le test de Rorschach). Les parents sont analphabètes et de niveau socio-économique bas. Les conflits conjugaux ont fortement marqué les enfants dès leur petite enfance. Mr. Tony est agressif, se met facilement en colère, il est nerveux, obstiné, pessimiste, a plutôt tendance au retrait social. Il est présomptueux. Il n'est pas en bons termes avec son fils ni avec son épouse. Par contre, il s'entend bien avec sa fille.

Histoire de la maladie

A 55 ans, Mr. Tony fut atteint d'un cancer de l'appareil urinaire : tumeur maligne, métastase ganglionnaire. Il subit une

cystectomie radiale (ablation de la vessie et de la prostate) et on lui mit une vessie iléale (vessie faite d'une partie de l'intestin). Il suivit ensuite des séances de chimiothérapie. Ce n'est qu'après l'apparition des effets secondaires de la chimiothérapie que le sujet se rendit compte de la gravité de son état. Et alors, on lui révéla le diagnostic. L'acuité du choc fut indéniable. Il se révolta, il cogna sa tête contre le mur, il insulta à tort et à travers. Personne n'osa lui adresser la parole. Cette période de colère et de protestation dura environ 2 mois. La vie familiale devint intolérable. Le père fut rejeté par son fils et sa femme alors que sa fille demeura à ses côtés. On a pu déraciner par la suite le mal.

Entretien

Durant l'entretien, le patient est réservé, méfiant, réticent, sur ses gardes. Il est rigide, obstiné. Il accuse son corps de le trahir, d'être vulnérable. Il est toujours triste, anxieux, inquiet, pessimiste. Il dit avoir été choqué par la réaction des membres de sa famille à son égard. Il avoue ne pas pouvoir leur pardonner. Le sujet ne communique que des contenus négatifs à propos de la mort, de la perte, de l'impuissance.

Analyse

Nous voilà face à une personne rigide, méfiante, distraite. Le sujet ne supporte point l'idée d'être malade, fragile, rejeté. Il n'accepte même pas l'aide et le soutien d'autrui. Il présente un état dépressif résiduel. Le comportement de sa famille à son égard incite chez lui le développement de la tristesse, du désespoir, de l'inhibition affective, du pessimisme, de la colère, de l'angoisse... Ceci fut en faveur de son isolement et de sa tendance à éviter les contacts sociaux. Donc, on peut noter dans ce cas que la personnalité du sujet d'une part, la réaction de son entourage d'autre part, exerçaient un impact sur le comportement du malade ainsi que sur son estime de soi, son attitude envers sa maladie. La personnalité du patient semble hermétique à tout soutien moral, à toute tentative d'aide, ce qui a favorisé l'éclosion d'une dépression et l'inacceptation obstinée de son état.

Cas 3 : Mlle Rima

Biographie

Mlle Rima, âgée de 37 ans, fut orpheline à l'âge de 3 ans. Ses parents furent décédés suite à un accident. Son frère et elle furent au pensionnat où ils poursuivirent leurs études scolaires. Elle entreprit des études en comptabilité et travailla dans ce domaine. Dès sa naissance, Mlle Rima présentait un handicap. Sa main gauche était plus petite que sa main droite, presque paralysée. Elle vit actuellement avec son frère.

Histoire de la maladie

À 35 ans, Mlle Rima fut atteinte d'un cancer du sein. On ne put détecter la tumeur dès le début. À la nouvelle, elle fut complètement choquée. Elle criait : « Pas moi, non, ça ne peut pas être vrai ». Elle associait toujours le cancer à

la mort. Les idées de mort envahissaient presque toute sa conscience. Elle avait peur de la mort, de la maladie, de la douleur, de la souffrance. Elle subit l'ablation du sein sans être manifestement influencée par l'altération de son schéma corporel. Après, elle suivit une chimiothérapie. Durant le traitement, des symptômes somatiques tels des nausées, une asthénie, une perte d'appétit, une tristesse, une nervosité surgirent. Elle n'était pas en bons termes avec l'équipe médicale. C'est pourquoi le médecin l'aidera à s'insérer dans une institution pour cancéreux afin de pouvoir s'accepter, accepter sa maladie, s'adapter à sa nouvelle situation. Là, elle connut le repos et le confort. On lui procura un grand support moral et une famille. Elle y trouva la bonté, l'amour, la confiance.

Entretien

Durant l'entretien, Mlle Rima est indifférente, neutre, méfiante, timide. Elle tente de cacher derrière un sourire crispé, la tristesse, la mélancolie, la résignation à son sort. Son discours quoique centré surtout sur sa maladie et les pertes qu'elle entraîne, contient quand même des lueurs d'espoir. En effet, elle désire se marier et fonder une famille. Elle ne nie pas aussi la nécessité d'une aide auprès des patients qui leur permet de reprendre courage.

Analyse

Vivre orpheline, handicapée, pauvre, seule dès l'enfance est une situation en elle-même problématique. Et c'est ce qui a influencé la vie de Mlle Rima : difficultés du contact, problèmes relationnels, refoulement, blocage émotionnel, sentiment d'impuissance et d'infériorité, tous ces facteurs ont contribué à l'émergence d'un cancer. L'accoutumance à une vie marquée par la tristesse, le sentiment d'abandon, la mélancolie, la réaction au cancer ne fut pas violente. La patiente fut indifférente à tous les malheurs, à toutes les douleurs qui se surajoutèrent. En un mot, elle était asthénique, la force de réagir lui manquait. Cependant, son appartenance à l'association lui fut utile. Elle fut aidée par l'équipe qui l'encouragea à supporter le fardeau de sa maladie, à s'éloigner du désespoir, à ne pas se soumettre à la peine, au pessimisme. Ceci mettrait en relief l'importance de l'aide morale, du soutien psychique dans le processus de guérison des malades.

Cas 4 : Monsieur Amin

Biographie

Monsieur Amin, âgé de 40 ans, est l'aîné d'une fratrie de 2 garçons et 2 filles. Une de ses sœurs fut emportée par la leucémie depuis quelques années. Monsieur Amin, célibataire commerçant, vit à la maison avec ses vieux parents et son frère célibataire.

Le niveau socio-économique de la famille est moyen. Le niveau d'instruction des parents est secondaire. Sa deuxième sœur a épousé un américain et vit avec lui à l'étranger. Monsieur Amin est une personne qui a bon cœur, qui aime la vie, l'amour, l'amitié... Durant sa jeunesse, il a été trahi à

2 reprises par ses bien-aimées. En 1998, Monsieur Amin fut fiancé et quelques mois avant le mariage, il tomba malade, ce qui remit en question son projet de convoler.

Histoire de la maladie

A 39 ans, il fut atteint d'un cancer du rectum, il fut choqué au début, il se mit en colère, il tenta de se déféner. Durant la période préopératoire, il rencontra des ex-cancéreux qui l'aiderent à affronter sa maladie, et l'encouragèrent à entamer le traitement. Aussi, le soutien de l'équipe médicale créa-t-il chez lui une esquisse d'ambition, une ébauche de guérison. La chirurgie eut lieu, on enleva le rectum et on pratiqua une colostomie permanente. Puis, il suivit des cycles de chimiothérapie. Pendant le séjour post-opératoire du malade, une infirmière lui apprit comment s'occuper de son colostomie : soins cutanés, mise en place du sac collecteur, retrait du sac... Actuellement, il a achevé son traitement mais il est souvent l'objet de crises de colère, de protestation, de violence.

Entretien

Le sujet est agité, agressif, violent et très sensible. Il pleure durant l'entretien. Il paraît être fortement touché par sa maladie et par la perte de sa fiancée. Il avoue être inutile, faible, sexuellement impuissant et donc anormal.

Ce qui le touche le plus, c'est son incapacité d'avoir une famille, des enfants, une femme... Il est toujours en état de révolte, il n'arrive pas à accepter son sort.

Analyse

Être atteint du cancer, quand on est sur le point de se marier : c'est le comble, car c'est l'échec de tous les rêves, de toutes les ambitions. Tous les projets de l'avenir tombent à l'eau, c'est d'ailleurs le cas de Monsieur Amin. Il dut faire le deuil de l'avenir avant même de le vivre. Ceci ne fut pas facile à assumer. Les efforts que ça lui coûtait étaient pénibles. Il fut accablé par la maladie qui chassa d'un coup de balai son bonheur, son dynamisme. Après avoir été rejeté 2 fois par ses bien-aimées, il le fut aussi par la troisième et ceci à cause de sa maladie. Le sentiment de rejet, d'exil, d'exclusion le rongeaient, la tristesse et la colère imprégnaient sa vie, aussi bien que le sentiment d'infériorité et d'impuissance. Il refusait tout soutien, tout appui moral, il sombra ainsi dans les idées de mort, de pessimisme, sans pouvoir jamais accéder à l'acceptation de son sort. Il extériorisait ses sentiments de pertes, de désespoir à travers sa colère, sa violence, son comportement furieux et agressif. D'habitude, il sera préférable que le sujet consulte un psychiatre pour qu'il puisse l'aider à dépasser cette crise ou bien ceci aboutira à de graves complications et ne favorisera pas le processus de guérison.

Cas 5 : Monsieur Ryad

Biographie

Monsieur Ryad, âgé de 48 ans, marié à 30 ans, a 3 filles et 2 garçons scolarisés actuellement. Il ne présentait aucun pro-

blème de santé dès son enfance. Le niveau socio-économique est moyen. Licencié en littérature Française, il enseigne le français depuis longtemps. Il habite la campagne, son épouse est très aimable et calme. Il n'a pas de problèmes conflictuels conjugaux et la relation parents-enfants est bonne. Il est de nature méfiante, autoritaire, orgueilleuse.

Histoire de la maladie

À l'âge de 47 ans, Monsieur Ryad fut atteint du cancer à la gorge : maladie de Hodgkin. À la nouvelle, Monsieur Ryad perdit son équilibre, ne toléra pas cette éventualité. Sa femme fut déprimée. Alors, Monsieur Ryad, ne voulant pas paraître faible, vulnérable, fragile, renonça à la soumission, à l'échec et affronta la perte et la maladie. Il accepta sa maladie, et entama son traitement sans se plaindre, il tint tête tout seul au cancer. En tout cas, son atteinte ne fut pas grave et il était en voie de guérison en une année.

Entretien

Le sujet est souriant, coopérant, mais méfiant. Il répond aux questions brièvement, et refuse toute idée de faiblesse, de résignation. Il cache derrière son indifférence de fortes émotions et craintes qu'il a refusé de révéler. Il est réservé et attentif. Il affirme que si son atteinte était plus grave, il n'aurait pas pu l'accepter car il ne se sent pas apte à lutter contre les douleurs lancinantes, la mort, le sentiment de perte. Il parla de sa maladie avec aisance essayant de camoufler tout signe de faiblesse, de fatigue et d'angoisse.

Analyse

Notons là que l'attitude compréhensive des membres de la famille de Monsieur Ryad l'aida énormément à dépasser sa crise. En plus, la tumeur bénigne dont il était affligé accéléra le processus de l'acceptation de sa maladie. Pas de craintes d'aliénation ou de mutilations à envisager, pas d'idées de mort et de pertes à craindre. Il fut presque sûr de sa guérison, il n'avait pas à associer sa maladie à la détérioration, à la désintégration et par conséquent à l'exclusion.

Synthèse et Commentaires

Le patient a toujours besoin de l'aide morale, du soutien psychologique, de l'aide familiale, du soin médical, infirmier. Cependant, cette aide n'est pas du tout systématique et n'obéit guère à des lois précises et des conditions jugées valables pour toute la population. L'intervention est relative et dépendante de chaque personne, de chaque cas, de chaque personnalité, de chaque type d'atteinte...

Plus l'effet du cancer est manifeste, plus la personne a tendance à développer des craintes poussées.

Les patients atteints de cancer grave ont vraiment tendance à développer beaucoup de craintes telles la crainte de l'aliénation, de perte de contrôle, de la mutilation.

Le patient redoute l'abandon, le rejet, surtout en début et en fin de maladie, ainsi qu'il redoute la perturbation de l'équilibre psychique assuré par les sentiments d'autonomie, d'utilité et de rayonnement acquis à l'âge adulte. La

crainte de la mutilation envahit aussi le patient ; le cancer est ressenti comme une atteinte importante à l'intégrité du corps : « la peur de mutilations, quelles qu'elles soient repose sur l'amour narcissique que nous avons pour notre corps dans son intégrité ». -Paul Schilder-

La beauté corporelle, l'importance de la séduction, de l'attraction sont les éléments les plus importants dans la vie humaine car séduire, fasciner, c'est se rendre compte essentiellement d'être évalué, considéré, estimé par l'autre, d'être important, valable, d'exister pour l'autre. Chez l'adolescent ou les personnes jeunes, cette croyance est fondamentale, même elle constitue la base du développement et de la formation de leur personnalité.

C'est pourquoi être malade, pour un jeune, entraînerait un sentiment de perte et la nécessité d'accepter de renoncer à certains rêves et projets. Pour une jeune fille, être malade susciterait chez elle le sentiment d'étouffement ou même d'écrasement de tout esprit ambitieux, de tout espoir, dans l'avenir, de tous les rêves et souhaits de rencontrer son prince charmant, de se marier, de fonder une cellule familiale avec lui, d'être mère... Et pour un enfant, la maladie le pousse à la rupture brutale avec son milieu habituel, familial et scolaire, et à la rencontre d'un monde étranger et même hostile, plein de menaces puisqu'il va lui faire subir toute une série d'agressions à un moment où il perd tous ses points de repère habituels.

Donc, être malade tôt c'est souffrir plus car une jeune personne atteinte du cancer trouve plus de difficultés à s'adapter à sa maladie.

En cas de cancer, la guérison n'est pas toujours évidente, c'est pourquoi le malade ne doit pas sentir, dans les derniers instants de vie, qu'il est rejeté, abusé, abandonné et fui par les autres. Quoique sa famille et l'équipe médicale soient bonnes et compréhensives, dans l'esprit du malade, résident beaucoup d'idées presque obsédantes qui le hantent et perturbent sa vie relationnelle intrafamiliale et extrafamiliale.

D'où son besoin d'être soutenu, appuyé par quelqu'un qui le comprend, qui le supporte. En présence d'aide morale, psychologique ou même psychothérapique le malade envisage sa maladie d'une meilleure façon.

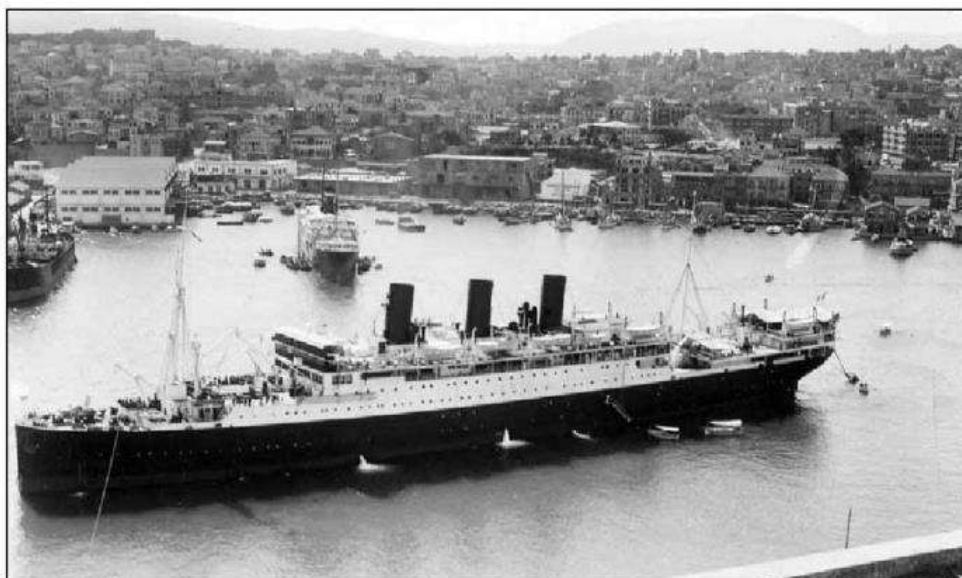
Enfin nous pouvons affirmer que tout cancéreux a besoin de l'aide, du soutien moral, pour pouvoir supporter le fardeau de sa maladie, et pour ne pas affronter des difficultés supplémentaires, qui inhibent le processus thérapeutique au lieu de le compléter, et au lieu d'être en faveur de la guérison. « L'espérance de guérir est déjà la moitié de la guérison » Voltaire.

Cependant, surtout au Liban, on affronte le problème suivant : manque d'orientation des cancéreux, de leur famille, et manque de formation de l'équipe psycho médicale, des associations spécialisées, et surtout quasi-absence du remboursement financier adéquat de la part du ministère de la santé. Et ce manque se retentit sur le psychisme du malade, et n'est pas en faveur de sa guérison. Ceci pourrait le bloquer, l'inhiber, et même le détruire.

Le cancéreux ne doit pas être considéré comme une personne pré-morte, inexistante. Il faut que le patient ne perde pas le respect et la considération des autres même s'il est au bout de sa vie. Et ceci, ne peut être règle, au Liban qu'à travers l'épanouissement de la société, qu'à travers l'orientation surtout des jeunes à travers l'organisation des conférences, des réunions suscitant les gens à s'informer sur le cancer, ses causes, ses préventions, ses traitements et ses effets indésirables, qu'à travers la sensibilisation du ministère de la santé afin d'assurer les frais des traitements nécessaires, et à travers le fait d'assurer un mode de vie adéquat pour toute personne malade invalide.

Références

- 1- POROT Maurice, *Psychologie des maladies*, manuel alphabétique clinique, Masson, Paris, Milan Barcelone Mexico 1989.
- 2-BRUNNER Suddarth, SMELTZER Suzanne, BARE Brenda, *Soins infirmiers en médecine et en chirurgie*, volume 4, De Boeck Université, 3ème édition Française, 1994.
- 3-THORANAL Bernard, BAZIN Denize, MAROUZE Eric, *l'Encyclopédie médicale de la santé*, tome 5, tome 5, éditions PRAT, 34 Rue Truffaut, 75850 Paris Cédex 1995.
- 4-CANTORE R. C., *End a time to live : toward emotional well being furing the crisis of cancer*, Harper et Row, New York 1995.
- 5-Crispah, *Le processus du deuil*, édition Hexagone Roche 1986.
- 6-BROWN H.J., PARASKEVAS S., *Cancer et dépression*, édition E.F.C., 1982.
- 7-FARNAULT G., *Cancérologie, pour une meilleure approche du soin*, soins infirmiers, édition Hospitalière, B.P. 136-94304 Vincennes Cédex, 1995.
- 8-SIMONTON C., MATHEWS-SIMONTON S., *Guérir envers et contre tout*, Epi, Paris 1982 .
- 9-MATHEWS-SIMONTON S., *La Famille, son malade et le cancer*, Epi, Paris 1984.
- 10-ALEXENDER F., *La médecine psychosomatique, ses principes et ses applications*, Payot, Paris 1978.
- 11-VALABREGA J.P., *La Relation thérapeutique malade et médecin*, Flammarion, Paris 1982.
- 12-SALIMPOUR A., *Les Mécanismes de défense*, O.U. Psycho oncologie, psychologie médicale 1990.
- 13-BERGERET J., *Psychologie Pathologique*, Masson, Paris 1993.
- 14-GRACA, M. DORES, M.D., MARILYN E. MILLER, M.D. *New England Journal of Medicine*, volume 337 Number 15, Massachusettes medicale Society 1997.
- 15-DOMART A., BOURNEY J., *Nouveau Larousse Médical*, Librairie Larousse, 17, Rue de Montparpasse 75006 Paris.
- 16-Raven Ronald, *the theory and practice of oncology-historical evolution and present principle*.
- 17- SCHNEIDER Pierre B., *Psychologie médicale*, bibliothèque scientifique, Payot, Paris, 1988.



Le Mariette Pacha dans le port de Beyrouth (1939).

Auteurs de France

Nous ouvrons ce dossier avec un article de notre rédactrice en chef, Marie José Pahin, psychanalyste à Marseille, qui utilise la métaphore des quatre ailes du moulin pour illustrer comment l'outil conceptuel des quatre discours de Jacques Lacan traite le grain à moudre de notre réflexion sur l'individu et sa place dans la civilisation.

Le 25 octobre 2012, la revue Psy Cause et Psy Cause France organisaient au Centre Hospitalier de Montfavet (Avignon), une après-midi scientifique intitulée « Miscellanée Montfavétaine ». L'argument de cette manifestation précisait : « *L'hôpital de Montfavet a une longue histoire. Il redevient un lieu de formation pour les internes de plusieurs disciplines. (...) Psy Cause organise une demi-journée de communications ouverte aux médecins et psychiatres en formation, aux jeunes professionnels.* » L'une de ces communications avait pour thème : « Adolescence catatonique : quand le processus adolescent se heurte à la psychose. » Elle fut présentée par une interne en pédiatrie en stage dans la Fédération des adolescents de l'hôpital de Montfavet : Aurélie Sapet. Cette communication a fait l'objet d'un travail en équipe présenté ici sous la forme d'un article. Marc Antoine Podlipski est un jeune pédopsychiatre qui, en tant que Praticien Hospitalier de cette fédération, a coordonné ce travail. Il est entré en avril 2013 dans notre Comité de Rédaction. Les illustrations de l'article, selon notre nouveau cahier des charges, ne peuvent être qu'à l'initiative des auteurs. Il a donc fait appel à une artiste qui, de surcroît, est cadre de santé de la fédération : Laurie Salomon. Elle expose ainsi certaines de ses œuvres, imprimées hélas en noir et blanc.

Nous espérons qu'un jour prochain notre revue aura les moyens de la quadrichromie, en particulier pour publier correctement les œuvres provenant d'ateliers d'art-thérapie comme ce sera désormais le cas.

Des auteurs du Centre Hospitalier Le Mas Careiron (Uzès), nous proposent un article détaillé sur un travail de prévention mis en place dans l'établissement psychiatrique où les fausses routes alimentaires de patients étaient fréquentes et la cause de plusieurs décès. Leur action a été efficace puisqu'au moment de la finalisation de l'article, en octobre 2012, soit après trois années de mise en place de cette action qualifiée « d'éthique », il n'a plus été constaté d'accident de fausse route ni de décès consécutif. Il s'agissait « *de porter un regard critique sur la façon dont le patient est pris en charge, de s'interroger sur le caractère évitable de cet événement indésirable, et enfin de mettre en place des stratégies d'adaptation simples et pérennes pour lutter contre cet accident.* »



Marie José Pahin

Quatre impasses

Résumé : l'outil conceptuel des quatre discours de Jacques Lacan permet de comprendre en quoi leurs impasses atteignent la problématique individuelle et le malaise dans la civilisation.

Mots clés : discours, impasse, malaise, désir, Lacan, psychanalyse.

Summary : the conceptual tool of the four speeches of Jacques Lacan makes it possible to understand in what their dead ends reach the individual problems and discomfort in the civilisation.

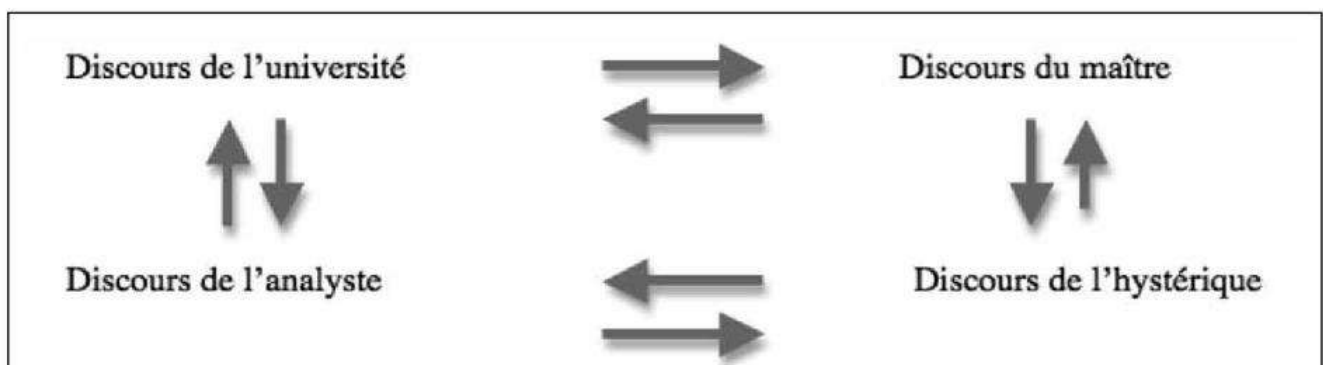
Key words : speech, dead end, discomfort, desire, Lacan, psychoanalysis.

À un certain moment de son enseignement Jacques LACAN utilise un outil conceptuel équivalent à la formalisation de « Quatre discours radicaux »
Ils définissent ce à quoi se réfère un discours, à savoir une « utilisation du langage comme lien » (Encore p32) et se nomment:

- Discours de l'université
- Discours du maître
- Discours de l'hystérique
- Discours de l'analyste

De plus, au-delà de ce qui fait la caractéristique particulière du discours de l'analyste, « il faut dresser l'oreille à l'épreuve de cette vérité qu'il y a de l'émergence du discours analytique à chaque franchissement d'un discours à l'autre ». (Encore p 21)

Lors du colloque du GRP du 26 novembre 2011, j'ai tenu à rendre compte de l'avancée d'une cure à partir d'un cas clinique en utilisant cette notion de franchissement de discours.





Les quatre ailes du moulin. Peinture de Jules Ribeaucourt (1866 - 1932).

Aujourd'hui, je voudrais décrire les impasses que chacun de ces discours réalisent lorsque ce mouvement tournant ne fonctionne plus et se grippe comme une serrure hors d'usage, impasses qui ne seraient pas sans conséquences sur la problématique de chacun et le malaise dans la civilisation. Si l'amour est le signe qu'on change de discours (encore p21), ces impasses seraient-elles du côté de la haine?

Impasse du discours de l'Université

La vérité d'un tout savoir pousserait une bureaucratie envahissante à tenter de mettre au pli la jouissance de l'autre et à produire un sujet asservi, mis au pas, frappé d'une barre plus lourde que celle dont il est déjà affecté de structure.

La souffrance au travail aujourd'hui à travers de multiples restructurations conduit à des malaises ou à des suicides qui essentiellement, ne seraient pas à ramener à des soi-disant fragilités individuelles mais surtout à l'impasse d'un discours, voué à tourner sur lui-même, incapable de pivoter vers un discours de maître et encore moins vers le discours de l'analyste.

Il s'agirait d'un nouveau discours du maître «qui n'a pas la même structure que l'ancien» (Envers p33) et qui serait «un discours du maître pervers» (Envers p212), perversion proche d'une «nouvelle tyrannie du savoir» (Envers p35)? Cette tyrannie nouvelle alimenterait aussi la folie d'une évaluation comptable qui sévit aujourd'hui dans les esprits et les institutions. Elle se compromet souvent avec une application servile des règlements, interdisant toute réflexion sur l'esprit des lois, pour ne produire pas tant des sujets normés que des sujets encore plus désemparés.

Où peut nous mener cette folie réglementaire confinant à l'absurde?

«Rhégélez-vous» souligne J. LACAN (Envers p212) en référence au philosophe Hegel, ce tout savoir à la place de la vérité, ça nous refroidit évidemment. Il rajoute «un tout

savoir à la place de la vérité, c'est très tentant de coller à, on y reste pris» (Envers p213) Comment concilier l'idée d'un savoir absolu avec un mouvement et une direction dialectique du désir sans risquer d'y rester effectivement collé comme à une vérité bétonnée?

Impasse du discours du maître

Elle serait du côté d'une domination, celle-ci peut prendre plusieurs formes.

Dans une certaine utilisation de la philosophie, le discours du Maître pourrait se réduire à ce que Jacques LACAN appelle «une entreprise fascinatorie au bénéfice du Maître» (Envers page 23). Il ne s'agit plus du tout savoir de l'universitaire mais d'un savoir de tout qui s'impose en position dominante dans ce discours. Molière a su faire de ce travers une parodie savoureuse, les Précieuses ridicules, spirituelles hystériques, transforment l'entreprise dominatrice du discours du maître en une comédie légère que le génie de Molière restitue pleinement à une dimension comique dans laquelle se révèle vraiment le ridicule de l'affaire.

Il s'écrit aussi discours du «m'êtré», d'un moi-êtré qui en saurait un bout sur la question de l'être, un «senti-m'êtré» toujours un peu court évidemment même s'il promet, équilibre, harmonie, plénitude.

Citons dans les écrits les termes radicaux qu'utilise J. Lacan en parlant de cette m'êtrise: «noyau donné à la conscience mais opaque à la réflexion qui de la complaisance à la mauvaise foi structure dans le sujet le vécu passionnel.» (Ecrits page 109)

Le discours politique n'utilise-t-il pas malheureusement trop souvent ce savoir totalité dans une perspective uniquement publicitaire et propagandiste à travers laquelle se perd la notion d'un sens à réinventer et d'une direction du désir à trouver? Cela n'amène-t-il pas une certaine perte de sens qui

invalide souvent les tentatives d'élaboration, et décourage les initiatives? D'autre part ce frein mis à une pensée créatrice ne se ressent-il pas aujourd'hui dans les institutions?

N'oublions pas les dérives scientistes qui se posent en argument soi-disant irréfutable alors qu'il ne s'agit que d'une problématique de marché, liée dans certain cas liées à des dérives sectaires.

De plus les nouveaux maîtres du monde ne se confondent-ils pas avec une psychologie du riche évoquée par LACAN dans l'Envers page 94: « Si le riche achète beaucoup, il reste à méditer sur ceci, c'est qu'il ne paye pas, ce veau qui dort debout on voit alors qu'il est d'or- dure »

Ces versions de maîtres s'imposent bien comme envers de la psychanalyse.

Impasse du discours de l'hystérique

Elle peut se mettre sous la rubrique plaintes et revendications, dans lesquelles l'expression paroxystique d'un manque trouve à se dire sous la forme de lamentations éternisées quant à l'impossibilité du rapport sexuel. Elle se rencontre à travers les difficultés conjugales auxquelles peu d'entre-nous échappent lorsqu'un impossible à dire se cristallise en impossible à supporter.

Ces lamentations éternisées visent à reprocher au partenaire de l'amour, à l'enseignant ou au médecin son insuffisance, en cela elles se rapprochent d'une caractéristique névrotique qui concerne une attente symptomatique adressée au père : « *Le père idéal du névrosé, est clairement il se voit un père qui serait le maître de ses désirs ce qui vaudrait autant pour le sujet* » Ecrits page 824.

Cette impasse névrotique d'un père idéalisé ne soutient-elle pas un rêve de perfection et de maîtrise que le sujet entretient en fait pour lui même et qu'il condamne du coup à une insatisfaction chronique?

Pour se soutenir, ce rêve de perfection ne doit-il pas s'appuyer sur des figures de maîtres véritablement incarnés et présents? Que se passe-t'il si ces figures se dérobent?

A ce sujet, une extraordinaire épidémie d'hystérie a atteint ceux qui furent appelés les « possédés de Morzine » de 1857 à 1873 à l'occasion d'un changement de nationalité de l'Italie à la France, à une époque où de plus, le pouvoir religieux perdait sa maîtrise au profit d'un pouvoir médical naissant.

Cette impasse du discours de l'hystérique qui a duré quand même seize ans, montre à quel point le vacillement de la figure d'un père « supposé maître de ses désirs » n'est pas sans conséquence sur la question du sujet.

Impasse du discours de l'analyste

Elle serait du côté d'une folie interprétative qui envahit d'un psychologisme débridé les conversations, les magazines, les commentaires hâtifs. Il ne s'agit plus de prendre en compte un analysant au sens actif du terme mais de passer un analysé qui n'aurait plus qu'à subir des interprétations plus ou moins abusives, à prétention d'efficacité.

Ces débordements interprétatifs dont les significations à tout va ne sèment qu'un peu plus de confusion n'illustrent-ils pas le point où la difficulté à soutenir une praxie risque de se rabattre sur l'exercice d'un pouvoir. (Direction de la cure) L'envahissement de ces interprétations plus ou moins sauvages, fréquentes dans les émissions de télé réalité sont du côté d'une aggravation des effets de suggestion. Elles entretiennent une réponse à une demande supposée du sujet, réponse qui serait un objet significatif parachuté par l'autre. Or l'expérience analytique montre qu'une réponse n'a d'efficacité durable que lorsqu'elle est découverte par le sujet lui-même, à travers le déroulement d'une parole mise au travail dans le cadre d'un transfert.

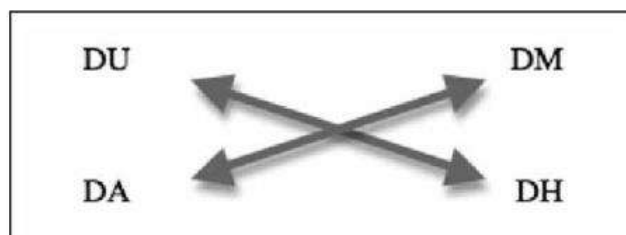
En conclusion

Ces quatre impasses ne se renforcent-elles pas mutuellement?

Une tyrannie bureaucratique (DU) ne déclenche-t-elle pas des plaintes impuissantes à se faire entendre (DH)?

Les passages à l'acte interprétatifs (DA) ne sont-ils pas liés à une velléité de domination (DM)?

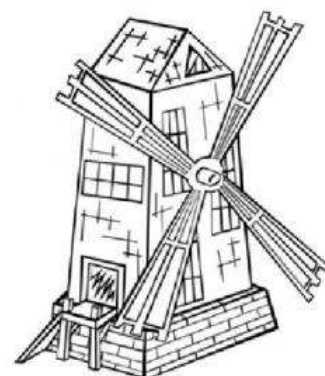
L'impasse du discours de l'universitaire et celle du discours de l'hystérique se renforcent mutuellement, sur l'autre axe l'impasse du discours du maître et celle du discours analytique se renvoient aussi l'une à l'autre.



Ces quatre impasses de discours ne signifient-elles pas simultanément un chemin impraticable et une direction sans issue? Elles renforcent le pouvoir des impossibles déjà repérés par S.FREUD « Gouverner, Eduquer, Psychanalyser » auquel il conviendrait d'ajouter du côté hystérique l'exaspération d'une insatisfaction?

Plus qu'un simple malaise, ces impasses pourraient-elles nous conduire à une rupture de civilisation?

La dimension énigmatique du désir de l'Autre perdrait alors sa fécondité pour se figer en certitudes bétonnées, faisant de la chose freudienne un point de rejet et d'horreur, aggravant la paranoïa déjà constitutive du désir humain. Si une autre voie est possible, elle n'est sûrement pas donnée d'avance, et reste à construire.





Aurélie Sapet



De gauche à droite : Marc Antoine Podipski, Patricia Suter, Élodie Derckel

Adolescence catatonique : Quand le processus adolescent se heurte à la psychose

Auteurs : Aurélie Sapet¹, Elodie Derckel², Patricia Suter²,
Marc-Antoine Podlipski²

Illustrations : Laurie Salomon³

*« Que se passe-t-il dans la tête d'un chat
sinon qu'il engendre l'empreinte
d'un monde qui tourne autour de son mystère ! »
Augustin BARBARA**

Résumé : la catatonie revêt une place singulière dans le champ psychiatrique. Sa présentation spectaculaire, sa nature comportementale et ses conséquences physiques intéressent tout autant le médecin somaticien que le psychiatre. En évoquant l'histoire de Lisa, jeune adolescente souffrant de schizophrénie à début précoce, nous proposerons une lecture psycho-somatique de la décompensation catatonique au cours de laquelle nous la rencontrons ; lecture psycho-somatique au sens le plus réel du terme, issue des échanges entre pédiatre, spécialité d'un des co-auteurs, et pédopsychiatres, spécialités des autres co-auteurs. Ce développement se soutiendra des données actuelles de la littérature concernant ce trouble aussi peu développé qu'il est spectaculaire et discutera la place de la catatonie dans le processus adolescent quand ce dernier se heurte à la psychose.

Mots clés : catatonie juvénile, schizophrénie à début précoce, adolescence

Abstract : the catatonia takes a special place in the psychiatric field. Its spectacular presentation, with its behavioral and physical consequences, has interest pediatric and psychiatric. Evoking the story of Lisa, a young girl suffering from early-onset schizophrenia, we propose a psychosomatic reading of the catatonic decompensation during which we meet Lisa. Psychosomatic in the most real sense of the term, following the exchanges between pediatrician and psychiatrist. This development will support the current data in the literature concerning this disorder who are review in this article and will discuss the role of catatonia in the adolescent process including when the last it collides with the psychosis.

Keys words : Catatonia, early-onset schizophrenia, adolescence

1. Interne de Pédiatrie

2. Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre

3. Cadre de santé

Fédération des adolescents - Centre Hospitalier de Montfavet

Auteur correspondant : mapodlipski@yahoo.fr – Marc-Antoine Podlipski 226 chemin de la martelle 84140 Montfavet

* Catalogue d'exposition - Laurie Salomon « Théâtres de verre », Château d'Ardelay, Centre Culturel Les Herbiers (Vendée), Juin 1998.



Oeuvre de Laurie Salomon

Introduction

La question de l'adolescence renvoie à un temps du développement avec ses manifestations biologiques, endocriniennes, cognitives et ses répercussions individuelles, mais également familiales et sociales. Introduite par le phénomène pubertaire (1), elle va se poursuivre par des mouvements de construction, déconstruction et reconstruction (2) afin de laisser entrevoir une sortie, sociale, marquée par une autonomisation se consolidant autour d'identifications stables et suffisamment intériorisées (3).

Ce temps du développement peut survenir chez un enfant au développement plutôt harmonieux, dans la majorité des cas, mais également chez des jeunes aux difficultés développementales. Par ailleurs, à l'adolescence, certains jeunes présentant des troubles dans leur développement vont décompenser des troubles psychiatriques plus systématisés comme c'est le cas pour près d'un tiers des jeunes adolescents souffrant de schizophrénie à début précoce. L'objet de cet article est, à partir du cas de Lisa que nous avons présenté lors d'une soirée organisée par la revue *PsyCause*³, d'aborder la question de la schizophrénie à début précoce à partir du regard singulier que notre formation de pédiatre éclaire d'une approche atypique dans un univers de psychiatres. Le cas de cette patiente présentant un trouble psychotique à l'adolescence avec une catatonie associée,

permettra d'aborder la place nosographique à l'adolescence de la catatonie dans ses dimensions organiques et en évoquant le sens qu'elle peut prendre à travers une lecture psychopathologique du processus adolescent.

Lisa

Lisa est une adolescente de 14 ans, aînée d'une fratrie de deux enfants, d'une mère dont la sœur présente un trouble bipolaire mal stabilisé et d'un père ruraliste sans trouble psychiatrique avancé. Diagnostiquée dyspraxique visuo-spatiale en 2007, Lisa a été suivie en Centre Médico-Psychopédagogique (CMPP) de 2008 à 2011 jusqu'à une première hospitalisation dans notre service pour adolescents devant une décompensation psychotique aigue associant un délire de persécution avec des hallucinations acoustico-verbales et un repli autistique brutal.

L'intensité des troubles et leur précocité a conduit à des prescriptions d'examens complémentaires d'usage pour un premier épisode qui ont révélé à l'imagerie par résonance magnétique cérébrale (I.R.M.), une micro-zone lacunaire kystique d'origine indéterminée latéralisée à gauche en projection de la capsule interne des noyaux gris centraux. Six mois plus tard, après qu'une rescolarisation en classe de quatrième ait été impossible et que l'étayage en hôpital de jour pour adolescent ait été important, Lisa a été réhospitalisée devant une dégradation de la symptomatologie négative à type de négligence, refus alimentaire et comportement de régression nécessitant des soins de nursing par sa mère

3. Soirée organisée par la revue *PsyCause*, *Miscellanée Montfavetaine*, 25/10/2012, C.H. de Montfavet

(toilette, habillement...). Après une hospitalisation de deux mois, la patiente a pu sortir d'hospitalisation et reprendre sa prise en charge en hôpital de jour.

Il y a deux mois, au cours de cette prise en charge, il a été introduit un traitement anti-psychotique d'action prolongée qui n'a pas empêché une troisième hospitalisation devant un tableau associant un négativisme, une ambitendance et un ralentissement psychomoteur massif. Associé à ce tableau catatonique, un amaigrissement de 15 kilogrammes qui a amené à une surveillance clinique intensive.

Données de la littérature

Un syndrome historique

Après avoir pour la première fois été décrit par en 1553 par Philip Barrough au sujet d'un patient stuporeux (4), c'est dans la deuxième partie du XIX^{ème} siècle que Karl Kahlbaum va définir la catatonie en tant que « maladie cérébrale qui affecte un cours cyclique, variable, dans lequel les symptômes psychiques ont l'aspect de la mélancolie, de la manie, de la stupeur, de la confusion et, enfin, de la démence, l'une ou l'autre de ces phases pouvant faire défaut. Cette affection comporte comme manifestations essentielles, à côté des symptômes psychiques, des phénomènes du système nerveux moteur ». Ainsi dès sa description princeps (5) sont posés les points qui supporteront recherches et controverses concernant ce trouble :

- trouble comme **maladie à part entière** versus trouble comme **syndrome-sous catégorie** de maladie tel qu'Emil Kraepelin a pu rapidement le concevoir engageant la catatonie dans un registre non-autonome admis par beaucoup jusqu'aux années 1990 (6) ;
- le **caractère transnosographique du trouble** au sein même de la clinique psychiatrique mais débordant également sur un registre neurologique et somatique.

Une sémiologie caractéristique

Sémiologiquement, le syndrome catatonique va être décrit par Henri Ey comme un syndrome psychomoteur caractérisé par une perte d'initiative motrice, un certain degré de tension musculaire ou de catalepsie. On retrouve également des phénomènes parakinétiques tels un maniérisme, un pathétisme, des stéréotypies et des impulsions. La catatonie, pour reprendre les termes du célèbre psychiatre de Bonneval, est essentiellement un état de stupeur avec un négativisme qui va s'exprimer par des conduites de refus telles un mutisme, une opposition, un blocage ou encore un refus alimentaire (7).

Paradoxalement, l'existence d'une suggestibilité est classiquement décrite associant conduites de passivité et d'obéissance automatique (échomimie, échopraxie, écholalie...).

Catatonie chez l'enfant et l'adolescent

En France, les travaux de David Cohen (8,9) ont permis d'éclaircir la question de la catatonie juvénile, sujet peu développé y compris dans la littérature internationale (10).

En 2006, il faisait état sur les cinq dernières années de trois séries de relevé systématique de cas :

- Thakur en 2003 qui rapportait 11 cas de catatonie chez des enfants âgés entre 10 et 16 ans et hospitalisés en pédiatrie (11);
- Wing et Shah qui, en 2000, rapportait 30 patients présentant un diagnostic d'autisme et qui, entre 10 et 19 ans, ont présenté des traits catatoniques (12);
- Cohen, qui, en 2005, décrivait une série prospective de 30 patients catatoniques (9).

Dans une étude plus ancienne publiée en 1992 au sujet de la schizophrénie infantile (8), les auteurs rapportaient des symptômes catatoniques chez plus d'un tiers des 38 jeunes patients diagnostiqués schizophrènes.

Concernant le syndrome catatonique chez l'enfant et l'adolescent, les signes sémiologiques et les troubles comorbides sont similaires à ceux décrits chez l'adulte. Cependant les troubles psychiatriques qui y sont associés diffèrent quelque peu du fait de la représentation des troubles du spectre autistique.

La schizophrénie reste toutefois le diagnostic le plus fréquemment associé. Ainsi, dans la série publiée par Cohen en 2005, la stupeur et le début brutal du syndrome étaient présents chez tous les cas de catatonie associée à un trouble de l'humeur tandis que ces deux symptômes étaient moins constants chez les adolescents schizophrènes. A l'inverse, tout en n'étant pas pathognomonique de cette association, les jeunes schizophrènes catatoniques présentaient plus fréquemment des mouvements compulsifs automatiques et des stéréotypies (13).

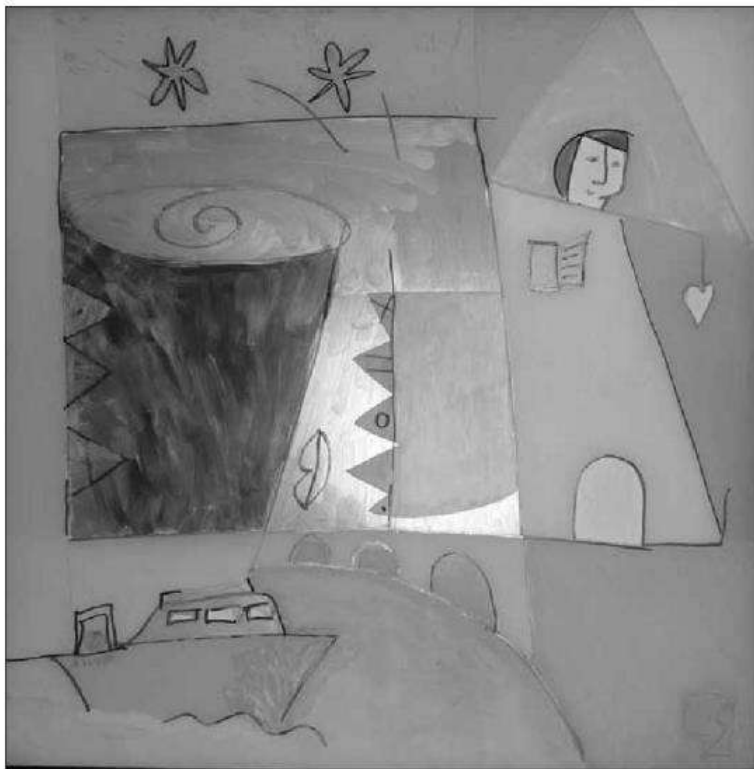
Discussion clinique

Approche pédiatrique

Le syndrome catatonique est un syndrome que l'on peut retrouver dans plusieurs pathologies dites somatiques (14). Ainsi parmi les étiologies organiques à éliminer par des investigations complémentaires, on retrouve des troubles neurologiques comme les encéphalites, les tumeurs cérébrales de localisations fronto-temporales, l'épilepsie ou encore certains accidents vasculaires cérébraux.

Pour Lisa qui bénéficiait d'un traitement antipsychotique, une attention particulière a été portée afin de dépister un éventuel syndrome malin des neuroleptiques. Cette piste a été rapidement éliminée, ne retrouvant pas les symptômes caractéristiques de ce trouble qui associe une hyperthermie, des troubles du tonus musculaire avec rigidité extrapyramidale, une dysrégulation du système nerveux autonome, une altération de la conscience et une perturbation du bilan biologique associant élévation de la créatine phosphokinase et hyperleucocytose (15).

A côté des préoccupations somatiques visant à dépister une étiologie organique au syndrome catatonique, notre approche pédiatrique a visée à prendre en charge les conséquences et répercussions sur la santé physique de notre patiente comme la déshydratation et la dénutrition.



Oeuvre de Laurie Salomon

Approche pédopsychiatrique

Sur le plan nosographique, la schizophrénie à début précoce est une affection concernant les adolescents avant l'âge de 18 ans tandis que la schizophrénie à début très précoce concerne les adolescents avant l'âge de 13 ans (16). Touchant un peu moins de 1 % de la population générale, la schizophrénie est une affection chronique dont 20 % des sujets décompensent avant l'âge de 19 ans.

Bonnot et al. propose schématiquement **trois formes de schizophrénie à début précoce** : celles apparaissant *chez un sujet au fonctionnement prémorbide peu ou pas altéré*, celles évolutives d'un trouble du spectre autistique et les formes, plus minoritaires, dites organiques ou à forte suspicion d'organicité (17).

Dans la première forme, la plus proche sur un plan symptomatologique de celle décrite chez les adultes, le début insidieux et à caractère égodystonique, l'absence de trouble du contact et d'étrangeté sont des symptômes peu présents à l'adolescence et qui viennent compliquer le diagnostic.

Dans la littérature (18), ce que nous retrouvons chez Lisa, la précocité des troubles est associée à une plus grande fréquence d'antécédents développementaux et à une installation insidieuse, et non à début brutal, des troubles.

Outre des anomalies développementales minimales telles que des troubles de l'attention, du langage ou encore des altérations cognitives non caractéristiques (19), les jeunes patients schizophrènes présentent un développement psychomoteur marqué par des troubles de latéralisation et de la coordination motrice (20). Atteignant préférentiellement les garçons et avec une charge héréditaire importante, la schizophrénie à début précoce est associée à un pronostic

évolutif plus péjoratif en terme de sévérité de la maladie et associe une symptomatologie négative plus marquée, caractérisée par des symptômes prémorbides plus fréquents que dans les formes adultes à début brusque.

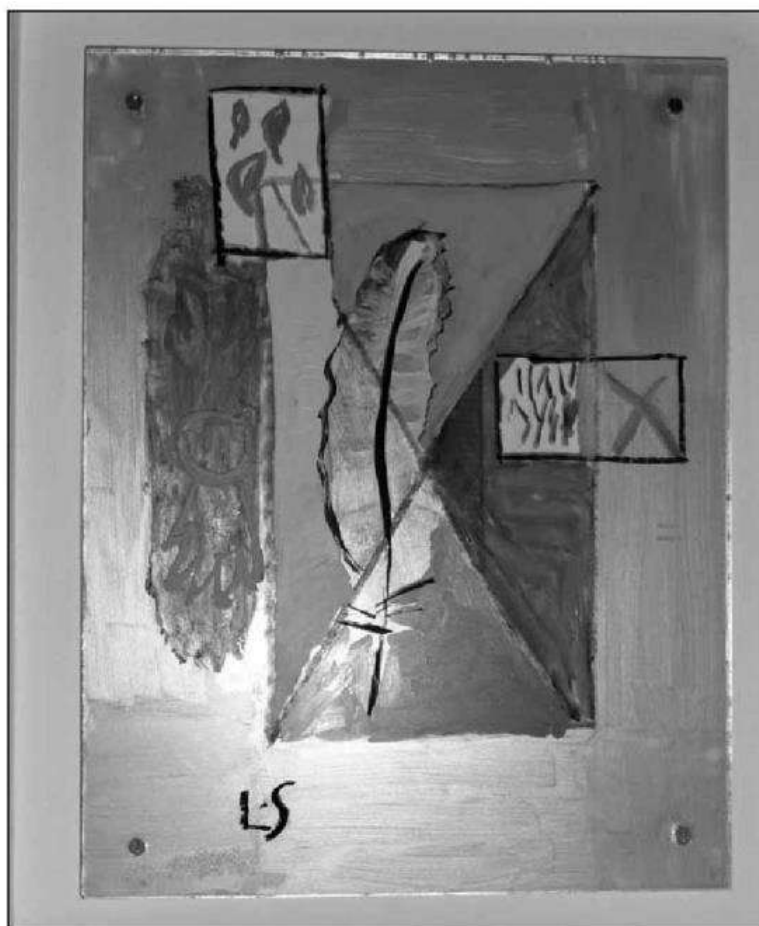
Approche psychodynamique

Double empreinte

Adolescence et psychose vont venir s'entrechoquer l'une l'autre dans une impression réciproque, *en double empreinte*. La psychose en s'installant insidieusement va venir questionner le processus adolescent par certains aspects qui lui sont propres : question identitaire, processus d'autonomisation, vécu de passivité devant la puberté et débordement des aménagements notamment sous la forme de dépendances diverses et variées classiquement transitoires à cet âge (21).

En miroir, le vécu de déréalisation, certaines formes de syndrome amotivationnel, le sentiment d'étrangeté ou encore l'infiltration d'un imaginaire riche reliquat du développement pré-pubère, sont des manifestations observées chez certains adolescents dans le cadre d'un développement normal. Cependant ces manifestations peuvent venir, chez l'adolescent schizophrène, s'agréger aux symptômes psychotiques précoces, les rendant alors extrêmement envahissants et plus résistants aux traitements. En les exacerbant, elles deviennent source d'une angoisse débordant les processus adaptatifs et défensifs de l'adolescent.

Chez Lisa, cette accès de sidération catatonique peut ainsi se lire comme une forme de débordement pulsionnel désorganisé avec une forte tonalité anxieuse l'inhibant sur un plan psychique et moteur ; Désorganisation d'autant plus



Oeuvre de Laurie Salomon

angoissante chez cette jeune fille de 14 ans qui présente des aménagements dans la construction de sa personnalité, entravée par des difficultés instrumentales (dyspraxie visuo-spatiale).

(dé)(re)construction

Jean-Claude Matot évoque le processus de déconstruction à l'adolescence des identités parentales et le jeu de reconstruction d'identités notamment à partir des relations de pairs. Ce processus va s'opérer et animer, en partie, le mouvement d'autonomisation au sortir de l'adolescence (2). La question de la sortie du processus adolescent, essentiellement sociale (3), est fréquemment posée par la famille de Lisa. Sous la forme d'une angoisse très lourdement portée, elle est immédiatement transmise aux soignants dans un mouvement de confiance.

S'exprime alors l'ambivalence des parents de Lisa partager entre :

- d'une part, une forme de pensée magique accompagnant un déni à envisager les troubles de leur fille uniquement sur les impossibles qu'ils se représentent à son sujet
- d'autre part, une acceptation de la maladie de leur fille et l'angoisse de tous parents, notamment d'enfants porteurs de handicap lourd, du devenir de leur enfant au-delà de leurs propres décès.

Cette position ambivalente entre une, parfois trop lourde, résignation pessimiste et une pensée magique porteuse

d'illusions en impasse n'est pas sans évoquer une oscillation entre la position dépressive voire mélancolique et la position maniaque telle que décrite chez le petit enfant par Mélanie Klein (22). Observés chez ces parents qui adoptent un fonctionnement de couple très clivé, *ces mouvements « maniaco-dépressifs »* aux sources kleinienne du terme sont également retrouvées chez Lisa dans un sens plus kraepelinien (23), son humeur fluctuant entre tristesse et gaieté; affects souvent immotivés en apparence mais dont l'objet semble se révéler à l'aune des propres mouvements parentaux.

Perspectives thérapeutiques

La prise en charge en hôpital de semaine

Lisa a été hospitalisée à plusieurs reprises en peu de temps. L'enjeu de la prise en charge à moyen terme chez cette jeune patiente nous semble devoir se décliner en plusieurs axes.

Le premier axe dans la suite de l'hospitalisation à temps complet qu'il lui a été proposée est celui du traitement d'une part de sa pathologie, la schizophrénie à début précoce et d'autre part, des singularités symptomatiques intercurrentes et observées notamment lors de la dernière hospitalisation comme les signes catatoniques.

De manière adossée à la question de l'indication du trai-

tement, la question de l'observance, de l'adhésion individuelle et familiale à ce traitement doit faire partie de notre réflexion à ce stade de la prise en charge. Ainsi, Lisa peut bénéficier d'un traitement anti-psychotique à libération prolongée permettant un confort quotidien pour elle et sa famille, ainsi qu'une meilleure garantie de suivi en terme d'observance thérapeutique. Par ailleurs, devant les signes catatoniques a été prescrit un traitement par lorazepam, benzodiazépine ayant montré une certaine efficacité, pas toujours constante ni durable, sur ces symptômes (24).

Le second axe, plus à distance du premier consiste à accompagner cette patiente dans son processus adolescent qui se trouve, de fait, extrêmement perturbé par la pathologie psychotique de fond, les décompensations multiples et les hospitalisations qui y sont associées.

Relations de pairs, organisation de la pensée et orientation dans le temps et l'espace, autonomisation dans les actes de la vie courante sont autant de domaines impactés par une décompensation psychotique massive quelque soit l'âge.

Nous l'avons vu, à l'adolescence, ces éléments sont également remis en question indépendamment de toute manifestation pathologique. Ainsi il nous a paru intéressant de proposer à cette jeune patiente un accueil sur *plusieurs demi-journées par semaine en hôpital de jour pour adolescents* associant médiations de groupe avec d'autres adolescents, prise en charge individuelle et temps collectifs tels des repas ou des moments d'échange entre jeunes. Adossé à cette prise en charge, un accueil sur *quelques nuitées par semaine dans le cadre de l'hôpital de semaine* permet de travailler avec cette jeune et sa famille autour de *temps de séparation* visant à conforter la patiente dans une autonomie que les troubles parfois très envahissants mettent à rude épreuve.

Enfin, **le dernier axe** est celui d'un accompagnement global que nous avons souhaité réaliser au sein de l'hôpital de jour par commodités pour la famille et qui associe une prise en charge pédopsychiatrique mensuelle, familiale et globale. Sur le plan de la maladie de Lisa, la famille après un premier temps de déni a pu prendre conscience des difficultés et des troubles de leur fille soutenant la démarche d'une reconnaissance du handicap de leur fille, conséquence de ses troubles psychotiques.

Par ailleurs, bien qu'une prise en charge en thérapie familiale ne soit pas encore entendue par cette famille arguant du fait de préserver le frère cadet de Lisa, les entretiens familiaux ont permis de mesurer toute leur souffrance et, en réaction à celle-ci, pointer l'exacerbation de défenses familiales, corollaires aux dégradations cliniques de leur fille. Ainsi, père et mère peuvent évoquer un fonctionnement **extrêmement clivé** entre leurs familles respectives, ne se fréquentant que peu et dans un vécu de contrainte.

Ce fonctionnement, ancien, quand il est souligné en entretien, est soutenu par la nécessité vitale de respecter les

espaces de chacun où une intrusion trop marquée de l'un est vécue comme une intrusion **menaçant l'identité**. Cette question identitaire est exclusivement abordée sur un mode ascendant, l'un et l'autre étant en difficulté pour se positionner dans une dimension parentale propre, ayant engendré et ne pouvant se soutenir que d'aspects caricaturaux et narcissiquement touchés dans leur identité de parent, celle d'être père ou mère d'un enfant malade ; la maladie venant occuper une place majeure et de plus en plus exclusive dans le lien qui les unit notamment à Lisa.

Ces aspects évoqués en entretien sont reconnus comme étrange et atypique par les parents mais balayés dans un **mouvement de dénégarion** vers le registre des particularismes familiaux communs à toutes familles. Le père de Lisa peut décrire, tout comme les soignants qui notent cette proximité, un lien fort avec sa fille, nécessaire pour lui dans sa composante physique et de contact sans qu'une réciprocité dans l'instant soit observée.

Pour autant la froideur et l'apragmatisme de Lisa semble peu porter peine à ce père qui continue de nommer sa fille, son fils et sa femme, de sobriquets issus d'une néo-langue que lui seul comprend. La place de cet homme en tant que père nommant les membres de sa famille par des mots créés de toute pièce pose son incapacité à pouvoir se situer dans une filiation et une lignée familiale. Il y dénie la place de sa femme y compris dans sa contingence d'engendrement et il « confuse » par des sobriquets qu'il auto-engendre.

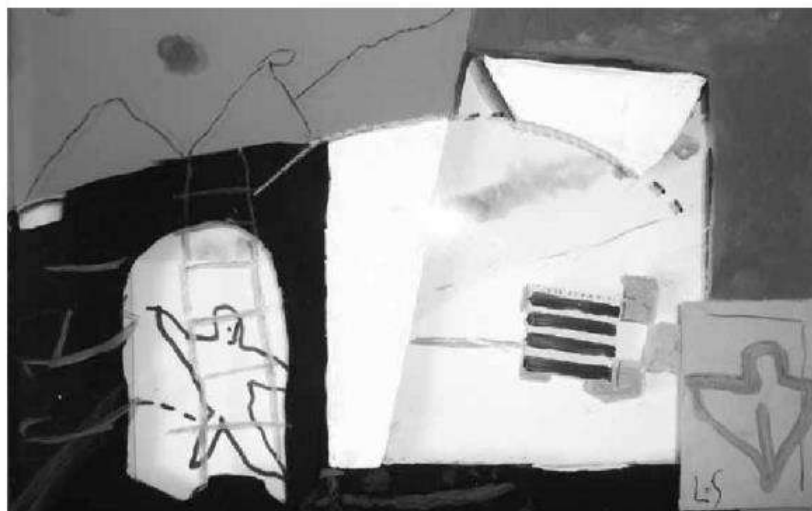
Conclusion

Actuellement de nombreux auteurs tendent à révéler la **fréquence** du syndrome catatonique, tel Fink qui retrouve des symptômes catatoniques chez près de 7 à 15 % de patients hospitalisés en service d'urgence ou en soins généraux (25), ou encore à réaffirmer son caractère transnosographique (26). Pour autant, il s'agit d'un syndrome encore largement sous-diagnostiqué et méconnu. Bien que présent chez les adolescents schizophrènes, il ne doit pas écarter certaines questions psychopathologiques qui trouvent leur expression à travers une stupeur et une pensée semblant figée. La singularité du processus psychotique à l'adolescence, les représentations notamment parentales associées aux troubles mais également à l'adolescence même de leur enfant sont autant de thèmes que nous avons voulu aborder à partir de la situation clinique d'une jeune patiente présentant une schizophrénie à début précoce.

En relatant son histoire, nous avons souhaité participer à la diffusion d'une présentation clinique que nos confrères pédiatres peuvent rencontrer en service de pédiatrie ou encore en service d'accueil des urgences tout en réaffirmant à nos collègues psychiatres l'existence à l'adolescence d'une lecture psychodynamique potentielle de ce trouble qui vient enrichir sa compréhension quand il touche un sujet jeune.

Bibliographie

1. Gutton Ph. Le pubertaire. 1991 Paris : PUF
2. Matot J-P, L'enjeu adolescent, 2012, Paris : PUF, le fil rouge
3. Podlipski M-A, Gerardin P. Les vertes années des maisons des adolescents. Neuropsychiatr Enfance Adolesc, 2011, 59 : 94-98
4. Fink M., Taylor M. A. Catatonia: A clinician's guide to diagnosis and treatment. Cambridge University Press, 2003, 256 pages.
5. Kahlbaum, K. "Die Katatonie oder das Spannungsirresein.", 1874, Verlag August Hirshwald, Berlin.
6. Kraepelin E. Introduction à la clinique psychiatrique. Trad. Fr. Devaux A Merken P. Paris : Vigot ; 1907
7. Ey H., Bernard P., Brisset Ch., Manuel de psychiatrie, Masson, 1960, 1^{ère} édition, Paris
8. Cohen, D., Flament, M., Dubos, P. F., and Basquin, M. The catatonic syndrome in young people. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 1999, 38, 104-106.
9. Cohen D., Nicolas J. D., Flament M., et al. Clinical relevance of chronic catatonic schizophrenia in children and adolescents: Evidence from a prospective naturalistic study. Schizophr. Res. 2005, 76, 301-308.
10. Cohen D. Towards a valid nosography and psychopathology of catatonia in children and adolescents, International Review of Neurobiology, 2006, 72, 131-147
11. Thakur, A., Jagadsen, K., Dutta, S., and Sinha, V. K. Incidence of catatonia in children and adolescents in a pediatric psychiatric clinic. Aust. N. Z. J. Psychiatry, 2003, 37, 200-203.
12. Wing L., Shah A. Catatonia in autistic spectrum disorders. Br. J. Psychiatry, 2000, 176, 357-362
13. Kruger, S., Bagby, R. M., Hozer, J., and al. Factor analysis of the catatonia rating scale and catatonic symptom distribution across four diagnostic groups. Compr. Psychiatry, 2003, 44, 472-482.
14. Khaldi S, Kornreich C. Le syndrome catatonique. Rev Med Brux, 2006, 27, 489-92
15. Fleischhacker W.W., Unterweger B., Kane J.M., et al. The neuroleptic malignant syndrome and its differentiation from lethal catatonia. Acta Psychiatr Scand. 1990 Jan ; 81(1) : 3-5.
16. Remschmidt HE, Schulz E, Martin M, et al. Childhood-onset schizophrenia: history of the concept and recent studies. Schizophr Bull. 1994, 20 (4) : 727
17. Bonnot O, Mazet P. Vulnérabilité aux schizophrénies : Revue de la littérature. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2006 ; 2 : 92-100
18. Jacobsen LK, Rapoport JL. Research update: childhood-onset schizophrenia: implications of clinical and neurobiological research. J Child Psychol Psychiatry. 1998;39(1):101.
19. Hans SL, Marcus J, Nuechterlein KH, et al. Neurobehavioral deficits at adolescence in children at risk for schizophrenia: The Jerusalem Infant Development Study. ArchGenPsychiatry. 1999;56(8):741-8.
20. Rosso IM, Bearden CE, Hollister JM, Gasperoni TL, Sanchez LE, Hadley T, et al. Childhood neuromotor dysfunction in schizophrenia patients and their unaffected siblings: a prospective cohort study. SchizophrBull. 2000;26(2):367-78.
21. Jeammet Ph, Les destins de la dépendance à l'adolescence. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1990 ; 38 (4-5) : 190-9
22. Klein M, « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » (1934), Essais de Psychanalyse, Paris, Payot, 1974, 337-338
23. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Tome 1. Huitième édition. Leipzig : Barth Verlag ; 1909.
24. Northoff G, Wenke J, Demisch L. et al, Catatonia: short-term response to lorazepam and dopaminergic metabolism. Psychopharmacology, November, 1995, 122 (2) 182-186
25. Taylor, M. A., and Fink, M. (2003). Catatonia in psychiatric classification: A home of its own. Am. J. Psychiatry 160, 1233-1241.
26. Fink M., Taylor M.A. Catatonia: subtype or syndrome in DSM? Am J Psychiatry. 2006, 163 (11): 1875-6.



Une oeuvre de Laurie Salomon.



Farid Kardache

Ethique et fausses routes alimentaires en psychiatrie

Auteurs : Farid Kardache¹, Jérôme Laval¹,
Jean François Thiebaut¹, Jacqueline Mairot²,
Patrick Boyer², Alexandre Prokopov³

Résumé : lors de la prise en charge des patients souffrant de pathologies mentales dans notre CH LE MAS CAREIRON, nous nous étions confrontés à des accidents de fausses routes alimentaires, ayant entraînés parfois des décès. Ce constat légitime une réflexion sur les principes éthiques, qui orientent l'action de nos pratiques en psychiatrie.

L'objectif de ce travail est de saisir la manière dont l'activité quotidienne auprès des patients reflète une démarche éthique, de porter un regard critique sur la façon dont le patient est pris en charge, de s'interroger sur le caractère évitable de cet événement indésirable, et enfin mettre en place des stratégies d'adaptation simples et pérennes pour lutter contre cet accident.

Nous avons tenté de comprendre et de chercher les causes et les facteurs intrinsèques et extrinsèques qui favorisaient l'apparition de ces accidents. Pour avoir des réponses objectives à nos questions, nous avons réalisé une recherche et une enquête clinique rétrospective dans six services différents du CH. Une étude clinique de 30 dossiers (de 1997 à 2009) des patients ayant été victimes des fausses routes alimentaires graves a été effectuée.

Les résultats montrent que **70% des patients** sont des **schizophrènes**, **57% de sexe masculin**. **Sept décès** entre 2001 et 2007. La **moyenne d'âge des patients décédés est de 58 ans**. **Quatre décès** dans le service des Cigales (gérontopsychiatrie) entre 2004 et 2007, nous avons noté dans ce service deux décès en 2007. Les patients à haut risque avaient un régime alimentaire normal non adapté dans 85% des cas. La majorité des patients avaient un comportement alimentaire de gloutonnerie. **71% des victimes** avaient déjà fait une fausse route grave. Chaque patient avait au minimum deux neuroleptiques et un anxiolytique (une benzodiazépine).

Ces résultats nous ont permis d'émettre des conclusions et des hypothèses. Grâce à ce travail, des stratégies d'adaptation de soins sont mises en place dans le cadre d'un protocole institutionnel unique de prise en charge des patients à haut risque de fausses routes alimentaires. Nous avons réalisé des rencontres formatives et de sensibilisation pluridisciplinaires, en présence des médecins, cadres de santé de chaque unité, infirmier, aide soignants et diététicienne afin de consolider l'application du protocole de soins. **Trois ans après la mise en place des stratégies nous n'avons pas constaté d'accident de fausses routes et aucun décès à ce jour (octobre 2012).**

Mots-clés : éthique – Troubles de la déglutition- Fausse route- pneumopathie -repas thérapeutique

Summary : during the management of patients with mental pathologies in our HOSPITAL MAS CAREIRON, we were confronted with food choking accident, having trained sometimes entailed death. This report legitimizes a reflection on the ethical principles, that direct the action of our practices in psychiatry.

The objective of this work is to understand how daily activity with patients reflects an ethical approach to cast a critical eye on how on the patient is supported, to tell a glance criticizes on the way the patient is taken care, to wonder about the avoidable character of this adverse event. And finally set up simple and perennial adaptation strategy to fight against this accident.

We tried to understand and to look for causes and for the intrinsic and extrinsic factors that favored the occurrence of these accidents. For objective answers to our questions, we conducted a research and

a retrospective clinical survey in six different départements of the hospital. A clinical study of 30 cases (from 1997 to 2009) patient who have been victims of severe food choking was done.

The results show that 70 % of the patients are schizophrenics, 57 % male. Seven deaths between 2001 and 2007. The average age who died is of 58 years. Four deaths in the service of “ Les Cigales” (gériatric) between 2004 and 2007, we noted in this service two deaths in 2007. The high-risk patient had a normal diet not adapted in 85 % of cases.

The majority of patients had a feeding behavior of gluttony. 71 % of victims had already made a food choking. Each patient had at least two neuroleptic drug and an anxiolytic drug (a benzodiazépine).

These results have allowed us to emit conclusions and hypotheses. Thanks to this work, strategies of adaptation of care are organized within the framework of a single institutional protocol of coverage of patients at high risk of choking food . We made formative meetings multidisciplinary awareness, in the presence of doctors, the health managers of each unit, nurse, nursing auxiliary, and dietitian to strengthen the application of the traitement protocol. Three years after the implementation of the strategies we did not observe accident of choking food and not death to day (in June, 2012).

Key-words: Ethics- Disorders of the gulp- choking food accident - pneumonia Therapeutic meal.

Introduction

L'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé vise à promouvoir la qualité, la sécurité l'efficacité des soins et la prévention des risques d'accidents lors de la prise en charge thérapeutique.

La gestion du risque est un principe d'action politique, une force d'organisation croissante de nos sociétés modernes. En médecine, le risque thérapeutique ou plus exactement le rapport bénéfice/risque guide de façon constante la réflexion du médecin. Ce pilier organisateur de l'action médicale rencontre dans la société des préoccupations grandissantes concernant le risque en général. Cette exigence croissante convoque, bien avant toute réponse spécifique, un principe général, « le devoir de précaution ».

Il paraît donc légitime dans une réflexion sur l'éthique des soins, de se préoccuper des spécificités du risque thérapeutique en psychiatrie en tant que motif propre à l'action soignante. L'éthique est un travail de la raison humaine pour penser et repenser sans cesse les valeurs et les repères de « l'agir », permettant à notre discipline de s'interroger sur ses pratiques et sur la façon dont elle considère la dignité humaine de ses patients, corps et esprit indissociablement liés.

Les fausses routes alimentaires sont fréquentes, elles marquent un effet indésirable grave non négligeable dans notre centre hospitalier de psychiatrie.

Les troubles de la déglutition concernent tout ce qui altère le processus physiologique amenant le contenu buccal à l'œsophage puis à l'estomac tout en assurant la protection des voies respiratoires. Dans le service de gériopsychiatrie, les troubles de la déglutition sont fréquents responsables de plusieurs décès ; les étiologies sont multiples dans cette population, au premier rang desquelles les accidents vasculaires et les démences évoluées [2-4-7-8].

La physiopathologie est complexe et plusieurs classifications sont proposées selon, par exemple, le type de lésions res-

pensables ou le moment de survenue des troubles au cours de la déglutition.

Nous vous proposons dans ce travail, d'aborder dans un premier temps, un rappel sur la physiologie de la déglutition, les causes générales des troubles de la déglutition, et dans un second temps, nous présenterons notre enquête sur les fausses routes alimentaires dans notre CH, et puis les stratégies d'adaptation mises en place après étude clinique pour prévenir et éviter ces accidents.

Pas beaucoup de publications sur cet événement à conséquences lourdes en terme de morbi-mortalité et qui nécessite d'attirer l'attention des équipes multidisciplinaires afin de prévenir ce risque.

Facteurs favorisant les troubles de la déglutition

- Causes iatrogènes : les médicaments sont fréquemment responsables en diminuant :
 - la vigilance perturbant ainsi les réflexes de la déglutition le plus souvent sont mis en cause **les neuroleptiques, les benzodiazépines et les somnifères**.
 - la fonction salivaire [1].
- Mauvaise hygiène buccale, une mauvaise dentition, des prothèses dentaires inadaptées.
- Une perte de l'autonomie avec impossibilité partielle ou totale de tenir sa tête, la position assise ou d'amener les aliments à la bouche.
- Troubles de la vigilance (causes métaboliques ou cérébrales).

Étiologie et population à risque

En plus de la pathologie psychiatrique les patients hospitalisés sont porteurs d'autres pathologies diverses les exposant ainsi au risque non négligeable des fausses routes alimentaires :

- antécédents de traumatismes crâniens [2 – 3]

- accidents vasculaires cérébraux [4-5]
- suites de la chirurgie cancérologique des voies aérodigestives supérieures en particulier les pharyngolaryngectomies partielles (suite à des tentatives de suicides par ingestion des produits caustiques par exemple)
- tumeur cérébrale, malformation congénitale, retard mentaux
- infirmité motrice cérébrale [6]
- sclérose en plaque
- maladie de parkinson [7-8] et autres syndromes extrapyramidaux
- neuropathie dégénérative (toutes les démences)
- troubles du comportement alimentaire chez le psychotique (gloutonnerie).
- Chez le patient cérébrolésé, les trois temps classiques de la préparation alimentaire et de la déglutition peuvent être altérés à des degrés divers [9]. D'autres fonctions très proches sont généralement altérées, notamment la salivation (hypo ou hyper salivation) et l'articulation du langage parlé. Il faut également tenir compte de problèmes associés fréquents, notamment dentaires, qui perturbent la préparation alimentaire. Les troubles de la vigilance, de la compréhension du langage, du comportement (boulimie) sont des facteurs majeurs d'aggravation [10, 11,12]. Un point important est que l'atteinte des mécanismes de protection des voies aériennes va être source de fausses routes, elles mêmes responsables de complications respiratoires (pneumopathie, détresse respiratoire) qui peuvent mettre en jeu la vie du patient [13].

1. Cas particuliers

Le vieillissement de la déglutition chez la personne âgée ; le vieillissement neuronal et vasculaire modifie ou fragilise la fonction de la déglutition ; les phases orale, pharyngée, Oesophagienne peuvent être atteintes avec par conséquent :

- une diminution du flux salivaire [5]; une diminution de la sensibilité oropharyngée [3] retard du déclenchement de la phase réflexe pharyngée.
- une motricité orale moins efficace avec baisse d'efficacité de la mastication, de l'occlusion labiale,
- un réflexe de toux altéré [14].

2. Les situations à risque les plus fréquentes en psychiatrie :

- mauvais état buccodentaire (édentation, chicot dentaire, appareillage inadéquat)
- les médicaments sédatifs (neuroleptiques, anxiolytiques ...)
- bouche sèche
- incapacité de s'alimenter seul
- troubles du comportement alimentaire chez les psychotiques et les autistes (gloutonnerie)
- anxiété et angoisse majeure,
- troubles cognitifs avec désorientation temporo-spatiale (démences évoluées)
- troubles neurologiques : après un accident cérébral cervical, traumatismes crâniens avec troubles moteurs.

Sémiologie et signes d'alerte des troubles de la déglutition

1. Symptômes au cours des repas

- fausse route évidente
- toux (signe le plus fréquent)
- dysphagie, gêne lors de la déglutition, sensation de blocage
- déglutition multiple
- voix modifiée
- bruit de raclement pharyngé visant à l'évacuation des mucosités
- reflux par le nez.

2. Contexte évocateur et/ou conséquences morbides

- antécédent de fausses routes
- pneumopathies d'inhalations
- pneumopathies répétées
- refus alimentaire
- amaigrissement inexpliqué.

Enquête clinique et analytique de la fausse route alimentaire dans les services du CH Mas Careiron

1. Objectifs

Le but de ce travail est de mener une enquête sur la qualité des soins lors de la prise en charge des patients hospitalisés en psychiatrie victimes des fausses routes alimentaires ; en portant une réflexion éthique et un regard critique sur la façon dont le patient est pris en charge et de s'interroger sur le caractère évitable de cet événement indésirable.

La recherche des causes de défaillance lors de la prise en charge doit être collective afin de mettre en place des actions d'amélioration des soins pertinentes c'est-à-dire réalisables, acceptables et pérennes.

2. Méthodologie

La méthode utilisée est rétrospective. Elle utilise la revue des dossiers de morbi-mortalités. Elle étudie la prévalence des patients ayant été victimes d'une fausse route alimentaire du 01 janvier 1997 au 31 janvier 2009 avec analyse des circonstances de survenue dans notre centre hospitalier par un recueil des données cliniques des patients hospitalisés.

Ces éléments ont été collectés par les deux moyens suivants :

- Récupération des fiches de signalement d'événement indésirable envoyés au service qualité.
- Demande faite par courrier directement à tous les médecins de l'établissement avec aide du cadre de santé et des soignants de chaque unité. Une mini grille jointe à la demande afin de compléter et à retourner le nom de l'unité, le nom et prénom des patients victimes des fausses routes.

À partir de ces données une étape de récupération aux archives des dossiers patients victimes de l'accident.

Trois réunions périodiques étaient préétablies, avec un groupe comprenant une équipe multidisciplinaire représenté par le médecin de chaque unité et un médecin généraliste de tous les services, un infirmier et un aide soignant représentant chaque unité à haut risque (Cigales (gérontopsychiatrie), Tamaris (psychotique chronique), Magnanarelle (hôpital de jour) et deux infirmiers représentant les autres services La pinède, Les Abricotiers, Le Mistral, Prime comb qui sont des pavillons d'entrées de psychiatrie adulte de chaque secteur. Etaient aussi présents à ces réunions la diététicienne, et le pharmacien du centre hospitalier.

Une grille comme un questionnaire de recueil des données à partir des dossiers patients est mise en place, une partie renseigne sur le profil clinique du patient (complété par le médecin de l'unité), et une deuxième partie renseigne sur l'organisation des repas et les conditions de la fausse route (complété par un groupe de soignant de chaque unité).

Ce questionnaire comprenant les critères suivants :

- L'identité du patient (initial du nom et prénom)
- Age du patient
- La date d'entrée
- Le diagnostic psychiatrique
- Le motif d'hospitalisation

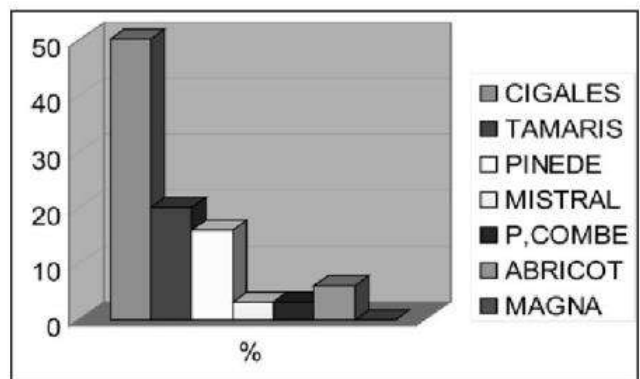
3.Descriptif de la population

Cette enquête s'est déroulée dans le centre hospitalier le MAS Careiron à Uzès à partir des dossiers patients hospitalisés entre janvier 1997 et janvier 2009. Elle a permis de détecter 30 patients victimes de fausses routes alimentaires, ils étaient séparés géographiquement dans des services différents du CH : les Cigales, les Tamaris, la Pinède le Mistral, les Abricotiers et Prime Combe une annexe du Mas Careiron à Fontanes .

4. Résultats

a - Répartition en fonction des services

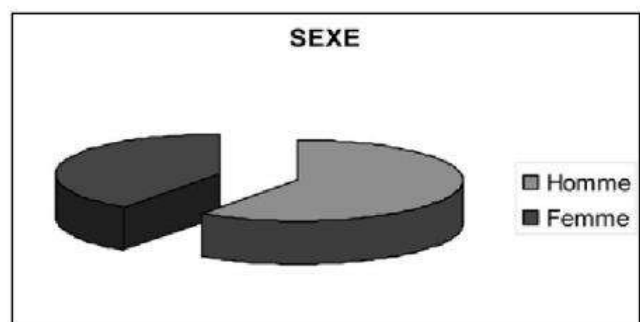
SERVICE	NOMBRE	%
CIGALES	15	50
TAMARIS	6	20
PINEDE	5	16
MISTRAL	1	3
PRIME COMBE	1	3
ABRICOTIERS	2	6
MAGNANARELLE	0	0



Il est important de noter les services à haut risque des fausses routes alimentaires :

- Cigales et tamaris

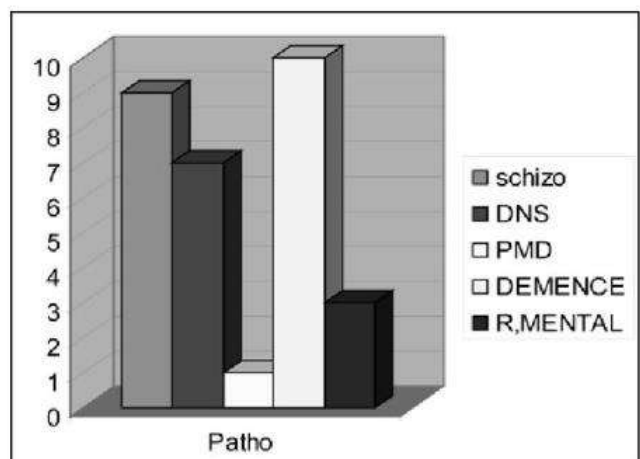
b - Le sexe



Représente 60% hommes, et 40% femmes

c - Les pathologies psychiatriques

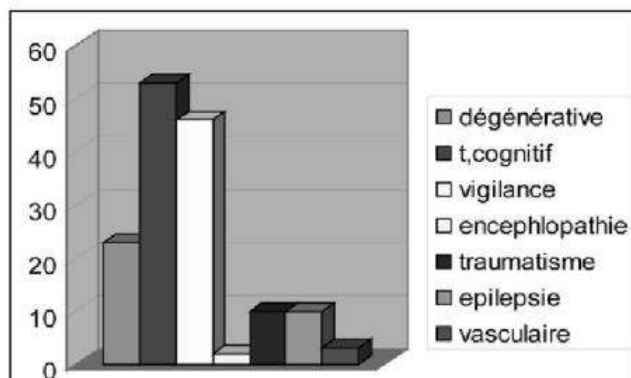
DIAGNOSTIC	NOMBRE DE CAS
Schizophrénie	9 = 30%
délire non schizophrénique (délires paranoïaques, psychose hallucinatoire chronique, les paraphrénies)	7 = 23%
Maladie bipolaire	1
Démences	10 = 33 %
Retard mental	3



Les patients schizophrènes et/ou porteurs d'un syndrome démentiel sont fréquemment victimes des fausses routes alimentaires représentant respectivement 30 et 33 %. Sans négliger les 23% des délirants chroniques non schizophréniques.

d - Les pathologies neurologiques associées

LA PATHOLOGIE/symptômes	EFFECTIF
dégénérative	7 = 23%
Troubles cognitifs	16 = 53%
Troubles de vigilance (sommolence/fatigue)	14 = 46%
Encéphalopathie congénitale	7 = 2%
Post Traumatique	3 = 10%
Epileptique	3 = 10%
Vasculaire	1 = 3%



Les troubles neurologiques sont fréquents en psychiatrie, les plus fréquents et présents lors des fausses routes sont: à 53% les troubles **cognitifs**, à 46% les troubles de la **vigilance** (états de somnolence, fatigue, patients sédatisés).

e - Les pathologies digestives

ANOMALIE	NOMBRE
Sécheresse buccale	09 = 30%
Mauvais état dentaire	12 = 40%
Protrusion de la langue	02 = 6%
Dysphagie	06 = 20%
oesophagite	04 = 13%
Reflux gastro-oesophagien (RGO)	07 = 23%

Noter l'association fréquente entre la fausse route et la sécheresse buccale à 30% des cas et aussi avec le mauvais état dentaire à 40 % des cas.

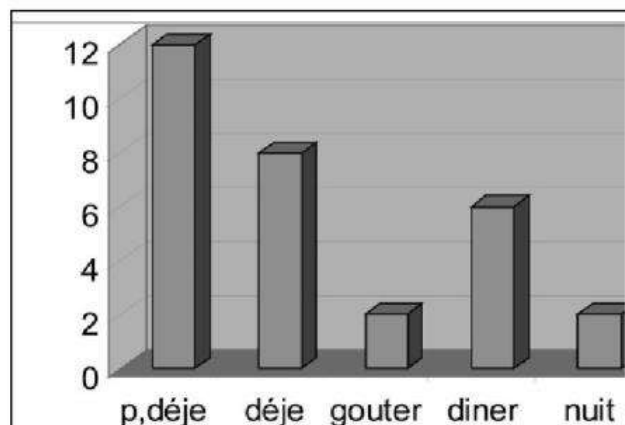
f - Antécédents

FAUSSE ROUTE	14 = 46.66%
PNEUMOPATHIE	14 = 46.66%

Chaque victime a systématiquement fait dans son passé soit une fausse route alimentaire ou bien une pneumopathie.

Heures des accidents

Le risque est plus fréquent le matin lors du petit déjeuner entre 8h30 et 9h00.



g- Les décès

services	Mois/années	Régime ali	Pathologie psy./neurologique	Heure	Age/ Sexe
Cigales	10/2007	normal	schizophrénie	9h30	73/ F
Cigales	05/2005	normal	démence	8h45	67/ H
Cigales	11/2007	mixé	schizophrénie	10h40	74/H
Cigales	11/2004	normal	démence	nuit	53/F
Abricotiers	04/2001	normal	schizophrénie	12h00	47 /H
Pinède	09/2003	normal	schizophrénie	19h00	42 /H
Tamaris	05/2001	normal	schizophrénie	Début de nuit	54 /H

- 07 décès entre 2001 et 2007,
- 70% sont des schizophrènes
- 57% sont des hommes
- La moyenne d'âge des patients décédés est de 58 ans
- 04 décès dans le service Les cigales entre 2004 et 2007, noter deux décès en 2007.
- Le régime alimentaire est normal dans 85% des cas.
- Patients avaient un comportement alimentaire de glotonnerie.
- 71% des victimes avaient déjà une fausse route grave dans leurs antécédents.
- Chaque patient avait au minimum deux neuroleptiques et un anxiolytique (une benzodiazépine)

5. Analyse générale des résultats

Cette recherche clinique et statistique dans nos services de psychiatrie, nous a permis d'avoir une idée avec plus de détails sur les facteurs favorisant l'apparition d'une fausse

route alimentaire, et sur la nécessité d'agir en urgence car les conséquences peuvent être mortelles.

Nous avons bien repéré les services à haut risque de fausse route alimentaire, il s'agit du service de gériopsychiatrie avec 50 % d'accident et 07 décès entre 204 et 2007.

Les services Les Tamaris avec 20 %, et La Pinède 16 % d'accidents.

A noter l'absence d'accident dans le service Les Magnanarrelles (service d'accueil de jour) où il y a mise en pratique des repas thérapeutiques, c'est-à-dire que les soignants partagent les repas avec les patients dans un cadre relationnel. En effet, admettre à leurs tables des patients dont les conduites alimentaires sont parfois très perturbées (Boulimie, comportements inadaptés, délire...) n'a jamais été une tâche facile pour les soignants. Ceux-ci ont toujours considéré ce moment comme un temps de travail à part entière. Ce temps, logiquement dévolu au fait de se ressourcer et de reprendre de l'énergie, est parfois rendu nécessaire par la propension qu'ont certains patients à s'alimenter de façon inadaptée. Il serait alors aisé de penser que l'alimentation correcte des soignés serait un objectif de soin central dans le repas thérapeutique.

On constate que ce mode de prise en charge est efficace, car ce service accueille pour des repas de midi des patients à haut risque, de la gériopsychiatrie et des Tamaris.



Repas thérapeutique au Mas Careiron.

Le sexe : 60 % sont des hommes et 40 % se sont des femmes.

Les pathologies les plus fréquentes associées aux fausses routes alimentaires sont au premier plan, les pathologies démentielles chez la personne âgée dans 33% des cas. En effet des troubles de la déglutition surviennent presque constamment dans l'évolution des démences, qu'elles soient dégénératives ou vasculaires, mais ils sont sous-estimés et souvent ignorés [18].

Pas très loin en deuxième position la schizophrénie dans 30 % des cas, il s'agit des patients qui avaient des troubles du comportement alimentaire de gloutonnerie.

Puis on retrouve les autres pathologies psychiatriques avec les délires non schizophréniques dans 23% des cas, maladie bipolaire 1% et retard mental 3% des cas.

Les symptômes et pathologies neurologiques associées aux troubles psychiatriques chez les patients victimes de la fausse route, on trouve en première position les troubles de la vigilance (sommolence et fatigue) dans 46 % des cas, c'est-à-dire que les patients avaient pris leur repas dans ces états cliniques. Les troubles cognitifs avec perte de l'autonomie sont présents dans 53 % des cas dont 23 % sont représentés par les pathologies neurodégénérative.

Les séquelles post traumatiques chez les cérébro-lésés (traumatismes crâniens) sont présentes dans 10 % des cas. A noter que dans notre population, 10 % sont épileptiques.

Les pathologies oro-digestives, sont responsables d'une fréquence élevée des accidents ; chez les patients porteurs d'un mauvais état dentaire 40%, sécheresse buccale dans 30 % des cas et les dysphagies dans 20 % des cas.

Dans les antécédents cliniques de chaque patients, nous avons trouvé systématiquement dans un cas sur deux, soit un antécédent de fausse route grave, ou bien des pneumopathies à répétition ayant parfois nécessités des prises en charge lourdes dans des services de réanimation. Il s'agit des fausses routes alimentaires à bas bruit qui se manifestent tardivement par des pneumopathies d'inhalations.

L'heure des accidents était très importante à définir, car 40% (12 patients) des fausses routes alimentaires se sont produites le matin au petit déjeuner dont trois décès.

En effet, les 12 patients victimes de fausses routes le matin, avaient tous des troubles du sommeil, et surtout un état de sédation avec troubles de la vigilance au réveil. A noter aussi que les personnes âgées, arrivaient à table en dyspnée après des efforts physiques (toilette, marche jusqu'à la salle à manger..) et ils commençaient le petit déjeuner sans phase de repos ; ce contexte physique et psychique favorise les accidents de fausse route [15].

On constate aussi le matin une présence réduite du personnel soignant dans la salle à manger, un infirmier prépare les médicaments dans la pharmacie, le second aide les patients à faire leur toilette) donc moins de surveillance,

La texture des aliments (hachée, mixée, normale) était normale dans 85 % des cas, elle n'était pas adapté en fonction de l'état buccodentaire des patients, ni de la pathologie des patients (pathologies neurologiques avec atteinte des trois temps de la déglutition).

Nous n'avons pas trouvé une relation de cause à effet direct entre un type de neuroleptique et les fausses routes alimentaires. Cependant nous avons repéré une relation indirecte sur 46% des cas suite à des états de somnolence en raison des effets secondaires sédatifs de certains neuroleptiques (Nozinan, Clopixol, Loxapac..) entraînant ainsi des troubles de la vigilance avec conséquences de fausses route. Il est important de prendre en considération l'effet anticholinergique avec sécheresse buccale qui favorise comme nous l'avons vu l'apparition de l'accident [16].

Actions et protocole à mettre en place

1. Que faire ? Avant, pendant, après

La prise en charge des fausses routes doit être pluridisciplinaire : médecin psychiatre et médecin généraliste de l'établissement, infirmiers, aides soignants, orthophoniste et diététicienne; l'objectif général est de :

- maintenir un apport nutritionnel suffisant tout en évitant les fausses routes.
- savoir repérer le patient à risque d'une fausse route alimentaire dès son admission par un interrogatoire ciblé du patient ou bien de son entourage
- connaître la séméiologie des troubles de la déglutition
- connaître les gestes d'urgence en cas de fausse route
- éviter les décès en cas de fausse route alimentaire

2. AVANT : comment les éviter?

C'est le but de ce travail, mise en place d'un protocole institutionnel sous forme d'une cascade d'actions réflexes afin d'atteindre les objectifs. Pour éviter les fausses routes, il faut tout d'abord repérer les malades à risque (cf. tableau 3, population à risque).

À l'entrée du patient, un examen complet clinique dès l'admission par le médecin.

La lecture du dossier (lettre d'entrée, transmission infirmière) recherche des troubles de la déglutition préalablement mis en évidence.

L'interrogatoire du patient et si possible de son entourage recherche des antécédents de fausses routes, le régime et les habitudes alimentaires.

L'examen clinique recherche des éléments suggérant ou favorisant des troubles de la déglutition : toux à la déglutition, pneumopathie, vigilance incertaine, paralysie du voile de la langue, de la face, absence du réflexe nauséux, comportement compulsif, syndrome frontal avec apathie et apragmatisme, trouble de la compréhension [17]

3. Les stratégies d'adaptation

Elles vont permettre de faire régresser les symptômes, mais elles n'ont pas d'action sur les mécanismes physiopathologiques. Ce sont des stratégies environnementales et posturales [15]. On peut agir à plusieurs niveaux:

a - Sur l'environnement et l'aliment

- Il s'agit d'une adaptation passive pour le patient, c'est-à-dire *l'installation, les ustensiles utilisés, la quantité d'aliments par bouchée et le rythme* des prises alimentaires.
 - Le malade doit être correctement installé; bien assis et la table correctement positionnée.
 - Il ne faut jamais laisser le malade couper seul ses aliments.
- Les caractéristiques physico-chimiques du bol alimentaire : *les consistances et textures doivent être adaptées* aux patients et à leurs compétences motrices et sensitives par le médecin et la diététicienne. Favoriser les textures fines

homogènes, une nourriture pâteuse, mixée ou hachée en fonction de la pathologie et le temps de la déglutition qui est en cause chez les patients à risque de fausse route.



Consistances et textures adaptées des aliments
(photo prise au Mas Careiron).

b - Mettre en place un certain nombre de mesures préventives

- assurer *un bon état buccodentaire: soins de bouche, hygiène des dents et des prothèses*, favoriser la mise en place des prothèses et leur bonne adaptation, traiter la sécheresse buccale et les candidoses.
- Permettre le déroulement des repas dans une ambiance calme.
- Les soignants partagent les repas avec les malades (*favoriser les repas thérapeutiques*).
- Prévoir *des tables de régime pour les patients à risque* afin de garder les aliments «dangereux» à distance.
- Gérer les *repas en salle à manger* (jamais les repas en chambre pour les patients à risque), un plat après l'autre, le soignant gardera *un contact visuel permanent*.
- *Toute l'équipe soignante doit être présente au moment des repas* : infirmiers, aide soignant, ASH.
- *Si le malade est fatigué* (après une toilette ou après des soins) ne commencer le repas qu'après *un repos de 30 minutes*.
- *Si troubles de vigilance, retarder les repas pour une heure ultérieure*.
- Pour les patients qui n'arrivent pas à manger seul, déposer l'aliment sur la partie moyenne de la langue et vérifier que la bouche est bien vide toutes les 5 à 4 bouchées.
- *Un patient non connu comme haut risque de fausse route peut le devenir durant son hospitalisation en psychiatrie*.

4. PENDANT : que faire ?

C'est une urgence vitale (matériel nécessaire d'aspiration, sac d'urgence, oxygène) :

- appeler le médecin,
- isoler si possible le malade des autres patients,
- dégager les voies aériennes (sans attendre l'arrivée du mé-

decin) en enlevant les prothèses dentaires, en dégageant la cavité buccale avec les doigts en crochets, en aspirant les voies aériennes en cas d'ingestion de liquides ou des sécrétions importantes,

- aspiration trachéale répétée si hyper salivation,
- oxygénothérapie 5l/mn,
- position latérale de sécurité (si troubles de la conscience ou vomissement).

5. Manoeuvre de HEIMLICH

Lorsque le patient est conscient :

- se placer derrière le patient
- passer les bras sous ceux du patient
- mettre un point au creux de l'estomac, juste au dessus du sternum
- placer l'autre main sur la première
- les avant-bras doivent appuyer sur les cotes
- tirer brusquement vers soi en remontant les mains et les avant-bras

Lorsque le patient est inconscient : il faut appliquer des compressions thoraciques en procédant comme pour un massage cardiaque externe, mais avec plus de force et plus lentement. Après une série de 15 compressions thoraciques, vérifier la cavité buccale et tenter d'insuffler les poumons par bouche à bouche.

Critères d'efficacité : expulsion des matières obstructives, recoloration des téguments, diminution de la dyspnée, régression de l'agitation.

Évolution et état des lieux

Ce travail a permis la mise en place d'un *protocole de soins institutionnel* (des stratégies d'adaptation qui seront évaluées à la CME). Pour consolider et assurer sa mise en pratique, nous avons organisé quatre rencontres formatives et d'articulations avec les équipes soignantes pluridisciplinaires de chaque unité. Pour protéger nos patients des risques d'accidents des fausses routes alimentaires et surtout des décès, la réflexion éthique était au premier plan, en effet la nécessité de respecter certaines règles et conduites représentaient les principaux soucis de la relation soignant soigné.

Les résultats sont très satisfaisants, aucune fausse route n'est constatée dans toutes les unités depuis la mise en place du protocole de soins (depuis juillet 2009), même dans les services à haut risque. Et surtout aucun décès à ce jour (Octobre 2012).

Conclusion

La psychiatrie n'échappe pas comme discipline médicale au risque thérapeutique ordinaire. Les troubles de la déglutition

avec accidents de fausses routes alimentaires sont fréquents dans nos services de psychiatrie surtout chez les sujets âgés, entraînant parfois des complications graves et des décès. C'est dire que les fausses routes alimentaires ne doivent pas être sous estimées par le psychiatre.

Un travail de recherche clinique était indispensable pour tenter de mettre fin à ces accidents. La réflexion éthique dans notre démarche a permis une solidarité des équipes pluridisciplinaire et de regrouper toutes leurs énergies pour un seul but. En effet, grâce à cette recherche à partir des observations cliniques au cas par cas et le mode fonctionnement service par service, nous sommes arrivés à tirer des conclusions et mettre en place des stratégies et des conduites à tenir.

Le dépistage précoce des sujets à risques dès l'admission par le médecin et les soignants représente la première étape de prévention.

La prise en charge de ces patients, doit se faire par la mise en place réflexe des stratégies d'adaptation avec une vigilance particulière pour l'installation au repas, une surveillance étroite au moment des repas, et une adaptation des texture alimentaire. Faire attention aux effets secondaires des neuroleptiques, états de sédation et surtout si possible éviter les neuroleptiques avec effets anticholinergiques responsables de la sécheresse buccale qui est le plus souvent banalisée.

Les équipes soignantes et médicales doivent être sensibilisées aux risques et aux symptômes, parfois non spécifiques (les pneumopathies à répétition).

Nous insistons sur le grand bénéfice des repas thérapeutiques pour éviter les fausses routes alimentaires, en effet les soignants partagent les repas avec les patients, cet accompagnement thérapeutique permet à ces derniers de prendre du temps pour manger, les rassurer, et manger dans une ambiance calme et bienveillante; notre expérience depuis un an objective des résultats positifs. Ces résultats sont satisfaisants car :

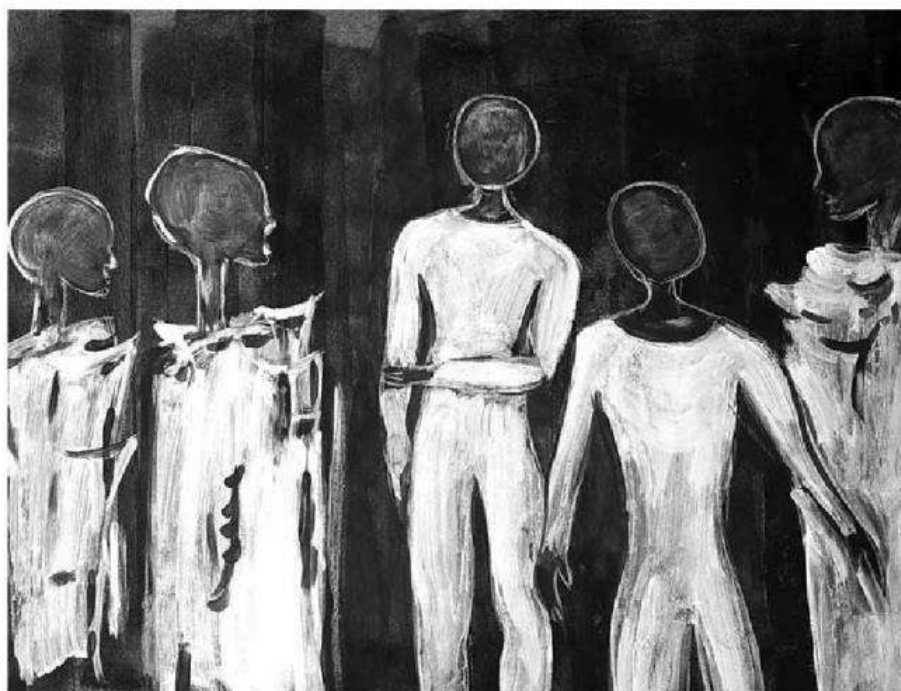
- la recherche des causes de défaillance lors de la prise en charge était collective et pluridisciplinaire,
- les stratégies et les actions d'amélioration des soins étaient pertinentes c'est-à-dire réalisables, acceptables et pérennes.

Nous connaissons bien que l'objet de la psychiatrie est le psychisme humain et ses troubles, il touche donc directement à l'humanité du patient en tant qu'être pensant, l'atteinte des capacités de discernement rend certains patients en psychiatrie extrêmement vulnérables, il est de notre rôle de les protéger de tout risque.

Un des principes fondamentaux à la base de tout acte médical est de faire le bien avec comme fondement de l'action la confiance entre le malade et celui qui le soigne.

Références

- [1] Loesche WJ, Bromberg J, Terpenning M.S, et al. Xerostomia, xerogenic medications and food avoidances in selected geriatrics groups. *J Am Geriatr Soc* 1995;43:401-7.
- [2] Chouinard J. Dysphagia in Alzheimer disease a review. *J Nutr Health Aging* 2000;4:214-7.
- [3] Aviv JE. Effects of aging in sensitivity of pharyngeal and supraglottic areas. *Am J Med* 1997;103:745-65.
- [4] Pouderoux P, Jacquot JM, Royer E, Finiels H. Les troubles de déglutitions du sujet âgé : procédés d'évaluation. *Presse Méd* 2001; 33:1635-44.
- [5] Billings RJ, Proskin RJ, Proskin HM, Moss ME. Xerostomia and associated factors in a community-dwelling adult population. *Comm Dentist Oral Epidemiol* 1996;124:312-6.
- [6] Schwarz SM, Corredor J, Fisher-Medina J, Cohen J, Rabinowitz S. Diagnosis and treatment of feeding disorders in children with developmental disabilities. *Pediatrics* 2001;108:671-6.
- [7] Ali GN, Wallace KL, Schwartz R, DeCarle DJ, Zagami AS, Cook IJ. Mechanisms of oral-pharyngeal dysphagia in patients with Parkinson's disease. *Gastroenterology* 1996; 110:383-92.
- [8] Fuh JL, Lee RC, Wang SJ, Lin CH, Wang PN, Chiang JH, et al. Swallowing difficulties in Parkinson's disease. *Clin Neurol Neurosurg* 1997;99:106-12.
- [9] Denys P, Périé S., Kiefer C., Mailhan L., Bussel B., Lacau-Saint-Guilly J. – Les troubles de la déglutition chez les patients cérébrolésés. In : Les troubles de la déglutition, Kotki N., Pouderoux P, Jacquot J.M. (eds.). Masson, Paris, 1999.
- [10] Nougaret A. – Stratégie de rééducation dans une unité d'éveil. In: Les troubles de la déglutition, Kotki N., Pouderoux P, Jacquot J.M. (eds.). Masson, Paris, 1999.
- [11] Strakowski M.M., Strakowski J.A., Mitchell M.C. – Malnutrition rehabilitation. *Am. J. Phys. Med. Rehabil.* ,2002,81 , 77-8.
- [12] Thomas F.J., Wiles C.M. – Dysphagia and nutritional status in multiple sclerosis. *J. Neurol.* , 1999, 246 , 677-82.
- [13] Roblin X. – Les pneumopathies d'inhalation. In : Les troubles de la déglutition, Kotki N., Pouderoux P, Jacquot J.M. (eds.). Masson, Paris, 1999.
- [14] Newnham DM, Hamilton SJC. Sensitivity of the cough reflex in young and elderly subjects. *Age Ageing* 1997;26:185-8.
- [15] Kotzki N, Pouderoux Ph, Jacquot JM, eds. (1999). Les troubles de la déglutition. Problèmes en médecine de rééducation 37. Paris ; Masson.
- [16] Kaplan MD, Baum BJ. The functions of saliva. *Dysphagia* 1993;8:225-9.
- [17] Salle J.Y., Preux P.M., Guinvarc H. *et al.* – Évaluation clinique des troubles de la déglutition. In : Les troubles de la déglutition, Kotki N., Pouderoux P, Jacquot J.M. (eds.). Masson, Paris, 1999.
- [18] Portet-Tarodo F, Touchon J : Démences et troubles de la déglutition : épidémiologie, morbidité, modalités de prise en charge. In Les troubles de la déglutition - Problèmes en Médecine de Rééducation Masson Paris 1999 ; 87-92.



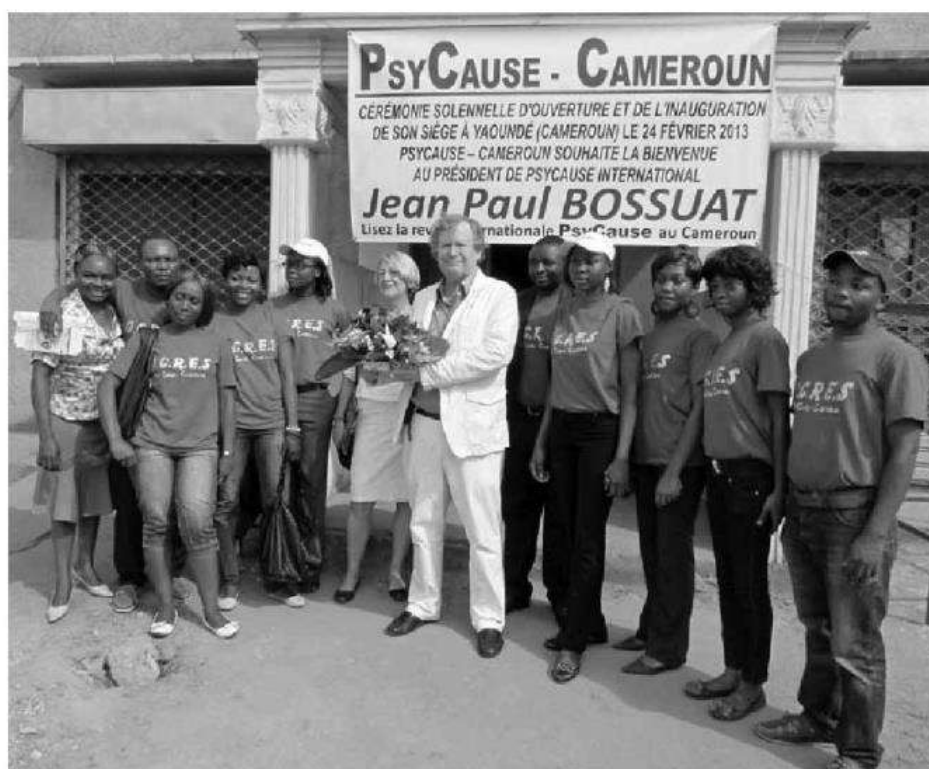
Œuvre de Marie France Crouzat, atelier d'art-thérapie Valetudo des cliniques psychiatriques Saint Paul et Van Gogh à Saint Rémy de Provence. Œuvre transmise par le Dr Jean Marc Boulon.

Auteurs d'Afrique Subsaharienne

Deux pays de cette aire géographique ont contribué à cette troisième partie de la revue : la Côte d'Ivoire et le Cameroun. Les professionnels de ces deux pays occupent une position pilote en Afrique. Le Professeur de psychiatrie Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna a piloté en Côte d'Ivoire la contribution ivoirienne, tandis que le Docteur en anthropologie médicale Péguy Ndonko a piloté la contribution camerounaise. Le Pr Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna est secrétaire de rédaction de la revue *Psy Cause* pour l'Afrique Subsaharienne et le Dr Péguy Ndonko est l'un des deux rédacteurs en chef de la revue *Psy Cause*.

Deux textes ivoiriens sont présentés. Le premier article, dont l'auteur principal est un psychologue, démontre qu'il existe une relation entre les croyances, l'immigration et la perception des risques par les habitants des quartiers précaires d'Abidjan. Le second article est une étude sur les effets des psychotropes sur les performances scolaires d'enfants scolarisés atteints de troubles mentaux.

Un texte camerounais est présenté. Il est une réflexion commune d'un anthropologue et d'une psychologue sur le viol et l'inceste dans les familles. Cette étude est équilibrée puisqu'elle remarque que les violences subies ne concernent pas que les femmes. Les hommes en subissent au quotidien, même si on en parle peu ou presque pas.



Inauguration à Yaoundé du siège de *Psy Cause* Cameroun, le 24 février 2013.



Lazare N'da
Bazoumana



Konan Simon
Kouame



Yessonguilana Jean-
Marie Yeo-Tenena



Koffi Paulin Konan

Influence des croyances et de l'immigration sur la résistance au déguerpissement chez les habitants des quartiers précaires d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Auteurs : Lazare N'da Bazamounana¹, Konan Simon Kouamé², Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna³, Koffi Paulin Konan⁴

Résumé : la présente étude vise à appréhender la perception que les habitants des quartiers précaires d'Abidjan ont des risques multiples liés à leur cadre de vie sous l'angle des croyances qu'ils développent et de leur statut sociogéographique. Cette recherche repose sur deux hypothèses soumises à l'épreuve des faits. Les informations sont recueillies auprès de 120 chefs de familles vivant dans des quartiers précaires, âgés de 45 à 50 ans et totalisant une ancienneté d'au moins 2 ans sur le site. Les résultats obtenus sur la base du khi carré de Pearson permettent d'affirmer qu'il existe une relation entre les croyances, l'immigration et la perception des risques par les habitants des quartiers précaires. Les résultats de cette enquête montrent que l'explication des comportements à risque doit prendre en compte les croyances et le statut des personnes impliquées.

Mots clés : croyances, risques, accidents, perception, statut

Abstract : this study aims to understand the perception that people in poor neighborhoods of Abidjan have multiple risks related to their living environment in terms of beliefs they develop and their status sociogeographic. This research is based on two assumptions that are subject to the test of facts. The information are collected from 120 heads of families living in shantytowns, aged 45 to 50 years and a total length of at least 2 years on the site. The results based on the Pearson chi-square can be concluded that there is a relationship between beliefs, immigration and risk perception by residents of poor neighborhoods. The results of this survey show that the explanation of risk behavior must take into account the beliefs and the status of those involved.

Keywords : beliefs, risks, accidents, perception, immigration

1. Maître de Conférences de Psychologie Sociale

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

2. 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@ymail.com

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 – Portable : 00 225 07 98 15 16

– yeotenena@yahoo.fr

Introduction

L'urbanisation des villes provoque un déplacement massif des populations vers ces grandes agglomérations. Ce flux massif des populations engendre une prolifération des bidonvilles communément appelés "les quartiers précaires". Ces bidonvilles, lieu de tous les vices sont exposés à plusieurs risques dont les inondations, les glissements de terrains, la pollution liée à l'insalubrité, les agressions, les vols, etc., faisant chaque année plusieurs dizaines de morts ainsi que des pertes de biens matériels. Ces quartiers, construits de façon anarchique, sur des espaces non viabilisés (constructions sur les talus, les ravins, les canaux d'évacuation) exposent quotidiennement les habitants aux glissements de terrains causant ainsi la mort de nombreuses personnes (Barraqué)¹. Les saisons de pluie constituent non seulement une source d'inquiétude pour les gouvernants qui ont à charge la garantie sécuritaire des populations mais également un souci permanent pour les familles qui y vivent.

A Abidjan, les pluies diluviennes font chaque année plusieurs dizaines de morts et de sans abris. Face à de tels drames, plusieurs plans de sauvetage sont mis en place dont le plan ORSEC (Organisation des secours) initié depuis 2010 par l'Etat ivoirien. Ce plan de secours vise à soulager les populations sinistrées. Cette politique de soutien consiste à octroyer aux victimes des maisons construites à cet effet. A défaut, il est mis à leur disposition des moyens financiers en guise de dédommagement leur permettant de se trouver des habitations plus décentes. Des campagnes de sensibilisation sont également menées afin d'interpeller les habitants de ces endroits sur les risques qu'ils prennent en restant sur ces sites. Cette résistance des populations amène l'Etat ivoirien à adopter souvent des mesures répressives visant à les contraindre à quitter ces lieux à haut risque.

A côté de ces manifestations atmosphériques, Abidjan et surtout les quartiers précaires ont été victimes, le 19 août 2006, d'un déversement de plus 581 tonnes de déchets hautement toxiques par la Probo Koala, un navire panaméen, faisant provoquant la mort de 7 personnes, l'hospitalisation de 27 et l'examen médical de 20 000 autres (Dussol et Nithart)⁶. Face à ce drame, l'Etat a instauré des mesures de prises en charge médico-psychosociale. En effet, ces déchets censés n'être que des « eaux usées », de la boue de nettoyage des cuves du navire ont été déversés à travers les bidonvilles causant ainsi des désagréments sanitaires énormes. Les enquêtes montrent plus tard que ces substances étaient très riches en éléments toxiques, tels l'hydrogène sulfuré et les organochlorés. La dépollution partielle effectuée sur les sites montre à quel point ces habitants courent des risques en vivant dans ces milieux.

Malgré ces efforts de solidarité et d'interpellation, les populations de ces quartiers précaires s'obstinent à demeurer dans leurs habitations au risque de leur vie. Si tel est que les efforts de sensibilisation sur les risques encourus sont faits, des déguerpissements forcés sont mis en œuvre,

des relocalisations sont initiées, alors qu'est-ce qui peut bien expliquer cette résistance des populations ? Dans un contexte psychosocial où l'appréciation des risques pourrait différer d'un individu à un autre, d'un groupe à un autre et d'une société à une autre, la prise en compte de la perception dans une telle étude ne serait-elle pas une voix prometteuse de recherche ?

Considérée par Kouabenan^[13] comme le jugement où l'évaluation du risque par un individu en tant qu'il est fréquent, probable, grave, contrôlable, etc., la perception des risques associe un niveau de connaissance du risque et un jugement (moral, économique, philosophique et politique) portant sur l'implication de ces risques. Les recherches sur la perception des risques meublent davantage les débats sur la psychologie du risque. Il en ressort que la perception que les individus ont des risques est liée à la couverture médiatique (Combs et Slovic^[4] ; Neto et al.^[19]) et à l'effet du groupe (Cadet)² et à l'expérience vécu (Causse et al.^[3] ; M'bra^[16]). Hermand et al.^[8] mettent en évidence, dans ce contexte, d'autres facteurs comme la consommation d'alcool et de tabac. En recourant à des facteurs socioculturels, Kouabenan^[14] pense que la perception des risques est influencée par les croyances que développent les individus, lesquelles croyances comporteraient des biais. En s'inspirant de telles études, ne serait-il pas intéressant d'appréhender la perception que les habitants des quartiers précaires ont des risques sous l'angle des croyances ?

Perçues comme la manière dont un individu perçoit une situation ou un événement en comparaison avec la manière dont il perçoit ses capacités personnelles à y faire face, les croyances constituent des facteurs déterminants du comportement social des individus. A travers les croyances, les valeurs et les normes, la culture inculque aux individus socialement déterminés une façon particulière d'appréhender les risques, soit en les sous-estimant, soit en les surestimant Kouabenan^[11]. Bien que les croyances déterminent la perception des risques, il est sans ignorer que ce phénomène peut être aussi appréhendé par le statut de la personne qui est mise en cause. Le statut peut être ici défini comme l'identité des individus par rapport à la terre ou au sol sur lequel ils vivent. Ainsi, nous distinguons dans les bidonvilles des résidents immigrés des autochtones. Ces différentes catégories de citoyens ont des manières différentes d'apprécier et d'évaluer les risques.

La présente étude cherche à atteindre deux objectifs dont le premier vise à montrer que les croyances influencent la perception que les habitants ont des risques liés à leur environnement. Le second objectif de cette recherche vise à prouver la relation susceptible d'exister entre l'immigration des populations et la perception des risques. Pour atteindre ces objectifs, il importe d'émettre des hypothèses pouvant être confrontées à l'épreuve des faits à travers une démarche méthodologique scientifiquement menée.

Hypothèses de travail et méthodologie

1. Hypothèses de travail

Les hypothèses qui fondent cette recherche sont au nombre de deux. La première souligne que les habitants des bidonvilles qui développent des croyances fatalistes ont tendance à sous-estimer les risques alors que leurs homologues qui développent des croyances non fatalistes les surestiment. La seconde hypothèse stipule que les immigrants des quartiers précaires ont tendances à sous-estimer les risques contrairement aux autochtones. Les hypothèses émises sont soumises à l'épreuve des faits à travers une méthodologie rigoureusement menée.

2. Méthodologie

Les hypothèses élaborées mettent en évidence deux types de variables dont deux variables indépendantes et une variable dépendante. Les deux variables indépendantes, de nature qualitative dichotomique concernent les croyances (fatalistes et non fatalistes) et le statut des habitants (immigrants et autochtones). La variable dépendante (perception des risques) est également de nature qualitative avec deux modalités (sous-estimation et surestimation des risques). La vérification des hypothèses repose sur un recueil d'informations auprès d'une population constituée de l'ensemble des habitants des bidonvilles d'Abidjan. Dans l'impossibilité d'interroger tous les individus concernés par l'étude, ce qui constituerait, comme le soutient N'da^[18], une œuvre délicate, il importe de constituer un échantillon qui se veut représentatif de la population.

3. Echantillon

Dans le but d'obtenir un échantillon représentatif de la population, nous aurions pu recourir à une base de sondage relative aux habitants de ces sites à risques. Dans l'impossibilité d'obtenir des données officielles, ce qui faciliterait le travail, nous avons procédé par une identification de quelques quartiers faisant fréquemment l'objet d'inondations et/ou de glissements de terrain. La sélection des participants de l'échantillon s'est faite sur la base d'une méthode découlant des plans d'échantillonnage quasi-expérimentaux, notamment le plan factoriel.

L'utilisation du plan factoriel a permis de constituer des groupes expérimentaux en référence aux modalités des variables en jeu. Ainsi, nous avons quatre groupes de sujets repartis comme dans le tableau 1 :

Le plan factoriel nous permet de constituer quatre groupes de 30 participants chacun. Le premier groupe est constitué 30 immigrants fatalistes. Le deuxième regroupe 30 immigrants non fatalistes. Le troisième groupe se compose de 30 autochtones développant des croyances fatalistes. Quant au quatrième groupe, il est formé de 30 autochtones non fatalistes. L'utilisation de cette technique nous amène à constituer un échantillon de 120 participants, tous de sexes masculins, chefs de ménages, âgés de 45 à 50 ans, habitants des bidonvilles avec une ancienneté d'au moins 2 ans sur le site et travaillant dans le secteur informel. La sélection des unités de cet échantillon repose sur l'application de la technique d'appariement qui consiste à neutraliser les variables parasites susceptibles de causer des biais dans les résultats. De même, en se fondant sur le principe d'application du plan factoriel et en ayant recours aux arguments de Rossi^[19] qui stipulent que l'expérimentaliste, par mesure de précaution, travaille sur les groupes de 10 à 40 sujets, nous avons fait le choix de travailler sur des groupes équivalents de 30 personnes. La conduite de cette étude mérite que les participants de l'échantillon soient soumis à un test. Pour ce faire, il importe de mettre en place un instrument de recueil des données.

4. Matériel

Dans une étude de tendance quantitative comme la nôtre, le questionnaire se montre l'instrument le plus adapté. Son choix réside dans la rigidité de l'ordre des questions et la standardisation de la passation. Le questionnaire de la présente étude comporte trois parties dont la première expose les informations personnelles de l'habitant (âge, sexe, lieu d'habitation, ancienneté sur le site...). Ces données biographiques font l'objet d'un contrôle en vue d'éviter leurs effets sur la perception des risques et également d'obtenir un échantillon homogène. La deuxième partie du questionnaire est relative aux croyances qui sont évaluées à l'aide d'une échelle d'attitude de type Likert. Pour évaluer l'attitude fataliste ou non des répondants, les modalités de réponses aux items sont réduites à deux (d'accord/ pas d'accord). Quant à la troisième partie de l'instrument, elle donne des renseignements sur le statut de l'enquêté. Elle traite principalement de la nationalité ou du pays d'origine du répondant.

Le matériel de recherche, dans son élaboration, a fait l'objet d'un pré-test auprès de 30 personnes ayant les mêmes caractéristiques que les participants de l'échantillon. Cette épreuve vise à cerner le niveau de compréhension des

Tableau 1 : Exposition des groupes expérimentaux

		Croyances		Total
		Fatalistes	Non fatalistes	
Immigration	Immigrants	G ₁ : N = 30	G ₂ : N = 30	60
	Autochtones	G ₃ : N = 30	G ₄ : N = 30	60
	Total	60	60	120

questions. Le pré-test ayant donné lieu à la reformulation certaines questions est à la base de l'élaboration d'un instrument comportant 20 questions et une échelle d'attitude de 12 items évaluant la perception des risques.

La passation de ce questionnaire s'est déroulée dans les quartiers identifiés par les autorités comme faisant partie des sites à risque. Afin de réduire les mauvais remplissages, ce qui peut constituer une source de biais, la passation qui s'est faite avec la technique du face à face. Cette technique de passation a permis d'obtenir des données qui sont dépouillées et statistiquement traitées à l'aide du khi carré (X^2) de Pearson. Cette opération est à la base des résultats qui peuvent être présentés, analysés et interprétés.

Résultats

Les hypothèses émises mettent en exergue l'influence de deux variables indépendantes de nature qualitative dichotomique sur une variable dépendante aussi qualitative avec deux modalités. Cette combinaison des modalités aboutit à deux types de résultats. Le premier est inhérent à l'impact des croyances sur la perception des risques. Le second quant à lui explore l'effet du statut sur la perception des risques.

1. Influence des croyances sur la perception des risques

L'emploi du khi carré pour évaluer la perception des risques en fonction des croyances que développent les habitants des quartiers précaires permet d'obtenir le tableau 2 :

L'utilisation du khi carré de Pearson dans le traitement des données donne des résultats ($X^2 = 31,54$, $P > .05$) attestant de l'existence d'une différence significative entre les deux groupes comparés sous l'angle des croyances. La comparaison des fréquences indique le sens de cette différence. Ainsi la comparaison des deux groupes de participants montre que 91,67% des habitants qui développent des croyances fatalistes sous-estiment les risques alors que seuls 8,33% de ces individus surestiment les risques. Ce phénomène s'inverse chez les individus développant des croyances non fatalistes ou rationnelles. Dans cette catégorie, 58,33% des individus développant des croyances rationnelles surestiment les risques alors que 41,77% les sous-estiment. La comparaison de ces groupes de sujets montre que la fréquence des habitants qui sous-estiment les risques (66,67%) est supérieure à celle de leurs homologues qui les surestiment (33,33%).

Ces résultats corroborent l'hypothèse qui stipule que les habitants des bidonvilles qui développent des croyances fatalistes ont tendance à sous-estimer les risques alors que leurs homologues qui développent des croyances non fatalistes les surestiment.

L'explication de ces résultats repose sur le fondement que les habitants qui développent des croyances fatalistes attribuent leur sort aux forces occultes et à Dieu. En se fondant sur la théorie de l'attribution causale (Heider) ⁶, il revient de soutenir que la confiance placée dans les forces surnaturelles amène ces individus à réaliser leur invulnérabilité. Pour ces derniers, Dieu est le créateur de la vie, il peut décider d'y mettre fin quand il veut. D'autres arrivent à penser que même en allant sur les nouveaux sites, si Dieu a décidé de la mort, on n'y peut rien. Cette manière superstitieuse d'apprécier le risque conduit certains habitants à demeurer dans les quartiers précaires et à s'exposer aux inondations et autres glissements de terrains. En dehors de l'œuvre de Dieu, et ce qui reviendrait au même, les fatalistes attribuent leur sort à la chance. Pour ces derniers, les accidents sont une manifestation de la chance. Il n'est pas rare d'entendre des habitants soutenir que « tout est une question de chance, ceux qui ont été victimes l'ont été par manque de chance ».

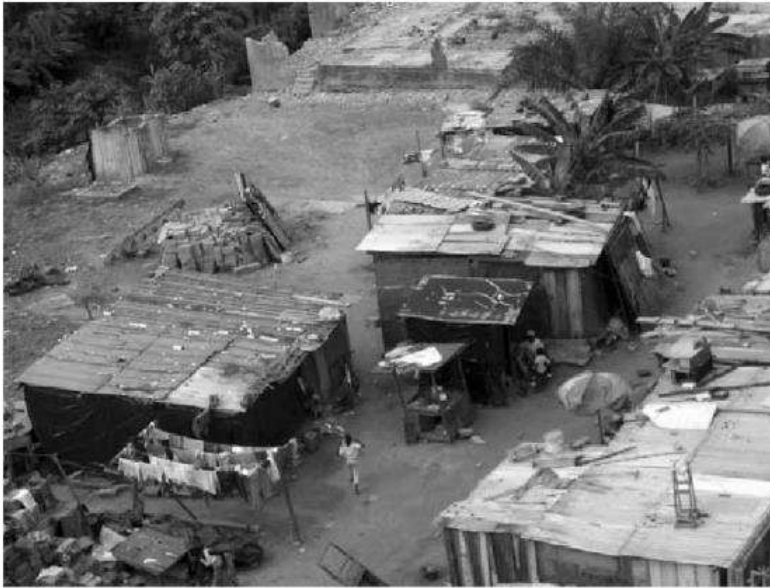
De même, les fatalistes attribuent leurs malheurs à des forces extérieures comme les fétiches que l'on refuse d'adorer, ou à l'œuvre des sorciers ou de personnes jalouses. Le développement de telles idéologies amène les habitants fatalistes à résister au programme de déguerpissement et à s'exposer aux risques.

Le recours aux théories de l'attribution causale (Hermant et al. ^[8], Jones et Davis ^[9], Kouabenan ^[11]) permet de comprendre que chaque individu attribue l'occurrence d'un événement à une cause bien précise dans le but de le maîtriser et s'établir un équilibre psychologique. En attribuant leur sort à Dieu et à des forces occultes ou surnaturelles, les habitants fatalistes arrivent à sous-estimer le risque. Cette sous-estimation explique leur comportement de résistance au programme de déguerpissement ou de relocalisation et leurs victimisation.

A l'opposé, les habitants des bidonvilles qui développent des croyances non fatalistes ou rationnelles font une analyse objective des risques présents. Pour ces derniers, les accidents sont imputables au site qui se trouve dans un endroit dangereux. Ils réalisent que les habitations se trouvent soit dans des ravins, soit dans des lieux réservés à l'écoulement éventuel des eaux. Les non fatalistes attribuent certains acci-

Tableau 2 : Croyances et perception des risques

		Croyances		Total
		Fatalistes	Non fatalistes	
Perception des risques	Sous-estimation	55 40	25 40	80
	Surestimation	5 20	35 20	40
Total		60	60	120



Dans un quartier précaire d'Abidjan.

dents à l'éboulement lié aux constructions sur des terrains non viabilisés. Ayant conscience du risque qu'ils courent en restant dans ces endroits, les habitants non fatalistes répondent favorablement à l'appel du Gouvernement et quittent les lieux. Ils se trouvent d'autres habitations dans d'autres quartiers plus sécurisés.

2. Perception des risques et statut des habitants

Le khi carré de Pearson utilisé pour établir la relation entre le statut des habitants et la perception qu'ils ont du risque permet de construire le tableau 3.

L'application du khi carré de Pearson dans le cadre de cette étude permet d'obtenir une valeur ($X^2 = 59,6$; $P > .05$). La comparaison des fréquences dans les deux groupes de sujets permet de mieux cerner le sens de cette différence. Il ressort de cette épreuve que 91,67% des immigrants sous-estiment les risques alors que seulement 8,33% les surestiment. En se référant aux autochtones, les résultats montrent que 80% de cet effectif surestiment les risques contre 20%. Il en découle que l'hypothèse reposant sur le postulat que les immigrants des quartiers précaires ont tendances à sous-estimer les risques contrairement aux autochtones se trouve vérifiée. Les résultats obtenus peuvent s'expliquer par le fait que

les individus en s'expatriant ont pour objectif de conquérir d'autres territoires pour un mieux être. Dans un souci d'économie, ils décident souvent de résider dans des logements de fortunes. Moins soucieux du luxe, ces habitants des bidonvilles bravent quotidiennement les intempéries et autres risques. En se fondant sur la théorie du champ de Lewin ^[15], nous pouvons expliquer le comportement des habitants immigrants des bidonvilles par le fait que contraints par la situation de précarité, ils se forgent une perception des risques. Ils arrivent alors à intégrer le risque et à le sous-estimer. Cette façon de percevoir le risque explique leur résistance aux mesures gouvernementales. Considérés comme des aventuriers, les immigrants peuvent ne pas avoir de relation parentale dans les localités où ils décident de s'implanter. Sous cet angle, ils se sentent obligés, pour une question de survie, de défier les mesures gouvernementales et de se livrer au danger. Considérés comme des citoyens temporaires, les immigrants préfèrent vendre leurs maisons qui leur sont attribuées pour se retrouver sur l'ancien site où ils se sentent moins exposés à la loi. Cette prise de risque explique la raison pour laquelle plusieurs ressortissants de la sous région périssent sous décombres après les pluies diluviennes.

Par contre, les autochtones résistent moins à ces mesures pour la simple raison qu'ils sont moins soucieux des ques-

Tableau 3 : influence du statu sur la perception des risques

		Immigration		Total
		Immigrants	Autochtones	
Perception des risques	Sous-estimation	55 33,5	12 33,5	67
	Surestimation	5 26,5	48 26,5	53
Total		60	60	120

tions d'économie comme les immigrants. De même, se trouvant dans leurs pays d'origine, ils sont plus intégrés que les autres et éprouvent moins de difficultés à trouver refuge chez un frère ou un parent. Ils sont prêts à accepter les mesures de déguerpissement. Il existe cependant des autochtones qui résistent à ces mesures en bravant les risques. Cette conduite s'explique par le fait que ces individus se situent dans une situation similaire à celle des immigrants. En effet, n'étant pas originaires de la ville, ils ont du mal à se trouver un parent susceptible de les accueillir en attendant de trouver un logement décent. Même si ce parent existe, les difficultés sociales dans les grandes villes obligent les déguerpis à ne pas solliciter de telles aides. Confrontés à de telles difficultés, les habitants décident de braver les risques qui leur sont souvent mortels. Les résultats obtenus à la suite de cette enquête doivent faire l'objet d'une discussion.

Discussion

Dans la conduite de cette recherche, l'objectif est d'expliquer la perception des risques chez les habitants des bidonvilles par leurs croyances et leur statut. L'utilisation d'une démarche scientifiquement élaborée permet d'aboutir à des résultats interprétables. Les résultats montrent que les croyances que développent les habitants et leurs statuts déterminent la perception qu'ils ont du risque. Plus précisément, les habitants des bidonvilles qui développent des croyances fatalistes ont tendance à sous-estimer les risques alors que leurs homologues qui développent des croyances non fatalistes les surestiment. Les résultats des investigations sont en harmonie avec ceux de Dake [5] et Zimolong et Trimpop [20] qui montrent que les individus qui ont des visions fatalistes considèrent les polluants moins dangereux que les participants qui ont une vision contraire. Ils arrivent à la conclusion que les produits dont les effets sur l'organisme sont latents sont sous-estimés par les travailleurs. Par contre, ceux qui ont des effets immédiats sont surestimés. Des résultats similaires sont trouvés par Hermand et al. [7] lorsqu'ils montrent, à l'aide de la théorie du comportement planifié, que la sous-estimation ou la surestimation des risques dépend de la gravité du risque. En effet, sont sous-estimés, les risques moins graves alors que les risques prétendus graves sont surestimés.

Par ailleurs, les résultats de la présente recherche montrent que les immigrants des quartiers précaires ont tendance à sous-estimer les risques contrairement aux autochtones. Ces conclusions concordent avec les résultats d'autres travaux réalisés par Causse et al. [3] sur l'optimisme comparatif chez les jeunes automobilistes. Les auteurs arrivent à la conclusion que les automobilistes les plus jeunes manifestent l'optimisme comparatif et sous-estiment par conséquent les risques contrairement à ceux qui ne manifestent pas d'optimisme comparatif. Cette conclusion est partagée par Meyer et Delhomme [16] et Kouabenan et Guyot [11] qui prouvent que les individus qui font prouvent d'optimisme comparatif prennent plus de risque que ceux qui ne manifestent pas d'optimisme comparatif.

Conclusion

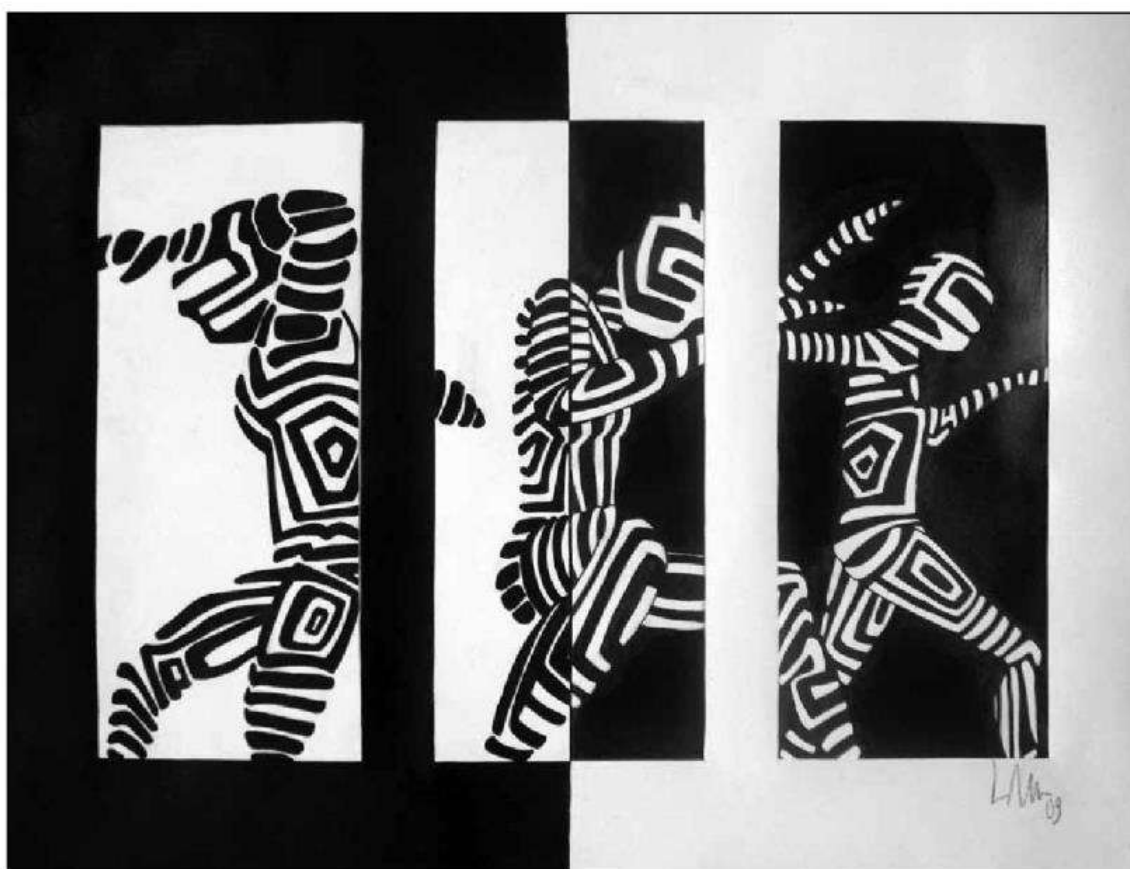
Les comportements à risque constituent une préoccupation majeure pour les chercheurs de la psychologie du risque qui contribuent à la prévention des risques tant dans le milieu professionnel que dans la vie sociale. Pour expliquer davantage les comportements à risque, cette recherche vise à appréhender la perception des risques sous l'angle des croyances et du statut des habitants des bidonvilles. Pour atteindre cet objectif, nous avons émis deux hypothèses qui ont été soumises à l'épreuve des tâches. Le traitement statistique des informations recueillies effectué à l'aide du χ^2 a permis d'obtenir des résultats scientifiquement interprétables. L'analyse et l'interprétation des résultats à la lumière des théories de l'attribution causale de Heider [7] et de la théorie du champ de Lewin [15] amènent à la conclusion que les habitants des quartiers précaires qui développent des croyances fatalistes sous-estiment les risques et subissent les conséquences des inondations alors que leurs homologues qui développent des croyances non fatalistes les surestiment. De même, les enquêtes attestent que les immigrants sous-estiment les risques et se rendent victimes des inondations contrairement à leurs homologues autochtones. Ces résultats concordent avec d'autres études réalisées sur le comportement à risque (Hermand et al) [8], Kouabenan [13].

La présente étude permet de montrer que les prises de décision dans le choix des modes ou types de logements dépendent en partie de la situation socioéconomique des habitants mais dépend aussi de leurs croyances et de leur statut. La sensibilisation des populations doit prendre en compte ces facteurs qui par leurs effets psychologiques agissent sur les décisions des habitants.

Références bibliographiques

1. Barraqué, B. Risque d'inondation : urbanisme réglementaire ou servitude négociée ? In *espaces et société : risques, environnement, modernité*. Paris, L'Harmattan, 1994, P. 133-152.
2. Cadet, B. Percevoir et évaluer les risques. Les apports de la psychologie en matière de traitement des informations. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck ; 2006 ; p. 35-60.
3. 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.
4. Combs, B. et Slovic, P. Newspaper coverage of cause of death. *Journalism Quarterly*, 1979 ; 56 ; 837-843.
5. Dake, K. Myths of nature : culture and the social construction of risk. *Journal of Social Issues*, 1992 ; 48 ; 21-37.
6. Dussol, B. et Nithart, C., *Le cargo de la honte. L'effroyable odyssée du Probo Koala*, Stock, 2010, pp. 22-25.
7. Heider, F. *The psychology of interpersonal relations*. New York, Wiley, 1958.

8. Herman, D., Bouyer, M. et Mullet, E. 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. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles ; De Boeck ; 2006 ; pp. 62-83.
9. Jones, E. E. et Davis K. E. From acts to dispositions: the attribution process in person perception. In Berkowitz L. (Ed), *Advances in experimental social psychology*. New York : Academic Press; 1965; pp. 219-266.
10. Kelley, H. H. Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Ed), *Nebraska Symposium on Motivation university of nebraska press*. Lincoln, N E University of Nebraska Press; 1967; pp. 193-238.
11. Kouabenan D. R. *Explication naïve de l'accident et prévention*. Paris , PUF;1999.
12. Kouabenan, D. R. et Guyot, J. M. Study of the causes of pedestrian accidents by severity. *Journal of Ppsychology in Africa* ; 2004 ; 14 (2), 119-126.
13. Kouabenan, D. R. Des facteurs structurants aux biais ou illusions dans la perception des risques. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles ; De Boeck; 2006; pp., 125-146.
14. Kouabenan, D. R. Role of beliefs in accident and risk analysis and prevention. *Safety Sciences*; 2009. 47, 767-776.
15. Lewin, K. *Field Theory in Social Sciences*, New York, Harper and Row; 1958.
16. M'bra, K. F. Psychologie naïve et prévention du VIH/ SIDA par l'utilisation du préservatif. *En-Quête* ; 2008 ; 20, 57-76.
17. Meyer, T. et Delhomme, P. Quand chacun pense moins exposé que les autres au risque mais plus réceptif messages de prévention pour la santé. *Revue de Santé Publique* ; 2000 ; 12 (2), 133-147.
18. N'da, P. *Méthodologie de la recherche, de la problématique à la discussion des résultats, comment réaliser un mémoire, une thèse en Science sociale et en Education*. Abidjan : EDUCI ; 2002.
19. Neto, F., Lazreg C. et Mullet, E. . Perception des risques et couverture médiatique. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck ; 2006 ; pp. 85-97.
20. Rossi, J. P. (1989). Introduction à la méthode expérimentale. In Rossi J.P., Crombe P., Lecuyer R., Pêcheux M. G., Tourette C. (eds), *La Méthode expérimentale en psychologie*. Paris : Bordas, pp. 3-57.
21. Zimolong, B. et Trimpo, R. . La perception des risques. In *Encyclopédie de sécurité et santé au travail*. Genève ; OIT ; 2000 ; vol. II, pp.59.24-59.30.



Œuvre de Lucien Marion, atelier d'art-thérapie Valetudo des cliniques psychiatriques Saint Paul et Van Gogh à Saint Rémy de Provence. Œuvre transmise par le Dr Jean Marc Boulon.



Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna



Asséman Médard Koua



Drissa Koné



N'guessan Brou



Loukou Médard Kouamé

Performances scolaires des élèves sous psychotropes suivis au service d'hygiène mentale d'Abidjan (Côte d'Ivoire)

Auteurs : Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna¹, Asséman Médard Koua², N'guessan Brou³, Loukou Médard Kouamé⁴, Liali Serge Fulgence Guégué⁵, Drissa Koné⁶, Roger Charles Joseph Delafosse⁷

Résumé : de février à novembre 2008, nous avons réalisé au service d'Hygiène Mentale (SHM) d'Abidjan, une étude transversale à visée descriptive qui avait pour objectif d'apprécier les performances scolaires des élèves présentant des troubles mentaux sous psychotropes. Les résultats en classe étaient mauvais dans 96,30% des cas avec un taux d'échec de 100% aux examens de fin d'année (Baccalauréat et Brevet d'étude du premier cycle) avant la prise en charge au SHM. Au décours du suivi au SHM, on observait une amélioration des performances scolaires avec des résultats de classe qui devenaient bons dans 64,81% des cas et 55,60% d'admis aux examens de fin d'année. On constatait également une amélioration des résultats scolaires en relation avec la durée de la prise en charge au SHM.

Mots clés : Résultats scolaires, Psychotropes, Hygiène Mentale

Summary : from February to November 2008, we realized with the Division of Mental Hygiene (DMH)-Abidjan, a descriptive cross-sectional study that aimed to assess the school performances of schoolboys who suffered from mental disorders and treated with psychotropic in 96,3% of the cases. The school results were bad before the management of the DMH. We also found that 100 % of the patients failed their final exam (bachelor and first level certificate). After the follow-up, we observed an improvement of their school performances in their classes (64, 81%) 55, 60. % passed their final exams. We notified an improvement of the school performances in relation with the length of the DMH management.

Keys-words : School results- Psychotropic- Mental hygiene

1. Maître de conférences Agrégé de psychiatrie

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

2. Assistant de Faculté

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

3. Médecin

Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan – BP v47 – Abidjan Côte d'Ivoire

4. Infirmier Spécialiste en Psychiatrie

Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan – BP v47 – Abidjan Côte d'Ivoire

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

6. Professeur émérite de psychiatrie, Directeur Coordonnateur du Programme National de Santé Mentale de Côte d'Ivoire

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

Introduction

L'école a pris Aujourd'hui dans notre culture une place considérable et une importance ces dernières années. Elle est chargée d'inculquer les connaissances, de transmettre les savoirs et acquis culturels et de préparer à un bel avenir professionnel. La fréquentation de l'école en effet ne va pas sans problèmes de sorte que les consultations quotidiennes de psychopathologie sont pour la plupart motivées par les difficultés scolaires [8].

YEO-TENENA [9], dans une étude menée en 2002 sur une population d'élèves au Centre de Santé Scolaire et Universitaire (CSSU) du plateau montrait que la dépression était le trouble psychopathologique le plus présent (49%) et les céphalées, l'insomnie et les troubles de la mémoire étaient des symptômes fréquemment rencontrés.

KONE dans une autre étude menée sur des élèves hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Bingerville en 2003, montrait que 83,87 % des élèves avaient arrêté leur scolarité à la suite de troubles mentaux [5].

Partant de ces constats, l'on serait tenté de chercher les raisons pour lesquelles les élèves présentant des troubles du comportement ont des difficultés scolaires voire même l'arrêt de leur scolarité. Faut-il d'emblée les déscolariser ? Peuvent-ils être pris en charge, continuer d'être scolarisés et avoir de meilleurs rendements scolaires ?

Ces différentes préoccupations ont suscité ce travail dont l'objectif était d'apprécier les performances scolaires des élèves présentant des troubles mentaux sous psychotropes et suivis au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan.

Méthodologie

Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre le service d'Hygiène Mentale (S.H.M.) de l'Institut National de Santé Publique (I.N.S.P.), situé dans la commune du Plateau. Le SHM est une structure qui assure la prise en charge ambulatoire des troubles mentaux chez des sujets ayant au moins 16 ans.

Type et durée de l'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive qui a consisté à recenser et à suivre les élèves présentant des troubles mentaux venant au service d'hygiène mentale sur la période allant du 01 février 2008 au 30 Novembre 2008. Soit une période de 10 mois.

Population d'étude

Critères d'inclusion : les élèves âgés d'au moins 16ans présentant des troubles mentaux suivis régulièrement au service d'hygiène mentale sur au moins trois mois ; prenant des psychotropes, ayant un état psychiatrique stable et ayant également accepté de participer à l'enquête. Sur cette base, nous avons identifié 150 dossiers dont 65 remplissaient nos critères (43,33%). Sur les 65 élèves, 54 ont accepté de participer à notre étude (83,07%).

Méthode : pour réaliser notre étude, nous avons élaboré une fiche d'enquête permettant de recueillir les informations sur les caractéristiques sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et scolaires des enquêtés. Les différentes informations ont été recueillies par des entretiens au décours des post cures des enquêtés au SHM. Ces entretiens ont permis d'apprécier les résultats de classe c'est-à-dire les notes et la moyenne obtenues en classe ainsi que les résultats d'examen qui concernaient essentiellement l'obtention du Baccalauréat ou le Brevet d'étude du premier cycle.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons un effectif de 54 élèves dont 57,41% avait un âge compris entre 16 et 19 ans. 37,04% d'entre eux avait un âge entre 20 et 24 ans. Plus de la moitié des élèves (61,11%) était de sexe masculin. La grande majorité (94,44%) des élèves résidait à Abidjan. Seulement 5,56% d'entre eux venaient des autres villes de Côte d'Ivoire. 42,60% de notre effectif vivait avec père ou mère, 33,33% vivait avec père et mère et 22,22 avec un substitut parental. 51,85% des élèves occupaient le premier rang dans la fratrie et 18,52 le deuxième rang.

Caractéristiques cliniques et thérapeutiques

Le mode de venue à la consultation au SHM était dominé par la demande des parents (59,26%). Les centres de soins conventionnels avaient référé 38,39% des élèves. Dans 68,52% des cas le mode de début de la maladie était brutal contre 31,48% où le début était progressif. On notait des antécédents psychiatriques personnels dans 14,81% des cas et dans 5,56% des cas des antécédents psychiatriques familiaux. En tenant compte du lieu des consultations antérieures (avant le SHM) chez les élèves avec antécédents psychiatriques, les centres de soins non conventionnels (guérisseurs, centre religieux...) étaient sollicités dans 58,33% des cas contre 41,67% pour les centres conventionnels (12,50% pour les centres de psychiatrie et 29,12% pour les autres centres de santé).

L'usage de toxiques était constaté dans 25,93% des cas. Les toxiques les plus utilisés étaient par ordre décroissant :

- L'alcool 47,22%
- Le tabac 27,78%
- Les drogues 25%

Par ailleurs, les motifs de consultation étaient dominés par les céphalées (30,60%) et l'insomnie (26,12%). la répartition diagnostique (Tableau I) mettait en évidence une prédominance de la dépression (31,48%) suivie des schizophrénies (22,22%) et des psychoses délirantes aiguës (16,67%). La prescription médicamenteuse était dominée par les antipsychotiques (50,78%) et les antiparkinsoniens de synthèse (20,17%). 51,85% des élèves avait une durée de prise en charge inférieure à un an. 31,19% avait une durée comprise entre un et deux ans contre 12,96% qui avait une durée supérieure à deux ans.

Tableau I : Répartition des patients selon les caractéristiques cliniques et thérapeutiques

MOTIFS DE CONSULTATION		
Motifs de consultation	Fréquence	Pourcentage (%)
Insomnies	35	26,12
Etats délirants	12	8,96
Fuites / fugues	04	2,98
Rires immotivés	03	2,24
Isolement / Mutisme	10	7,46
Logorrhée	04	2,98
Hétéro agressivité	08	5,97
Troubles de la mémoire	14	10,45
Céphalées	41	30,60
Tentative de suicide	03	2,24
TOTAL	134	100
DIAGNOSTIC		
Diagnostic	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Dépression	17	31,48
Toxicomanie	8	14,82
Schizophrénies	12	22,22
Psychoses délirantes aiguës	9	16,67
Accès maniaque	6	11,11
Epilepsie	2	3,70
TOTAL	54	100
PSYCHOTROPES		
Psychotropes utilisés	Fréquence	Pourcentage (%)
Antidépresseurs	18	15,13
Antiépileptiques	2	1,68
Antipsychotiques	64	58,78
Anxiolytiques	11	9,24
Antiparkinsoniens de synthèse	24	20,17
TOTAL	119	100
NB : un sujet peut avoir présenté un ou plusieurs motif(s) de consultation(s), un sujet peut avoir utilisé un ou plusieurs psychotropes(s).		

Caractéristiques scolaires

La majorité des élèves (70,37%) était au second cycle au moment de l'étude. 29,63% était au premier cycle de l'enseignement secondaire. 66,67% des élèves étaient en classe d'examen et parmi eux, 46,30% étaient en classe de terminale contre 20,37% en classe de troisième.

Les résultats en classe étaient mauvais dans 96,30% des cas avant la prise en charge au SHM. On notait également un taux d'échec de 100% aux examens de fin d'année (Baccalauréat et Brevet d'étude du premier cycle) avant la prise en charge au SHM. 48,15% des élèves avait changé d'établissement au moins une fois. Les motifs du changement d'établissement étaient dominés par les mauvais résultats scolaires dans 65,63% des cas. La maladie et les raisons financières venaient ensuite dans les proportions respectives de 28,12% et 6,25%. On observait une continuité de la scolarité dans 70,37% des cas. 29,63% des élèves avaient interrompu au moins une fois leur scolarité. Cette interruption intervenait dans 91,30% sans avis médical. La décision médicale ne représentait que 8,70% des cas d'interruption.

Par ailleurs, au décours du suivi au SHM, on notait une amélioration des performances scolaires avec des résultats de classe qui devenaient bons dans 64,81% des cas et 55,60% d'admis aux examens de fin d'année. On observait également une amélioration des résultats scolaires en relation avec la durée de la prise en charge au SHM (Tableau II). En tenant compte du diagnostic (tableau III), les résultats scolaires étaient meilleurs au cours de la dépression, les psychoses délirantes aiguës et les accès maniaques. On obtenait également des bons résultats scolaires avec les antidépresseurs et les anxiolytiques (Tableau IV).

Discussion

Caractéristiques socio-démographiques

La répartition des élèves de notre étude selon le sexe montrait une prédominance masculine 61,11% contre 38,89% de femmes. On notait une sex-ratio de 1,57 en faveur des hommes.

Tableau II : Répartition des élèves selon la durée de prise en charge et les résultats scolaires

Durée de prise en charge	Résultats de classe				Résultats d'examen			
	Bon		Mauvais		Bon		Mauvais	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Moins d'un an (n=28)	13	46,43	15	53,57	3	10,71	13	46,43
Un an et deux ans (n=19)	16	84,21	3	15,79	11	57,90	2	10,52
Plus de deux ans (n=7)	6	85,71	1	14,29	6	85,71	1	14,29

Tableau III : Répartition des élèves selon le diagnostic et les résultats scolaires

Diagnostic	Résultats de classe				Résultats d'examen			
	Bon		Mauvais		Bon		Mauvais	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Psychose délirantes aiguës (n=9)	7	77,78	2	22,22	4	44,44	1	11,11
Accès maniaques (n=6)	4	66,66	2	33,33	3	50,00	2	33,33
Toxicomanies (n=8)	2	25	6	75,00	1	12,50	4	50,00
Epilepsie (n=2)	1	50,00	1	50,00	0	0	0	0
Schizophrénies (n=12)	5	41,66	7	58,34	3	25,00	6	50,00
Dépressions (n=17)	16	94,11	1	5,89	9	52,94	3	17,64

Tableau IV : Répartition des élèves selon les résultats scolaires et le type de psychotropes utilisés

Types de psychotropes	Résultats de classe				Résultats d'examen				Total	
	Bon		Mauvais		Bon		Mauvais			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Antidépresseurs	7	38,89	1	5,56	8	44,44	2	11,11	18	100
Antiépileptiques	0	0	2	100	0	0	0	0	2	100
Antipsychotiques	12	18,75	6	9,38	25	39,06	21	32,81	64	100
Anxiolytiques	7	63,63	0	0	3	27,27	1	9,10	11	100
Antiparkinsoniens de synthèse	3	12,50	2	8,33	8	33,33	11	45,84	24	100
NB : un sujet peut avoir utilisé un ou plusieurs psychotrope(s).										

Cette prédominance masculine est retrouvée dans les travaux de **MOKE** [8] et de **KOIDIO** [3] avec des proportions respectives de 63,7% et 72,70%.

Selon **AYADI N. et coll.** [1] la prédominance masculine des élèves présentant des troubles mentaux s'explique : d'une part, par le fait que les garçons consultent en général plus facilement que les filles et d'autre part, par le caractère patriarcal de la société qui accorde plus d'intérêt à la scolarité des garçons qu'à celle des filles.

Quand à **LEVY G.** [7], la déperdition plus grande dans la scolarité des filles pourrait avoir un lien avec la conception du rôle social de la femme basé sur sa fonction ménagère et sa maternité qui demeure encore assez vivace dans les consciences.

Les élèves âgés de 16 à 19 ans étaient les plus nombreux avec 57,41%.

Nos résultats vont dans le même sens que ceux de **YEO-TENENA**[9] et de **KOIDIO** [3] qui trouvaient respec-

tivement pour la tranche d'âge de 16 à 20 ans (42,9%) et 15 à 18 ans (51,9%).

Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que cette tranche d'âge observée s'inclue dans la période de l'adolescence. Elle se caractérise par une recherche d'autonomie par rapport à la famille et correspond à une période de « crise » à laquelle il faut toujours faire attention car elle peut cacher un début de troubles psychopathologiques.

Notre étude révèle que les élèves en classe d'examen étaient les plus nombreux (66,67%) : 46,30% pour la terminale et 20,37% pour la troisième.

Cette prédominance des élèves de terminale se retrouvait dans les travaux de **KONE** [6] : 35,40% pour la terminale et 22,50% pour la troisième.

Ces élèves en classes d'examen sont constamment stressés par le milieu scolaire. Le stress en milieu scolaire peut être désorganisateur et jouer un rôle précipitant des troubles mentaux.

Ce stress est également amplifié par la pression des parents

qui dans notre contexte rattachent la réussite aux examens à une vie professionnelle certaine et meilleure.

La majorité des élèves de notre étude vivait avec le père et ou la mère (75,93%).

Ce résultat traduit implicitement le soutien apporté par les parents à leurs enfants pendant les moments de souffrance et justifierait le mode d'accompagnement en unité de soins psychiatrique dans la mesure où 59,26% d'entre eux étaient reçus en consultation à la demande des parents..

La répartition des élèves selon le rang dans la fratrie montrait que 51,85% étaient aînés de la fratrie.

Cette proportion peut s'expliquer par le rôle et la valeur symbolique que confèrent nos sociétés la position d'aîné.

Bien souvent, les parents estiment que le devenir de l'aîné a un impact sur celui des petits frères de sorte que les parents sont souvent moins permissifs et plus rigoureux avec l'aîné. En plus de cette pression familiale, s'ajoutent également les préoccupations sur leur avenir (études – recherche d'emploi – gestion d'une relation affective). Ces multiples sollicitations peuvent être vécues de manière éprouvante de sorte qu'il en résulte parfois une fragilisation de l'équilibre psychique des élèves. Leur jeune âge pourrait ne pas leur permettre une élaboration mentale efficace pour faire face à ces pressions.

Caractéristiques cliniques et thérapeutiques

La répartition des élèves selon le mode de venue, montrait que 59,26% des élèves ont été adressés par les parents. Ce constat laisse supposer que devant un trouble du comportement, le premier recours des familles demeure un centre de soins.

Huit élèves (14,81%) de notre étude avaient des antécédents psychiatriques personnels.

Chez cette proportion d'élèves présentant des antécédents psychiatriques personnels, il faut craindre une évolution chronique des troubles mentaux qui pourraient assombrir le pronostic scolaire.

Par contre, la majorité des élèves (85,19%) n'avait pas d'antécédents psychiatriques personnels. La pathologie psychiatrique était d'apparition récente. Chez ces élèves, il faut assurer une prévention appropriée pour une plus grande chance d'insertion scolaire et sociale. Dans cette prévention, une place de choix doit être réservée à l'hygiène mentale. On retrouve des antécédents psychiatriques familiaux pour les élèves de notre étude dans 5,56% des cas.

La répartition selon les conduites addictives montrait que 25,93% des élèves avaient des conduites addictives et l'alcool (47,22%) était le type de conduite addictive la plus fréquente.

Ces résultats corroborent ceux de KONE [6] qui trouve une fréquence accrue de consommation d'alcool (19,35%). L'usage de l'alcool n'est pas uniquement responsable d'épisodes confusionnels, il peut être également à l'origine d'absentéisme scolaire, de troubles du caractère et précipiter l'échec scolaire.

La répartition selon les motifs de consultation révélait que



Scène d'école à Abidjan.

les céphalées et les insomnies étaient les motifs de consultation les plus fréquents avec les proportions respectives de 30,60% et 26,12%.

Cette prédominance des céphalées et de l'insomnie était également observée dans les travaux de KONE [4] et YEO-TENENA [9].

Les dépressions, les schizophrénies et les psychoses délirantes aiguës étaient les pathologies les plus fréquemment retrouvées avec comme proportions respectives 31,48%, 22,22% et 16,67%.

Ces résultats sont identiques à ceux de KONE [4] et de KOIDIO [3]

Caractéristiques scolaires

Résultats scolaires avant la prise en charge au SHM

La majorité des élèves (96,30%) avait obtenu des mauvais résultats scolaires avant la prise en charge au SHM.

Comment interpréter ces résultats ? Quel sens donner à ces résultats dans la mesure où seulement huit d'entre eux avaient des antécédents psychiatriques avant la prise en charge au DHM ? Ces élèves vivent-ils dans un milieu où la culture et les résultats scolaires sont valorisés ? Ont-ils des structures environnementales aptes à un apprentissage scolaire ? Ces différentes interrogations suscitent une réflexion ultérieure sur les difficultés scolaires des élèves en Côte d'Ivoire...

La majorité des élèves (54,85%) n'avaient jamais changé d'établissement. Les raisons les plus évoquées pour les changements d'établissement étaient dominées par les mauvais résultats scolaires (65,63%) et les causes de maladies (28,12%). 29,63% des élèves avaient interrompu au moins une fois leur scolarité et, les interruptions scolaires intervenaient sans avis médical dans la majorité des cas (91,30%).

Résultats scolaires au décours du suivi au SHM

Au décours du suivi 64,81% des élèves avaient des bons résultats de classe et 55,60% d'entre eux étaient admis aux examens de fin d'année. Les résultats de classe étaient bons dans 40,74% des cas chez des élèves qui avaient au moins un an de suivi et mauvais dans 27,78% des cas chez ceux qui avaient moins d'un an de suivi. 57,90% des sujets étaient admis aux examens de fin d'année lorsqu'ils avaient au moins un an de suivi et 46,43% ajournés lorsqu'ils avaient moins d'un an de suivi.

Ce constat laisse supposer que les résultats scolaires s'amélioreraient lorsque la durée de prise en charge s'allonge.

En tenant compte des diagnostics, les résultats de classe étaient bons pour les dépressions (94,11%) et les psychoses délirantes aiguës (77,78%).

Les résultats étaient mauvais pour les schizophrénies (58,34%) les toxicomanies (75%).

Au niveau des résultats d'examen, les admissions étaient beaucoup observées avec les dépressions (52,94%), les psychoses délirantes aiguës (44,44%) et les accès maniaques (50%).

Ces bons résultats pourraient s'expliquer par l'action synergique de la psychoéducation et des psychotropes.

Les résultats de classe étaient mauvais avec les schizophrénies (58,34%) et la toxicomanie (75%).

Les échecs liés à la schizophrénie ont été trouvés dans les travaux de ISOHANNI et al. [2]. qui montre que la schizophrénie serait responsable du plus fort taux d'échec (six fois plus élevé que dans la population normale) chez des élèves recevant des soins psychiatriques et tentant de terminer leur scolarité.

L'abord des résultats scolaires en fonction des classes thérapeutiques prescrites révèle que les résultats de classe sont bons pour :

- les anxiolytiques : 63,63%
- les antidépresseurs : 38,89%

Les résultats d'examen sont bons pour :

- les antidépresseurs : 44,44%,
- les Antipsychotiques : 39,06%.

Ces résultats permettent de rompre avec le préjugé selon lequel, présenter des troubles mentaux pour un élève signifie l'arrêt définitif de la scolarité ou un devenir scolaire incertain. Notre travail laisse entrevoir la possibilité d'une continuité des études dans le système éducatif normal. Les classes spécialisées dont l'offre est limitée dans notre contexte interviendraient pour d'autres troubles psychopathologiques de l'enfant (Trouble de l'attention et/ou hyperactivité, déficiences mentales légères) .

Conclusion

Ces résultats nous permettent de dire qu'il est compatible d'avoir de bons résultats scolaires avec des troubles mentaux quand on est suivi ; d'où l'intérêt de la psychiatrie en milieu scolaire...

Certes partiels et encourageants, ces résultats ont été obtenus uniquement avec la prise en charge des praticiens du service d'Hygiène Mentale sans l'intervention des travailleurs du milieu de l'éducation (enseignants, éducateurs spécialisés)...

Il serait souhaitable que les différents programmes de santé concernant l'enfant et l'adolescent en Côte d'Ivoire (programme National de Santé Infantile, programme National de Santé Scolaire et Universitaire) aient des actions concertées avec le Programme National de Santé Mentale pour une meilleure offre des soins aux enfants et adolescents.

Références

1. AYADIN., MAALEY M., JARRAYA A. Devenir scolaire des lycéens et étudiants psychotiques: à propos de 154 cas Neuropsychiatrie de l'enfance, 1995, 45 (9) ; 375-380.
2. ISOHANNI I. ET COLL. Educational consequences of mental disorders treated in hospital. A 31-year follow-up of the north Finland 1966 Birth cohort, Psychological Medicine, 31,2,339-349, 2001.
3. KOIDIO K.S.A. Aspect de la consultation des élèves de l'enseignement secondaire au service de psychiatrie sociale de l'INSP de 1985 à 1996.Thèse Méd. Abidjan, n°2464; 2000; 94p.
4. KONE TAHIROU Prescription des psychotropes chez les adolescents: aspects indicatifs et évolutifs à propos de 270 cas colligés au dispensaire d'hygiène mentale de l'INSP. Thèse Méd. Abidjan, n° 3555; 2003 ; 87p.
5. KONE TIEFING Evolution de la scolarité cinq ans après un épisode psychotique chez 62 élèves hospitalisés à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.Thèse Méd. Abidjan, 2003, n° 3492 ; 81p.
6. KONE TIEFING. Hygiène mentale en milieu scolaire secondaire :enquête réalisée auprès de 291 élèves des établissements publics professionnels et techniques de Yopougon – Abidjan. Mémoire de C.E.S. de Psychiatrie, Abidjan, 1996, 80p
7. LÉVY G. Problèmes psychopathologiques posés par des enfants scolarisés dans un milieu en voie de développement. Thèse méd. Strasbourg 1974, N° 188.
8. MOKE B.L.Difficultés scolaires des enfants âgés de 5 à 19 ans : à propos de quelques cas colligés au centre de guidance infantile d'Abidjan. Thèse Méd., Abidjan, 1998,N°2131,127pages.
9. YEO-TENENA Y. J. M. Consultation de psychiatrie en milieu scolaire : à propos de 170 cas recensés au centre de la santé scolaire et universitaire (CSSU) du Plateau (Abidjan, Côte d'Ivoire) de 1995à 2000. Chiers Santé(AUF);vol 15;N°4;2005;259-262



Peguy T. Ndonkou¹



Hortence Pascaline
Mayou²

Familles entre violence de genre, viol et inceste au Cameroun Analyse pluridisciplinaire d'un vidéodisque

« L'histoire, c'est celle de millions de prédateurs sans pitié. Nous.
Et de leurs millions de victimes sans défense. Nous aussi. »
(Exposition « Le futur a-t-il un avenir ? », Parc d'aventures scienti-
fiques, Frameries, Belgique)

Résumé : l'objectif de cet article est de susciter une réflexion sur les violences de genre à travers le viol et l'inceste que connaissent les familles, les femmes et les filles dans le contexte de leur vécu au Cameroun. Ces violences sont à l'origine des souffrances psychiques et engendrent par la suite des maladies de culture qui se transmettent de génération en génération. Les violences de genre ne concernent pas seulement les femmes ; les hommes en subissent au quotidien, même si on n'en parle peu ou presque pas. À partir de cette analyse, on peut aussi considérer la réalité du genre à travers les femmes qui subissent ces violences.

Mots clés : Familles, violences, genre, viol, inceste

Abstract : the objectif of this article is to stimulate reflection on gender violence through rape and incest faced by families, women and girls in their life context in Cameroon. These violence are the root cause of the psychic sufferings and many cultural diseases that are transmitted from one generation to another. Gender violence does not concern women only but men are victims as well eventhough this is not spoken about or little is said about it. From this analysis we may also consider the gender violence faced mostly by women.

Key words: Families, violence, gender, rape, incest

Introduction

Parmi les problèmes traités par les sciences sociales, les questions de la famille et de la prohibition de l'inceste ont toujours constitué et constituent encore des controverses et des préoccupations d'envergure. Les travaux d'ethnologie (Claude Lévi Strauss : 1949), (Françoise Héritier : 1996) et de sociologie (Emile Durkheim : 1888), (Jean Hugues-Déchaux : 2009) expliquent les systèmes de parenté et d'union dans toute l'étendue de leur diversité et de l'étrangeté de leurs institutions, au moyen du principe de l'échange. Ces auteurs cherchent à étudier les liens qui unissent les individus entre eux, c'est-à-dire qui déterminent la formation des agrégats sociaux et à montrer que, à la

différence des bêtes, les hommes vivent sous le règne de la Loi. Les discussions sur la prohibition de l'inceste symbolisent ou focalisent ce passage de l'état de nature à l'état de culture. L'approche anthropologique de la question a d'ailleurs été longtemps dominée par l'autorité de Claude Lévi-Strauss. Cette interprétation continue de faire autorité, même si la configuration des connaissances sur le sujet a fondamentalement changé. Idéologiquement convergente avec la théorie psychanalytique, elle conforte, au fond, ou redécouvre, la conscience que nous partageons tous de vivre sous le règne de la norme et non selon les nécessités de la nature. Les manières de penser, la logique scientifique font qu'il est encore commun aujourd'hui d'entendre dire et professer que l'inceste serait couramment pratiqué chez la majorité des animaux ou que le passage de la nature à la culture, s'organiserait sur cet événement fondateur qu'est sa prohibition. Aujourd'hui au Cameroun, de nombreuses familles subissent des violences de genre donc les formes de reproduction sont entre autres le viol et l'inceste. Ces violences sont faites majoritairement aux femmes et aux

1. Docteur (Ph.D) en Anthropologie médicale, diplômé de l'Université de Marseille, Coordonnateur National de psy Cause Cameroun, chercheur rattaché au CNRS de Paris par l'UMR-ESPACE.

2. Doctorante en Psychologie à l'Université de Marseille, adhérente à Psy Cause Cameroun.

filles par les hommes. Comment comprendre ces pratiques de sexualité hors normes renforcées par la violence ? Il faut analyser les représentations du viol et de l'inceste et évaluer l'impact psychopathologique et les difficultés psychologiques de même que les changements survenus dans le fonctionnement relationnel des victimes pour répondre à cette préoccupation.

Contexte et justification de l'étude

Les violences basées sur le genre (VBG) constituent une violation majeure des droits humains et une expression des inégalités sociales existantes entre les hommes et les femmes du fait de leur sexe. Ces violences existent dans le monde en général et en Afrique au Sud du Sahara en particulier. La violence peut alors se définir comme tout acte ou tout comportement par lequel une personne exerce sur une autre, des actes d'atrocités de tous genres. Elles peuvent se présenter sous plusieurs formes (violences physiques, violences sexuelles, violences morales et psychologiques...). Le viol et l'inceste font parties des violences sexuelles qui vitalisent cette étude. L'utilisation de la force pour avoir les relations sexuelles est un viol. Il s'entend encore comme un rapport sexuel imposé à quelqu'un par la violence et obtenu par contrainte. C'est tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature que ce soit, commis sur la personne d'autrui par violence ou contrainte. La prohibition de l'inceste quant à elle, est une répression sociale des pratiques sexuelles entre individus de même parenté. Le genre quant à lui est un paradigme nouveau dans le discours scientifique des inégalités sociales et transcendantales de l'ordre supérieur déterminé par Dieu. Il y a une idée de fatalité inscrite dans la nature. La vie de l'homme n'échappe pas à son contrôle. Cette philosophie est connue depuis le 18^e siècle mais les hommes ne sont pas égaux, une classe possède les moyens et l'autre n'en possède pas. Le problème du genre se pose parce qu'il y a une résurgence de l'irrationalité dans les relations humaines.

Les pratiques d'inceste sont reconnues dans l'histoire des sociétés humaines pour y avoir présenté des caractères utilitaires, mais elles sont considérées aujourd'hui comme une orthodoxie. C'est pour cette raison que des dispositions ont été prises dans les institutions internationales les plus diverses pour essayer de les juguler. Ainsi par exemple, la Déclaration universelle des droits de l'homme dès 1948 stipule que chacun doit pouvoir jouir de ses droits et libertés, sans distinction de race, de couleur, de langue... et de sexe. De plus, au lendemain de la seconde guerre mondiale, une série d'engagements nationaux et internationaux ont eu pour objectif la reconnaissance des droits et du rôle de la femme dans le monde. Plus tard, sous l'impulsion des mouvements féministes des années 70, les débats sur l'émancipation de la femme gagneront une réelle audience. Entre 1975 et 1995, des conventions en faveur des femmes sont adoptées, notamment la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à leur égard. Mais,

dans la majorité des pays, les inégalités sociales, les crises et aussi la pauvreté de plus en plus grandissante induisent plusieurs formes de violences. Les femmes sont violées, battues, forcées à l'acte sexuel ou abusées au quotidien. D'après une étude de l'OMS et de la Banque Mondiale, la violence domestique est la cause principale de la mort ou de l'atteinte à la santé des femmes entre 16 et 44 ans. La situation de la violence à l'égard des femmes, des filles et des enfants dont la fragilité ne fait plus de doute devient encore plus critique dans les pays en situation de crise et post-conflit comme la Côte d'Ivoire, la Somalie, la Libye, la Syrie, le Soudan....

En France, Laurent Mucchielli (2005) mène une recherche sur les « viols collectifs » en intégrant les données judiciaires et l'analyse sociologique pour comprendre ce phénomène qu'on nomme « tournantes » ou « agressions sexuelles en réunion » et qui consiste à contraindre une fille à avoir des rapports sexuels avec chaque garçon devant l'ensemble de la bande. L'auteur précise qu'il s'agit souvent des petits groupes de 3 à 6 garçons, âgés généralement entre 18 et 20 ans voire moins. Quels comportements sont de nos jours derrière les catégories juridiques de viol et d'agression sexuelle commis par plusieurs personnes ? Pour répondre à cette question, l'auteur propose que les réponses soient recherchées dans la personnalité du violeur, dans l'affirmation virile collective et l'initiation sexuelle, voire la domination violente et quotidienne, le cynisme et le rite de passage des prédateurs.

Au Cameroun, à peine 10% des femmes violées portent plainte et environ 2% des violeurs sont condamnés. Ces chiffres dépassent l'entendement et ne changent quasiment pas d'un pays à l'autre et d'une année à l'autre. Parmi les auteurs de viol, se recrutent paradoxalement les hommes de Dieu (Pasteurs, prêtres, prophètes des nouvelles religiosités...) etc. qui représentent 1%, les enseignants (4%) et les hommes en tenue (9%). Ces données relèvent du dernier rapport du RENATA¹, qui regroupe plusieurs associations impliquées dans la lutte contre le viol au Cameroun. La littérature contemporaine s'abreuve de la question. Face à la diversité des croyances et des pratiques culturelles, la majorité des groupes ethniques ont en commun la même perception différenciée des relations familiales entre l'homme et la femme. Le rôle d'autorité de l'homme et la position de subordination de la femme sont traduits à travers différentes institutions sociales. Il pose aussi à la femme des souffrances d'ordre psychiatrique ou psychopathologique.

Violences de genre et pratiques incestueuses

D'après l'UNFPA² (2009), les violences basées sur le genre (VBG) sont une réalité partout dans le monde. Dans les pays en développement, les données s'y rapportant sont de plus

1. RENATA : Réseau National des Associations de Tantines est une ONG camerounaise qui lutte contre les formes de violences faites aux femmes : viol, inceste, massage des seins...

2. UNFPA (United Nations fund for population activity)

en plus croissantes et préoccupantes. Elles sont plus amplifiées dans les régions confrontées aux conflits armés. Depuis les années 70, les VBG sont dénoncées par les mouvements féministes et les actions sont prises tant au niveau international que national. Les résolutions issues des conférences sur les droits humains à Vienne en 1993, sur la population et le développement au Caire en 1994 et sur les femmes à Beijing en 1995 ont affirmé leur détermination à « prévenir et éliminer toutes les formes de violences contre les femmes et filles ». Bon nombre de gouvernements à travers le monde parmi lesquels le Cameroun, les ont adoptées. De plus, la plupart des études établissent un lien entre les VBG et le genre, défini comme attentes socialement construites de chaque société en matière de comportements masculin et féminin ; ces attentes sont relatives à la division des rôles, des responsabilités entre hommes et femmes, des droits et des obligations qui leur sont assignés.

Le travail de Josse Evelyne (2007) dans les prisons de l'ex-Union Soviétique sur les violences sexuelles entre détenus de sexe masculin montre dans quelles circonstances l'homme perd ses droits et permet de révéler la subordination de la femme dans la société. Elle peut alors écrire : *« Partout dans le monde, les rapports de genre sont organisés selon une hiérarchie où les hommes occupent la position dominante et les femmes, une position de subordination. La virilité est le principe organisateur essentiel de cette catégorisation. Elle distingue non seulement les hommes des femmes, mais elle classe également les individus masculins selon un axe vertical. Ainsi, dans l'univers de la prison, les individus capables d'affirmer leur virilité occupent les positions élevées de la hiérarchie carcérale, les autres sont relégués au bas de l'échelle, assimilés aux femmes et assujettis comme celles-ci sont hors les murs »*.

Bell Hilaire et (al) réalisent une étude sur les violences faites aux hommes par les femmes au Cameroun en 2011. Ils montrent que ces violences sont de plusieurs ordres : verbales, physiques, économiques, sexuelles, rituelles, psychologiques et morales, homicides et infanticides. Ces violences se produisent dans tous les milieux de vie : lieux publics, lieux de travail, lieux de divertissement, rues, écoles, églises, foyers, quartiers. Elles sont accentuées pendant les périodes de crise notamment la perte d'emploi du mari, les périodes de fêtes de fin d'année, pendant les périodes de réjouissances des journées internationales de la femme. Les causes immédiates relevées sont d'ordre sociales, économiques et morales : ce sont notamment les faits de jalousie, de méchanceté, de malhonnêteté, de nature impulsive de la femme, de pauvreté, de manque de dialogue et d'éducation, de recherche effrénée du plaisir et des biens matériels, d'alcoolisme et de consommation des drogues et stupéfiants, de désir de domination ou de leadership féminin. Les causes exogènes seraient le fait de la volonté de la gent féminine de vouloir s'affirmer dans la société par tous les moyens dans le contexte politique de promotion débordante de la femme et du mouvement féminin qui a pris une ascendance extraordinaire au sein de la société camerounaise.

Au Cameroun, rapporte Flavien Ndonko, Geerd Epel et (al) (2009), filles et femmes ont subi des violences de genre. 37, 719 filles /femmes interrogées ont été violées, ce qui fait plus de 432,833 victimes. Soit 18 % de l'ensemble. Des cas de viols ont été perpétrés par un membre de la famille, soit plus de 77,909 filles et femmes victimes d'inceste. Dans la répartition des cas de viol par région, 15 % dans le Nord, 13% dans l'Extrême Nord et Nord-Ouest. La tranche d'âge des victimes au moment du viol est de 42% entre 11-15 ans, 37 % entre 16-20 ans et la moyenne d'âge est de 15 ans. 9,4 % des victimes ont subi un viol collectif, c'est-à-dire par plusieurs violeurs à la fois. Pour ce qui est des relations entre les violeurs et la victime, 33% sont des inconnus, 27 % sont des camarades/amis, 22 % les voisins/locataires, 5% sont des voleurs ou agresseurs et 9% sont amis de la famille. L'incidence du viol est passée de 0,1% avant 1970 à près de 35% en 2008. L'évolution du viol au Cameroun a une tendance inquiétante et préoccupante, elle croît d'une façon exponentielle. Seulement 1 violeur sur 20 est condamné par la justice. La question des violences, des viols et de l'inceste n'a pas encore soulevé l'aspect des maladies culturelles qu'elle engendre chez les victimes.

Interprétation du vidéodisque

Le premier documentaire montre que la victime, Majolie Nguefack (Douala) a subi un viol par agression. Des inconnus, en commettant leur forfait de vol, exercent sur elle le viol. Son père qui voulait la défendre s'est vu intimé l'ordre d'entretenir des rapports sexuels avec sa fille sous leur regard. Il succombera par la suite à ses blessures après avoir été violemment agressé par les bandits. Le refus de celui-ci de commettre cet acte incestueux ne les empêchera pas de violer la fille à plusieurs reprises et l'un après l'autre. Il s'agit là de l'illustration d'un cas de viol collectif que Laurent Mucchielli (2005) avait déjà relevé en France. En plus des agressions, les cours de répétition auxquels sont souvent soumis les enfants sont un facteur d'exposition de ceux-ci au viol dans de nombreuses familles. Kuetsa Ngo Claire a été violée par son répétiteur qui était en même temps son maître d'école. La victime, sous la menace de son instituteur, se sent dans l'obligation de se soumettre à l'acte sexuel. Si elle résiste, témoigne-t-elle, elle sera bastonnée le lendemain à l'école.

Le troisième documentaire présente le cas de Sandrine Atanga qui a été violée à plusieurs reprises par son père géniteur. Quand sa mère s'est rendue compte que sa fille était devenue sa coépouse, elle n'a pas pu supporter le choc et a préféré quitter le foyer conjugal en abandonnant sa fille à elle-même pour s'en aller très loin (dans un pays étranger) afin d'essayer d'oublier le traumatisme de ce triste sort qui s'abattait sur sa famille. L'enfant se plaint et pleure à grosse goûte de larmes pour essayer de faire comprendre à sa mère qu'elle n'y était pour rien et que son absence auprès d'elle crée un vide à nul autre pareil sur tous les plans. Ce viol a engendré le divorce des parents.

Dans le cas de Sabine Ambe, son violeur est le fils du bailleur. Les filles sont exposées dans les relations de proximité au voisinage. Les enfants des voisins élisent souvent domicile dans d'autres ménages comme s'ils y résidaient effectivement. Ils sont même souvent confondus aux enfants de la maison. La raison qu'on avance généralement est que le voisin a un objet d'attraction et de regroupement des enfants (télévision, tableau de Ludo, jeu de cartes, le repas, l'eau glacée...) qui favorisent l'interrelation des uns et des autres. En milieu rural, les parents commissionnent souvent leur fille ou leur fils pour donner à manger au voisin, question d'entretenir les liens d'amitié et de solidarité qui existent entre les deux familles. C'est souvent à cette occasion que les enfants se connaissent, se parlent, se rapprochent et ont l'occasion de parler de tout ce dont ils pensent.

Dans un autre documentaire, Iyanga Eric est le père d'une fillette de 3 ans qui a été violée par un jeune homme d'une vingtaine d'années. L'examen physique du médecin ayant consulté la victime relève des lésions annales. Il s'agit là d'un cas de viol par sodomie. La démarche juridique paraît complexe pour un père en quête de justice. Mais il faut noter la perturbation de la scolarité de la victime qui a perdu le chemin de l'école, question d'assister aux audiences. On peut aussi relever le manque de moyens du père qui empêche l'avancement de la procédure. L'avocat chargé de la défense de la victime déplore le contenu du certificat médical qui, selon lui paraît biaisé.

Le documentaire qui a suscité beaucoup d'humour, mais aussi d'affliction tant dans les familles que parmi les vidéospectateurs est celui qui porte sur le cas de Céline Ondobo. Elle tient le public par les rires dans un langage familier. Mais elle a aussi assassiné son violeur, le nommé Nogo. Céline Ondobo refuse les relations sexuelles pour des raisons de liens de parenté qui existent et qu'elle reconnaît entre elle et son violeur en ces termes : *« J'ai dit à Nogo que nous sommes parents, il n'a pas voulu me comprendre et je l'ai assassiné »*. On voit que Céline Ondobo veut respecter

la Loi de l'inceste. Mais Nogo veut jouir de la relation à plaisanterie, cette relation intrafamiliale caractérisée par la honte, l'intimité, la détente et la plaisanterie. Il ressort des enquêtes de terrain que le nommé Nogo n'est pas à son premier forfait et que Céline Ondobo serait victime d'une dépression morale qui lui donnerait la force et le courage d'assassiner. Ce qui est intéressant à remarquer c'est que les quatre informateurs disent la même chose et reconnaissent que le nommé Nogo, par le passé avait déjà violé une fillette de quatre ans et une sexagénaire. Dans ce cas d'assassinat, le présumé mérite la peine de mort et on constate malgré tout que l'avocat conseil de RENATA assiste l'assassin qui est accusé pour assassinat et se plaint pour viol. Malheureusement, le violeur meurt et l'action juridique est éteinte.

Leyong est une communauté de Nkongsamba où la nommée Nelly vit une dimension de la souffrance à l'issue des viols dont elle a été victime. Elle a été violée par Abo à l'âge de onze ans. Pour convaincre sa victime, le nommé Abo a utilisé un somnifère, une drogue pour endormir sa victime. Nelly a pris la peine d'informer son père, mais elle fut surprise de savoir que son père avait une attitude réservée à l'endroit des plaintes de sa fille. Plus tard, le père de Nelly va s'en prendre aussi à sa fille en la violant à plusieurs reprises dans les champs de caféier comme les images nous l'indiquent. Le comportement du père vis-à-vis de sa fille était paradoxal et attira l'attention de l'entourage. Il procédait par des menaces, des violences d'un autre genre tant envers sa fille que les autres enfants et même son épouse. Nelly vit une liaison contre nature comme en témoigne Ma' madé, une voisine à cette famille : *« Au début, je pensais que Nelly était l'épouse de ce monsieur, c'est après que je me suis rendu compte que c'était sa fille. Ils se comportaient comme mari et femme »*.

Dans cette présentation, Epela Pélagie, résidente à Yokadouma dans la Région de l'Est Cameroun, est violée par son directeur d'école. Une effroyable nouvelle venait de s'abattre sur l'ensemble des peuples Baka. Une des leur est



La GIZ aide les étudiants à briser le silence. Source : Archive des auteurs, 2012.

violée et de surcroît celui qui leur apporte la connaissance du blanc (L'école). Dans un premier temps, la victime est réticente aux relations sexuelles que lui propose son violeur. Ensuite, il utilise l'argent comme appât, lequel argent lui sera arraché après le forfait. Finalement, sous le conseil de son frère Gendarme de profession, le violeur abandonne l'école qui restera fermée jusqu'au dernier passage des enquêteurs.

Dans la localité de Wum, Région du Nord-Ouest Cameroun, les parents semblent ne pas juger nécessaire d'investir sur les enfants filles et leur scolarité est aussi remise en cause. Plusieurs cas de viol ont d'ailleurs abouti à une grossesse entre parents. C'est le cas par exemple de Kuinta, violée à treize ans par son oncle qui profite des devoirs de responsabilité qu'il a envers l'enfant pour la contraindre à l'inceste. La majorité des enfants vivent chez un tuteur nanti pour bénéficier de l'éducation.

Démarches méthodologiques et modèles d'analyse

Par l'observation documentaire et les témoignages des victimes du viol et de l'inceste, nous voulons analyser et comprendre les motivations des violences faites aux femmes et aux filles par les hommes au Cameroun. Un entretien approfondi a été mené auprès de 10 étudiants parmi les 83 ayant regardé le film. Cette enquête a eu lieu au lendemain de la projection du vidéodisque avec ceux qui ont accepté de venir discuter après la projection. Elle avait pour but d'actualiser le phénomène et le rendre présent à l'esprit.

Les modèles théoriques visant à comprendre les violences de genre sont divers. En plus des théories classiques (théorie de la domination masculine et du patriarcat, de l'apprentissage sexué...) la théorie contemporaine de la psycho-dynamique ou de l'introspection essaye d'expliquer les causes de la violence des hommes envers les femmes. Elle fait ressortir les problèmes psychologiques liés aux traumatismes, aux difficultés sur le plan du développement ou aux maladies mentales. Parmi ces problèmes, mentionnons les personnalités immatures, les troubles de la personnalité, une mauvaise maîtrise des impulsions, la peur de l'intimité et/ou l'angoisse d'abandon et les troubles mentaux (Stordeur et Stille, 1989).

La théorie pro-féministe stipule que, pour les hommes, la violence est une façon d'exercer leur pouvoir et leur suprématie sur les femmes. Selon cette théorie, la violence comprend la violence psychologique qui peut saper l'estime de soi de la victime. Le modèle pro-féministe est en faveur de l'apprentissage des techniques de maîtrise de la colère et de communication, mais il fait ressortir la nécessité de mettre en question les droits que les hommes pensent avoir sur leurs femmes et leurs enfants. Si l'on ne corrige pas le déséquilibre des pouvoirs entre les hommes et leurs familles, les hommes pourraient utiliser les nouvelles techniques acquises à mauvais escient et s'en servir comme des moyens plus subtils de continuer d'exercer leur domination (Adams, 1988).

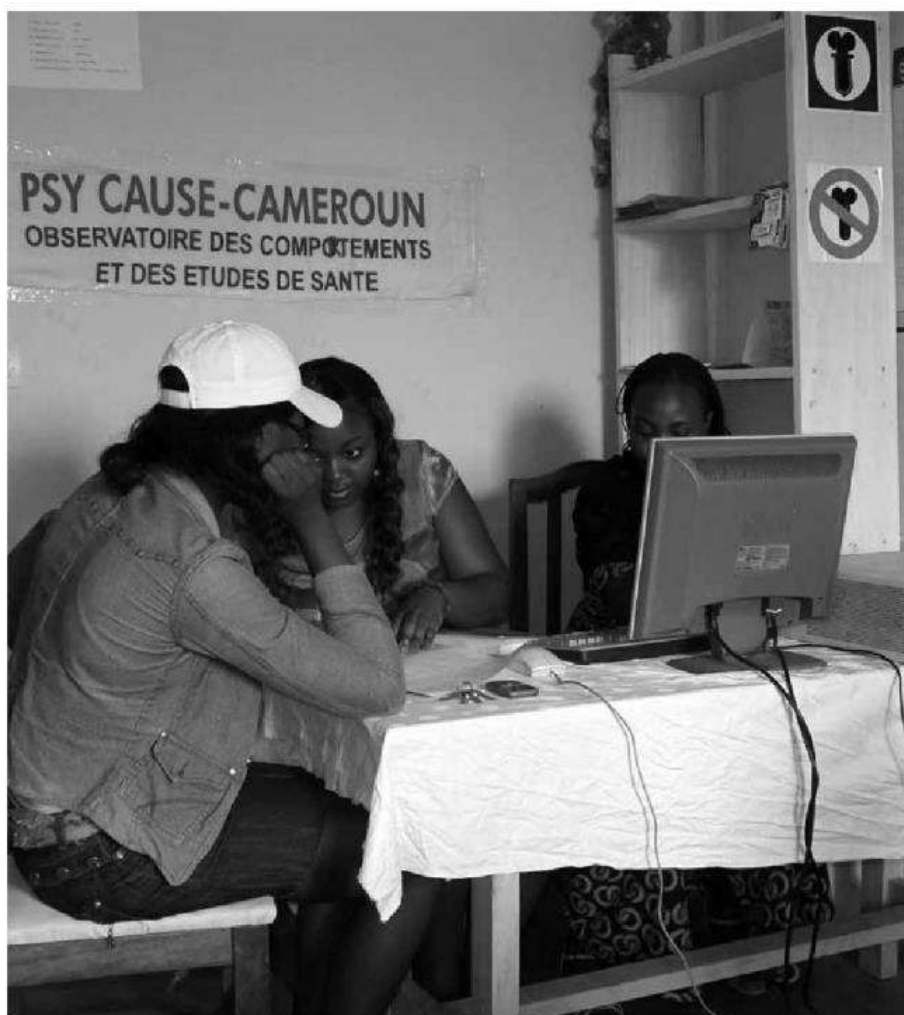
Typologie des violences de genre

Avant d'aborder la typologie des violences de genre, il est important de relever le témoignage d'un informateur recueilli lors d'une étude sur le genre et la sous représentation des femmes dans l'état civil au Cameroun en 2010. Cet informateur note que : « *Parlant du genre, la littérature onusienne se réfère aux sexes ; mais il faut aller au-delà, saisir le genre comme modèle d'analyse des rapports sociologiques, mais aussi comme une approche du développement, de restauration de la justice sociale et de gouvernance.* ». Il saute aux yeux que le viol et l'inceste sont des phénomènes qui déferlent la chronique au Cameroun comme un peu partout ailleurs. Il existe plusieurs formes de violences à travers le viol : les viols par agression, le viol parental, les viols par sodomie, les viols par agression érotique... Même si cela n'est pas mentionné dans l'ensemble des présentations, il ne faut pas perdre de vue le cas des viols de guerre qui sont d'une dimension non négligeable et qui font aussi autant de victimes. Le viol et l'inceste ont souvent un rapport avec la religion. Les violeurs et les incestueux relèvent de certaines obédiences religieuses (sociétés secrètes, sectes) où il leur est exigé des conditions exorbitantes. Dans certaines sectes, l'adepte a l'obligation de maltraiter son propre enfant par les bastonnades, les sévices sexuels et les châtiments corporels. Il doit avoir des relations sexuelles avec sa propre fille ou fils etc.

1. Violences comme reflet des inégalités entre les femmes et les hommes

Les violences de genre peuvent être définies comme des comportements causant des torts physiques, sexuels ou psychologiques mettant en jeu la dimension des rapports sociaux entre les hommes et les femmes, des inégalités de pouvoirs entre les sexes et qui frappent particulièrement les filles. En effet, il est connu que dans les sociétés où les femmes ont un statut inférieur et où des pratiques comme l'infanticide, l'excision et les crimes d'honneur existent, les filles risquent plus de souffrir de violences sexuelles. Si les garçons sont également touchés par les violences sexuelles, les jeunes filles sont nombreuses à déclarer des cas d'abus, tels que la charge de la corvée d'eau pour la classe, l'accomplissement de tâches domestiques chez l'enseignant, le harcèlement sexuel et le viol. Dans les deux cas, les rapports sociaux de sexes et les identités de genre sont des enjeux incontournables.

Les violences tenant au genre mettent en jeu des dimensions multiples : économiques (cas du sexe transactionnel) ; socio-culturelle (tabou sur l'éducation à la sexualité et inégalités entre les femmes et les hommes) ; et sanitaires (faibles utilisations du préservatif et de la contraception entraînant une transmission des maladies sexuellement transmissibles, du VIH-SIDA ainsi que des grossesses non désirées) qui s'articulent avec deux autres dimensions ; une dimension « d'abus d'autorité » qui concerne la violence d'enseignants envers les élèves ; et une dimension de genre qui concerne la violence



Le secrétariat de Psy Cause Cameroun recommande le préservatif (février 2013).

masculine envers les élèves filles, voire les enseignantes. Les relations de violence mettent également en jeu des relations de pouvoir. Le sexe transactionnel qui désigne le fait d'avoir une relation sexuelle en échange d'argent, de cadeaux ou d'autres faveurs montre bien la relation asymétrique entre des enseignants qui marchandent des bonnes notes contre des faveurs sexuelles et des élèves qui souhaitent terminer leurs études. Elle est connue sous le nom de MST (Moyenne sexuellement transmissible). D'après le témoignage d'un responsable des affaires sociales, certains cas de viol sont commis par les hautes personnalités du pays qui réussissent à piétiner la loi sans être inquiétées. Le succès des violeurs sur leurs victimes vient du fait qu'ils sont les pourvoyeurs des moyens de subsistance de la famille particulièrement dans les cas où la femme est sans emploi.

Analyse anthropologique du viol et de l'inceste

Les travaux classiques d'ethnologie et d'histoire montrent que l'Egypte ancienne est fréquemment citée comme une exception à la prohibition universelle de l'inceste. Non seulement les textes n'énoncent aucune restriction à la liberté de choix des conjoints, mais on observe dans la pratique des unions entre frères et sœurs de même mère,

ou de même père, ou encore entre père et fille. Ces unions consanguines interviennent dans les familles royales. (Rouland Robert, 1988 : 336). Au début du Nouvel-Empire (1555 av.J-C), elle ne constitue pas la règle, mais un recours possible pour préserver la continuité dynastique, qui obéit à la primogéniture : ainsi, si la situation généalogique le permet, en cas d'absence de l'héritier « normal » qui serait le fils du couple royal, on admettra qu'une fille de ce couple se marie avec son demi-frère de même père. Mais cette fille n'est que le vecteur du pouvoir dynastique qui est exercé par son mari, avant d'être transmis à leur futur héritier. (Rouland Robert, 1988 : 337).

Le viol et l'inceste se sont érigés en institution et fonctionnent de façon silencieuse dans les familles africaines aujourd'hui. Il est encore très courant d'entendre qu'un homme a épousé deux sœurs pour des raisons de préservation des liens d'alliance dans le cas où la première épouse ne ferait pas d'enfant. Il est encore dit que dans certaines cultures, la belle-mère entretient des rapports sexuels avec son gendre avant le mariage, question de tester la virilité de ce dernier, ce qui constitue une des conditions du mariage. Il existe dans les cultures les plus diverses des façons différentes de commettre l'inceste et plusieurs raisons de commettre le viol sur les femmes, les filles et même les hommes ou les garçons. Le viol ou l'inceste a des

conséquences sur les victimes. Claude Lévi-Strauss pense que cette interdiction fait ressortir le principe de « l'unique par l'unique » ; du « même au même » ou de la « mêmété » Il faut revenir sur la Loi de l'inceste telle qu'élaborée par Lévi-Strauss. Il s'agit d'imposer la Loi de l'opposition, la différence nature/culture. Ce phénomène est suffisamment étendu et varié pour mettre en évidence une pluralité de processus psychosociaux.

1. Approche psychologique et psychopathologique du viol et de l'inceste

Face à un cas de viol, le corps médical adopte, vis-à-vis de la victime, deux conduites distinctes : - l'examen médico-légal ; l'examen clinique établit l'inventaire des marques de violences et reconnaît la réalité du viol. De cet examen pourrait naître une épidémiologie descriptive qui définit au mieux le profil de la victime et les facteurs de risques pour ce crime. Les considérations psychologiques auparavant systématiques et dont l'avantage essentiel est de ne pas entériner cette suspicion du discours d'une femme suspecte et déshonorée d'avoir suscité une pulsion libidinale ; - les symptômes, présentés par les victimes après tels actes de violence sexuelle, affectent aussi bien l'état physique et psychologique, que la capacité de réintégration sociale de l'individu. En regardant le documentaire, on peut situer le profil psychopathologique des victimes autour de trois entités nosologiques en fonction du décours temporel : l'anxiété, la dépression et l'altération du fonctionnement social. Les victimes du viol peuvent passer des moments essentiellement longs d'anxiété et de phobie qui apparaissent individualisables au lendemain du viol, mais qui, au fil du temps, persistent. La dépression marque une plus grande évolutivité et variabilité. La symptomatologie rapportée, significativement élevée quelques jours suivant l'agression, devient maximale durant peu après, avec un paroxysme où des victimes présentent un état dépressif majeur. La quotidienneté de la victime connaît des perturbations dans le domaine socioprofessionnel les jours suivant l'agression, essentiellement à type d'inadaptation et de sentiment d'insatisfaction. Dans le domaine familial, le retentissement est ressenti de façon beaucoup plus prolongée puisque identifiable peu de temps après. Il en est même au niveau du comportement sexuel avec le développement de sentiment d'insatisfaction sexuelle. L'approche psychologique permet de faire le lien entre les conséquences du viol et de l'inceste en rapport avec le VIH/Sida. Les études sur le VIH illustrent le rôle de la psychologie aux différents stades de la maladie. En effet, les facteurs psychologiques sont importants non seulement par rapport aux attitudes, aux croyances concernant le VIH et au comportement conséquent, mais aussi par rapport à la vulnérabilité de l'individu à ces maladies. (H. Pascaline Mayou, 2013) Les maladies comme le Sida qu'on peut contacter forcément au cours d'un viol peuvent avoir de graves répercussions psychologiques aboutissant parfois à plusieurs formes de discriminations : celles-ci sont de deux orientations : une discrimination liée au regard que la société

porte sur ces malades et une autre relative à la perception que le malade se fait de lui-même (auto-discrimination).

2. Viol, inceste et maladies

Les souffrances dont sont victimes les personnes violées ou incestueuses s'étalent sur les plans physique, psychique, somatique et même transgénérationnel. Sur le plan physique, les conséquences sur la santé de la victime sont perceptibles : elle a les maladies *du dedans* (IST) (*Inside disease*) et les maladies *du dehors* (infortune, malchance) (*Outside sickness*). Quoi qu'il en soit, il faut lire dans la perspective médicale les conséquences du viol sur les victimes. Dans la série des conséquences, on peut noter la détérioration des organes génitaux qui sont encore immatures pour les petites filles ; la transmission des IST (Infection sexuellement transmissible) qui oblige souvent le personnel médical à mettre les victimes sous traitement. Les grossesses non désirées qui peuvent aller jusqu'à invalider non seulement la scolarité mais la vie de la victime. Des filles tombées enceintes à la suite d'un viol, seulement un tiers, soit 31% a eu recours à l'avortement (F. Ndonko et al. 2009) légal et pour cause, témoigne cette informatrice de 18 ans à Yaoundé : « *Quand tu pars à l'hôpital pour un avortement, le Médecin complique, il te pose trop de questions qui traumatisent. On a honte de lui dire que la grossesse est issue d'un viol ou de notre père géniteur. La procédure à suivre est longue et le prix à payer pour un avortement médicalisé n'est à la portée de toutes les bourses* ». Le témoignage de cette informatrice pose un problème de déontologie médicale. À quelles conditions le médecin a-t-il le droit de faire avorter ?

3. Facteurs favorisant le viol et l'inceste

L'enquête réalisée par F. Ndonko, O. Bikoe, G. Eppel, K. Ngamby (2009) parlant des relations entre le violeur et la victime montre que 22% des cas de viol sont perpétrés par le voisin et favorisés par la proximité et l'élan de solidarité qui anime les familles. Au Cameroun, les familles vivent encore dans un environnement insalubre et dans une promiscuité totale (une chambre), souvent très rapprochées des marécages où les moustiques voltigent à longueur de journée et toute la nuit. Face à la souffrance dans laquelle vit Nelly aujourd'hui, elle a tenté de se suicider, de tuer son père, mais va finalement opter de dénoncer, de briser le silence. De plus, les comportements de plaisanterie sont institutionnalisés à l'intérieur des familles. Seul le mariage peut entraîner une perturbation majeure de la structure familiale en Afrique en général et au Cameroun en particulier. Dans les îles Banks où Rivers avait étudié l'institution du *Poroporo*, les parents sont classés en gens qui se *poroporo* (qui peuvent entretenir des relations sexuelles entre eux) et qui ne se *poroporo* pas. Dans cette société, le mari de la sœur du père est une des cibles favorites du *poroporo*. La seule différence concerne la femme du frère qu'il faut ne *poroporo* qu'un peu.

Par ailleurs, en Afrique, le placement des enfants est une stratégie qui permet de faire face à la pauvreté et aux difficultés



Porte d'entrée de PsyCause Cameroun. À droite, une affiche pour l'usage du préservatif féminin.

économiques de nombreuses familles. Ce placement n'est toujours pas favorable aux droits des enfants. Certains cas de viol sont issus du placement des enfants dans les familles d'accueil comme le confirme ce témoignage de Madame X..., 48 ans à Yaoundé : « À la mort de mon mari, mon frère a pris ma fille aînée pour élever parce que je n'avais pas la possibilité de le faire désormais seule. Pour moi, il était tout à fait normal qu'un frère aide sa sœur à élever son enfant, nous avons aussi été élevés de la même façon. Mais mon frère avait fait de ma fille son épouse sous le regard de sa femme (pleures). Il a violé ma fille pendant 9 ans quand elle avait 20 ans. Aujourd'hui, ma fille n'a pas de vie, pas de mari, il a maudit l'enfant avec son pénis... » (Elle éclate en sanglots). On peut tout de même reconnaître que certaines grandes personnalités ont réussi grâce à leur placement dans les familles d'accueil. Le rôle premier que joue le placement des enfants dans les sociétés africaines est celui de renforcer les liens familiaux entre parents distancés par le mariage, la migration ou la mort. Mais d'autres motifs restent valables. Quand un couple n'a pas d'enfant, on lui en confie qui devient socialement sa progéniture. Cela se prolonge même après sa mort. Chez les Bamiléké du Cameroun, quand un homme ou une femme meurt sans enfant, on doit lui trouver un successeur parmi les enfants de la famille. De même, les jeunes couples accueillent généralement un petit enfant qui joue le rôle de fils ou de fille aîné (e) dans le nouveau foyer.

De plus, les enfants issus des actes incestueux vivent et cela revient à ce que Claude Lévi-Strauss et Françoise Héritier développent en montrant que l'inceste est seulement une Loi qui permet de réguler l'ordre social. Les comportements d'infanticide des femmes sont une émanation du viol et de l'inceste. Une informatrice, Mademoiselle X..., 24 ans à Yaoundé affirme : « Si je conçois un enfant en situation de viol ou d'inceste, je dois tout faire pour l'effacer. Si l'hôpital refuse de me faire avorter, j'accouche et je jette à la poubelle ou dans la latrine. Je ne peux pas supporter de voir un enfant conçu sous le coup d'une agression, de viol ou d'inceste. Pis encore si je ne connais pas le père (violeur, bandit, agresseur...) ou issu d'un parent (mon père, mon oncle, un cousin, un frère...). Il ne faut même pas penser à ce genre de choses ». Il ressort de ce témoignage que les grossesses non désirées à l'issue du viol ou de l'inceste exposent la femme à des risques graves qui peuvent entraver sa santé et aboutir à la mort lors des tentatives d'avortement.

La montée du phénomène du viol dans une société peut traduire l'état de l'insécurité sociale dans lequel vivent les populations. La quête de la scolarisation et l'accoutrement expose les filles au viol et à l'inceste. L'éducation est l'outil que l'enfant reçoit des parents pour faciliter son insertion au sein du groupe social. L'absence des infrastructures et des enseignants ne suffisent pas pour justifier la sous-scolarisa-

tion. Les conséquences des abus sexuels sont à la fois sanitaires et éducatives. Les viols entraînent des traumatismes psychologiques, une exposition aux maladies sexuellement transmissibles y compris le VIH/SIDA et des grossesses non désirées qui entraînent des exclusions quasiment systématiques. Lorsque les femmes sont contaminées par le virus du Sida, elles font face à une situation tragique. Il arrive parfois que le compagnon (séronégatif) abandonne sa partenaire (séropositive). En outre, elle doit gérer en même temps que sa maladie, tous ses rôles traditionnels au sein de la famille : éducation des enfants, tâches ménagères, etc. Elle s'atèle ainsi à préserver le bien-être des autres au détriment de sa santé (H. Pascaline Mayou, 2013). Au niveau éducatif, les violences entraînent un stress, l'incapacité de se concentrer sur le travail scolaire et une opinion négative de soi. Beaucoup de filles quittent momentanément l'école ou l'abandonnent définitivement par peur que leurs agresseurs continuent d'abuser d'elles. « *Au Botswana, 67 % des filles déclarent avoir subi du harcèlement sexuel de la part d'enseignants, majoritairement au début du secondaire, parmi celles-ci 11% déclaraient envisager sérieusement de quitter l'école* ». De plus, les violences perpétrées par les enseignants envers les élèves filles ont des conséquences directes sur l'environnement scolaire et sur le comportement des élèves garçons envers les élèves filles en véhiculant le préjugé que leur réussite scolaire dépend de faveurs sexuelles. Il faut lire dans cet acte les conséquences sociales qui pèsent sur le peuple Baka de la Région de l'Est Cameroun déjà suffisamment sous-scolarisé. Il faut prendre en considération l'accoutrement des filles. Les garçons interrogés au cours de cette étude reprochent aux filles de mettre des habits qui attirent (DVD : Dos et Vendre Dehors, Mini jupes, Collants, moulants...) et dessinent les parties du corps. Ce genre d'accoutrement indispose, met mal à l'aise et excitent les hommes au passage.

4. Imagerie de la femme violée ou incestueuse

Dans les cultures africaines, la femme violée est considérée comme un objet souillé, une personne impure, sale, polluée et dégoûtante. En langue Bété, elle est « Mvit » (saleté), ou « Tsi » (fétiche) en Bamiléké. Françoise Héritier (2005) montre que dans les sociétés africaines, la femme a toujours été considérée comme cadette sociale, par conséquent toute situation dans laquelle elle se trouve, qu'elle ait tort ou pas, est toujours mal vue. Dans les cas de viol, la femme est toujours accusée, on ne croit pas à ce qu'elle dit. Cette situation traumatise la jeune fille et l'empêche par conséquent de dénoncer son agresseur. Après un viol perpétré, elle doit alors se purifier, se laver pour être propre. D'où la nécessité des rites comme ceux de la propitiation et de l'expiation. Il faut expier la souillure afin d'attirer l'estime des autres. Ce sans quoi on dira de cette personne qu'elle est porteuse de malchance, d'infortune, de maladies. Le viol est encore fréquent dans nos sociétés parce que nos traditions sont bafouées. Dans certaines sociétés, la tra-

dition fonctionne comme une loi qui indiquait les limites du permis et du défendu. À travers les figures de pensée comme les proverbes, on pouvait lire des représentations qui permettaient de réguler l'ordre social. Par exemple, un proverbe Bamiléké montre comment les parents éviteraient que les relations sexuelles soient consommées entre proches parents en illustrant cette restriction par une parémie du genre : « *Le fleuve coule derrière la maison, mais n'en buvez pas de son eau* ». Le fleuve ici c'est un parent male et l'eau est un parent femelle, féminin. Un garçon (le fleuve) ne doit pas boire l'eau (entretenir les rapports sexuels) de sa sœur.

On lit à travers ces images qu'un ritualiste intervient pour la pratique du rite piaculaire, c'est-à-dire un rite qui tourne autour de la mort. Ce rite à ceci d'important qu'il se pose comme un malheur au sein d'une famille. L'assassinat de Nogo serait une continuation des formes de violence, moulée dans un réseau conflictuel et relationnel entre les ancêtres et les vivants. Il s'agit d'un acte qui accompagne la vie des générations. Pour rompre le lien de ce malheur avec les vivants et les morts, il faut pratiquer un rite de sanation. Ici s'y dégage le principe du « mal par le mal » dans le modèle thérapeutique. Pour rompre définitivement ce lien, le ritualiste doit faire du mal en égorgeant un bouc de façon violente avec effusion de sang (Fâ). Si le rite n'est pas exécuté, les morts par violence se succéderont au sein de cette famille et s'étendront sur plusieurs générations. On peut relever aussi la nécessité des rites pour rompre le lien qui lie désormais une fille et sa mère devenue coépouse sous l'effet du viol.

5. Viol, inceste et pratique de sorcellerie

Dans certaines familles africaines et dès la tendre enfance, les enfants dans leur processus de socialisation s'imprègnent de la prohibition de l'inceste et des conséquences pour celui qui enfreint cette loi. Les contrevenants s'exposent à des maladies d'ordre culturel et transgénérationnel (maladies de groupe). Ces maladies qui atteignent les incestueux s'étendent à d'autres membres de la famille si le rite de rupture n'est pas accompli. La maladie n'est plus la seule affaire de l'incestueux, mais celle de tous ses enfants avec qui il a des liens de sang. La thérapie dans cette perspective consiste à soigner l'incestueux, mais aussi tous les enfants dont il est le père géniteur et parfois la mère des enfants. On parle dans ce cas de thérapie de groupe. Nombreux sont encore les individus qui restent stupéfaits sur l'attraction que peut avoir un homme vers sa sœur ou un père vers sa fille. « *Mon frère, je ne comprends pas ! Explique-moi comment un homme peut éprouver du plaisir à aller avec sa propre fille qu'il a mis au monde* », déclare un informateur. Pour expliquer la stupéfaction de l'informateur, il faut remonter à la littérature ethnologique sur la sorcellerie qui a rendu classique les représentations de la pluralité de l'homme. L'homme a un « double » invisible et immatériel. La majorité des peuples africains reconnaissent une multitude d'instances de la personne humaine. Chez les Bétés, on parle

de l'Evu et du « tog » chez les Bamiléké présenté parfois comme un polype viscéral. Il est le double et chargé de l'animer. La présence de l'Evu ou du « tog » rend possible l'existence du double. La sorcellerie dans ce contexte est le monde des doubles. Un monde dans lequel certains sont conscients, voient et ont des pouvoirs devant d'autres qui n'en ont aucune conscience ; sont aveugles et inertes. Cette configuration trace les contours d'un monde de violence. Les premiers peuvent donc agir sur les seconds, les agresser, les amputer momentanément. L'être humain a donc deux sexes, un qui est apparent, visible, et un autre invisible, qui relèverait de la réalité du double. Les deux peuvent être semblables ou différents. Ils peuvent avoir la même taille, ou être de taille inégale. On peut avoir un pouvoir sur le double et agir par lui. (Séverin C. Abega (sd).)

Certains homosexuels incestueux dans le monde invisible de la sorcellerie, possèdent un double sexe différent de celui du corps visible. Il est donc femme dans une dimension et homme dans l'autre. Voilà pourquoi il manifeste un attrait pour un sexe qui est identique au sien dans le monde invisible. Cela ne peut se comprendre que si l'on admet qu'en cas de rapport sexuel, les doubles auront un rapport hétérosexuel. L'homosexualité est ainsi rationalisée comme une hétérosexualité des doubles. L'on affirme que dans l'intimité, les homosexuels prennent leur forme invisible et entretiennent des rapports normaux. Cette rationalisation laisse percevoir une difficulté à comprendre l'attrait pour le même, explicité par Mbonji Edjenguèlè (2005).

6. Méthodes d'appréhension des victimes et risques liés au viol

Les témoignages des autres victimes de viol font un lien avec la consommation de l'alcool qui connaît un large seuil de tolérance au Cameroun. On peut assister à cause des occasions multiples de consommation d'alcool à des abus. L'abus d'alcool conduit à des rapports sexuels non désirés et non protégés. Une informatrice de Yaoundé, Mlle X..., 21ans, reconnaît les conséquences de la consommation excessive d'alcool : « *Il y a des hommes, quand ils veulent d'une fille, il commence par lui offrir des boissons alcoolisées. Si tu dépasses ta dose, il te ramène avec lui contre ton gré dans un état de fatigue et de perte de conscience. Il t'abuse sexuellement* » En plus de l'alcool, l'usage des drogues par les violeurs favorise leurs comportements violents. Un consommateur du cannabis par exemple perd presque tous ces sens pendant un bon moment. Les filles violées par leur parent pensent au suicide comme moyen d'effacer cette honte qui les habite au quotidien. D'autres décident de tuer leur père (parricide) et de se donner la mort (suicide) par la suite lorsque les médicaments pris pour l'avortement ne produisent pas l'effet escompté. Les enfants issus des relations incestueuses ou du viol sont abandonnés par les filles-mères dans les poubelles parce qu'elles ne supportent pas de vivre ce cauchemar. Certaines préfèrent faire des avortements, le plus souvent par des techniques tradition-

nelles (tige de manioc, whisky, comprimés...) parce que la démarche pour obtenir un avortement thérapeutique reste encore complexe au Cameroun.

Droit de l'homme et droit coutumier en confrontation

La question de la dénonciation pose un problème culturel. Dans certaines sociétés, l'enfant n'a pas le droit de porter plainte à son père, ni à sa mère et encore moins à un oncle qui ont tous un pouvoir de malédiction sur lui. Ainsi, la loi, la justice a de la peine à canaliser les cas de viols et le silence est difficile à briser. De plus, les théories cognitivo-comportementales et psycho éducatives placent la violence dans les relations intimes au centre même de l'intervention. Vu que la violence est envisagée comme un comportement acquis, la non-violence peut elle aussi s'apprendre. Plusieurs techniques sont employées en psychoéducation qui permettent de distinguer les pensées, les sentiments et les comportements; les retraits permettant de mettre fin à un comportement agressif, les techniques de gestion du stress; l'identification de la pensée dysfonctionnelle qui intensifie la colère et l'apprentissage des relations interpersonnelles, comme les techniques de communication et d'entraînement à l'assertivité. On a reproché à ce modèle d'avoir une perspective trop étroite du comportement violent des hommes et de ne pas tenir compte du rôle de ce comportement dans le maintien du pouvoir et de la domination exercés par chaque homme ou par tous les hommes en tant que classe (Stordeur et Stille, 1989). Dans de nombreux cas de viol et d'inceste, le silence est privilégié à l'endroit de la dénonciation en vue de préserver la paix familiale. Il se pose à ce niveau la question de la protection de la famille en Afrique. Cette protection ne favorise-t-elle pas une reproduction des formes de sexualité dont nous vivons aujourd'hui ?

Conclusion

Au terme de cette réflexion sur la question du viol et de l'inceste dans les familles camerounaises, il saute aux yeux que ces phénomènes ont effectivement existé dans les cultures humaines les plus différentes. Sa résurgence s'explique par la perte des valeurs culturelles, du non respect des transgressions, de la montée des pratiques sectaires et de l'insécurité sociale totale où baignent les familles. Toutefois, relève Rouland Robert (1988), toutes les sociétés veillent à interdire l'union entre parents par le sang ou par alliance considérés comme trop proches, les degrés définissant cette proximité variant eux-mêmes dans le temps et l'espace. La femme, proie par excellence des hommes, reste dans une posture de subordination qui tarde à disparaître. La croyance générale selon laquelle la femme africaine est la propriété de l'homme et devrait par conséquent être battue, violée et maltraitée, n'est qu'une norme culturelle citée comme désastreuse pour les femmes. Les femmes subissent les viols de plusieurs ordres même si les hommes eux aussi

n'en sont pas souvent épargnés. Les facteurs favorisant le viol sont nombreux ainsi que les répercussions sur le plan social, psychologique et culturel. Le viol peut aussi expliquer le phénomène des nourrissons abandonnés dans les hôpitaux ou dans les poubelles qui déferlent la chronique dans la société camerounaise. La question du viol et de l'inceste telle que présentée ici est orientée vers des objectifs de santé publique. L'analyse socio-anthropologique et psychologique sur le viol et l'inceste au Cameroun révèle une réalité encore contrastée. Les données statistiques et les conclusions tendancielle produites par la GIZ montrent que le phénomène est en augmentation continue dans la société camerounaise. Quelle contribution sociale, quel éclairage pour les politiques et les médecins cette étude peut apporter ? L'analyse approfondie et pluridisciplinaire des acteurs, des victimes et des situations peut aider à restituer la complexité de ces comportements et de réfléchir aux actions de prévention si chères à la santé publique qui en réduiraient la fréquence du phénomène.

Bibliographie

- Chesnaïs J.C., 1981, Histoire de la violence, Paris : Robert Laffont, Coll. « Pluriel ».
- Dechaux J.H. 2009, Sociologie de la famille. Paris : La Découverte, Coll. Repères.
- François P. Monnet et (al), 1989, Approche psychopathologique de victimes de violences sexuelles à partir de l'expérience du service médico-judiciaire de l'Hôtel-Dieu de Paris. In Persée, Déviance et société, Vol.13. N°4. Pp.339-351.



- Hacker F., 1972, Aggression, violence dans le monde moderne, Calmann-Lévy.
- Héritier F., 1971, « Parenté et mariage, le choix du conjoint dans une société à prohibitions matrimoniales » « Samo, Haute volta », Congrès régional africain de population. Accra. 15 P.
- Héritier F., 2005, « La Valence différentielle des sexes » pp52-56, In femmes, genre et sociétés. L'Etat des savoirs (dir) Magaret Maruani, Paris : La Découverte.
- Héritier F., 1996b. « La valence différentielle des sexes au fondement de la société ? » in Masculin/Féminin. La pensée de la différence. Paris, Odile Jacob : 23.
- Jourda E., Rosi C., 2009, Les Violences faites aux femmes en Afrique sub-saharienne. Mémoire, Master MASS, Université de Provence et Université de la Méditerranée, 136p.
- Labica G., 2007, Théorie de la violence, Paris : Naples.
- Lévi-Strauss C. 1949, Les Structures élémentaires de la parenté. Paris : PUF.
- Mbonji E., 2005, La Science des sciences humaines : L'Anthropologie au péril des cultures. Yaoundé : Editions Etoiles.
- Michaud Y, 1998, La Violence, Paris : Puf, Coll. « Que sais-je ? ».
- Muchielli L., 2005, Recherches sur les viols collectifs : données judiciaires et analyses sociologiques.
- Ndonko F., Bikoe O., Eppel G., Kouo Ngamby., 2009, Viol et inceste au Cameroun, GTZ-RENATA.
- Ndonko P., 2012, La Pratique de la Sorcellerie en Afrique : approches des relativités, document Ronéo, 103 P.
- Rouland R, 1988, L'Anthropologie juridique, Paris: Puf, Que sais-je?
- Stordeur et Stille, 1989, Ending men's violence against their partners: one road to peace, Newbury, Californie.
- UNFPA (SD), Les Violences basées sur le genre : les comprendre pour mieux les combattre.

Une rue du quartier des étudiants à Yaoundé (février 2013).

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Rédacteurs en chef

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

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 Gérard Pirlot et de Raymond Tempier.

■ Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

■ Secrétaires de Rédaction

Afrique du Nord : Meryem Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Afrique subsaharienne : Y Jean-Marie Yéo-Ténéna (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Amérique du Nord : Thierry Lavergne (Pierrefeu du Var, France)

Europe : Yves Chmielewski (Avignon, France)

■ 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)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Bteich (Beyrouth, Liban)

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 (Nice, France)

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 (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Catherine Lesourd (Martinique)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Daniel Malulu (Victoria, Seychelles)

Gilbert Mananga (Kinshasa, Congo)

Youssef Mourtada (Le Mans, France)

Naasson Munyandamutsa (Kigali, Rwanda)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

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)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Marc Antoine Podlipiski (Rouen, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Anne Rivet (Avignon, France)

Claude Aline Rohman (Orléans, France)

Anne Sarrassat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Avignon, France)

Pascal Schindelholtz (Lavaur, France)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Mathieu Tognidé (Cotonou, Bénin)

Michel Tousso (Lomé, Togo)

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne, Portugal)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Raymond Videlaïne (Papeete, Polynésie)

Thierry Lavergne est chargé de la coordination des projets artistiques à publier dans la revue.

■ Correspondants

Hassen Ati (Nabeul, Tunisie)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (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)

Michaël 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 Ségas (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

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

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)

Jean pierre Staebler (Avignon, 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 11 octobre 2013**

Congrès organisé avec les partenariats de l'hôpital francophone Montfort d'Ottawa, du comité d'éducation médicale continue de l'hôpital Pierre Janet de Gatineau, de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal, du département universitaire de psychiatrie de Montréal, de praticiens intervenant dans la réserve Mohawk du Québec et d'autres partenariats à venir. Ce congrès est organisé par le Pr Raymond Tempier et le Dr Jean Paul Bossuat. Le comité scientifique est présidé par le Pr François Borgeat.

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