

Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

■ Un pays, un article

Sommaire

Un pays, un article	3
Réflexions sur le meurtre d'Althusser	
Bernard Hubert	4
État de stress post-traumatique et usage problématique de substances : évaluation de programme préliminaire en lien avec l'efficacité d'une clinique spécialisée pour Franco-ontariens en milieu hospitalier universitaire	
Jean-Philippe É. Daoust, Mélanie Renaud, Benoit Bruyère, Catherine Juéry, Lisa M. Najavits	12
L'abord des patients avec personnalité borderline en début de psychothérapie analytique : À propos de l'évolution de deux patientes	
Salem Mlika, Ahmed Souheil Bannour, Béchir Ben Hadj Ali	30
Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin	
Grégoire Magloire Gansou, Mathieu Tognidè, Emilie Fioffi Kpadonou, André Alihonou, Josiane Ezin Houngbé, Thérèse Agossou, René Gualbert Ahyi.	35
Problématique de l'insertion de la santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : à propos de 103 patients admis en hospitalisation à Bingerville	
Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena, Awo Catherine Assi-Sedji, Brahim Samuel Traore, Loyaga Jean-Jacques Soro, Roger Charles Joseph Delafosse, Drissa Kone	42
Stress professionnel et burnout des enseignants du secteur formel à Lomé (Togo)	
Kolou Simliwa Dassa, Amaëti Simliwa Pitale, Kokou Messanh Agbémélé Soedje	50
Manie et adolescence : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique	
Moridofé Doukouré, Yessonguilana Jean Marie Yéo Ténéna, Kémo Soumaoro, Solo Condé, Alain Lazartigues	56
La dégradation des relations ou l'évolution inévitable ? (dégradation fatale ou transformation inéluctable ?)	
Jan Cimický, Omar Mounir	62
Les congrès et colloques de PsyCause	66

Revue trimestrielle

Dr J.-P. Bossuat – 3 rue de la Balance -
84000 Avignon

Site web :

<http://www.psychocause.info>

Prix du numéro : 15 €

Infographie : NHA (Six Fours les Plages)

Imprimeur : Ranchon (Saint-Priest – 69)

ISSN 1245-2394



Psy Cause en 2014

Avec la publication de ce numéro 65, s'est achevé le premier trimestre de l'année 2014. L'année écoulée fut celle d'une véritable refondation qui a reposé sur un double mouvement de retour aux fondamentaux des origines et de créativité. La revue *Psy Cause* 2014 n'est plus celle de 2012 : sa dimension scientifique internationale s'est affirmée, son iconographie est plus consensuelle avec les auteurs, son équipe est multiculturelle, sa ligne éditoriale, qui est au service des auteurs comme des lecteurs, intègre les exigences du modèle universitaire à la porte ouverte vers des recherches et des réflexions qui n'entrent pas dans le registre dominant de la pensée scientifique. Des fondamentaux qui ont fait l'identité de *Psy Cause* ont été réaffirmés.

En premier lieu la pluridisciplinarité qui n'avait pas été pensée au départ dans le cadre de la Santé Mentale mais dans celui du soin aux malades mentaux, ce qui ne recouvre pas exactement le même champ. Rappelons que *Psy Cause* fut fondée il y a 18 ans pour une réflexion commune entre divers professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, éducateurs, sociologues, assistants sociaux, administratifs, etc...) engagés dans le traitement des malades mentaux, à une époque où cela allait de soi dans les hôpitaux français ; parce que nous ressentions que ce modèle était menacé. Lors de la réunion destinée à une dynamique pour la fondation de *Psy Cause* Canada, réunion qui s'était déroulée en octobre 2013 à l'occasion de notre congrès d'Ottawa dans la salle Jeanne d'Arc Charlebois de l'Hôpital Pierre Janet de Gatineau au Québec à la frontière de l'Ontario, ce n'est pas l'identité « francophonie » de *Psy Cause* qui motivait le plus, mais bien cette pluridisciplinarité dans le soin ; laquelle demande un cadre de réflexion et de recherche commune que *Psy Cause* est à même de proposer.

En second lieu la multiréférentialité. Elle est à distinguer d'un modèle « athéorique » comme le DSM. Elle donne la parole à tous les courants de pensée qui peuvent coexister dans un même numéro. La psychanalyse peut voisiner avec une recherche statistique de corrélations, l'histoire individuelle d'un cas clinique avec une réflexion sur la pertinence d'un dispositif de soins face aux besoins d'une population, une approche anthropologique avec une réflexion psychologique. L'important pour le choix des articles, est la qualité du travail de l'auteur et l'originalité de son questionnement. Le lecteur de *Psy Cause* sait qu'il doit être ouvert à l'altérité. Jacques Lacan aimait à dire : quelle chance de ne pas avoir les réponses attendues !

Psy Cause a bien une ligne éditoriale et son originalité dans le paysage des publications scientifiques explique l'adhésion rencontrée en ce début de l'année 2014.

À Avignon et Aix en Provence, le 8 mars 2014

Jean Paul Bossuat
Co-fondateur de *Psy Cause*

Thierry Lavergne
Co-fondateur de *Psy Cause*



Un pays, un article

L'idée de ce dossier est née en février dernier à Ouagadougou, lors du congrès de la Société Africaine de Santé Mentale (SASM) à laquelle le directeur de la revue avait été convié. Au cours de l'Assemblée Générale de cette association scientifique, qui regroupait des psychiatres venus de toute l'Afrique de l'Ouest francophone et de la RD du Congo, fut voté à l'unanimité un partenariat avec Psy Cause. Cette manifestation fut une occasion exceptionnelle de rencontrer l'ensemble de notre réseau de rédacteurs venant de ces pays, de renforcer et de compléter nos liens. C'est en accord avec eux, que fut mise en place la thématique du N°65 qui expose ainsi en ce premier trimestre 2014 un kaléidoscope de notre revue à propos de 8 pays qui ont produit au moins un article en langue française disponible lors de la construction de ce numéro.

1. En France : c'est un article rédigé par un psychiatre psychanalyste de Marseille, le Dr Bernard Hubert, qui analyse le meurtre commis par Althusser.

2. Au Canada (Ontario) : un texte dont l'auteur principal, le Dr Jean Philippe É Daoust, est psychologue et Professeur de psychologie à Ottawa, rédacteur de Psy Cause, traite de l'évaluation d'un programme offert aux Franco-ontariens de l'Hôpital universitaire Montfort où il exerce.

3. En Tunisie : un article dont l'auteur principal (Salem Mlika) est psychologue dans le service de Psychiatrie universitaire de Sousse (service du Pr Béchir ben Hadj Ali, Président de la Société Tunisienne de Psychiatrie Hospitalo-Universitaire, rédacteur de Psy Cause, co-auteur de ce texte), présente deux cas cliniques de personnalités borderline « en début de psychothérapie analytique ».

4. Au Bénin : un texte traite des caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie dans ce pays, selon une étude statistique réalisée à l'hôpital psychiatrique universitaire de Cotonou. L'auteur principal, le Dr Grégoire Magloire Gansou, psychiatre dans cet établissement, associe en seconde position le Pr Mathieu Tognidé, rédacteur de Psy Cause, qui est le directeur de ce Centre Psychiatrique.

5. En Côte d'Ivoire : l'auteur principal, le Pr Yessonguilana Jean-Marie Yéo Ténéna, secrétaire de rédaction à l'Afrique Subsaharienne dans notre revue, co-président de Psy Cause Côte d'Ivoire, présente un article traitant de l'insertion de la santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire.

6. Au Togo : l'article, dont l'auteur principal, rédacteur de Psy Cause, est le Pr Kolou Simliwa Dassa, présente une enquête transversale sur le burnout chez des enseignants de Lomé.

7. En Guinée : un texte dont l'auteur principal est le Pr Moridofé Doukouré (Conakry), rédacteur de Psy Cause, étudie statistiquement la prévalence de la manie chez les adolescents.

8. En République Tchèque : un article (de 2012) dont l'auteur principal est le Dr Jan Cimicky, psychiatre francophone à Prague et rédacteur de Psy Cause, réalise une réflexion critique sur l'évolution de l'accès aux soins depuis la « révolution de velours » en 1989.

Jean Paul Bossuat

1. Rédacteurs de Psy Cause à Ouagadougou. Photo Psy Cause 4 février 2014.

2. Le philosophe Louis Althusser.

3. Communication du Dr/Pr Jean Philippe É Daoust à Ottawa le 4 octobre 2014. Photo Psy Cause.



Bernard Hubert

Réflexions sur le meurtre d'Althusser

Résumé¹ : l'auteur analyse le meurtre, commis par Althusser, de sa femme Hélène, à partir de témoignages écrits. Ce passage à l'acte a été rendu inévitable par le huis clos final au sein du couple.

Mots clés : Althusser, meurtre, dépression, passage à l'acte.

Summary² : the author analyzes the murder, committed by Althusser, of his wife Hélène, matching up written testimonies. This acting out is the foregone conclusion of the final closed door within the couple.

Keywords : Althusser, murder, depression, acting out

Après le passage à l'acte et l'internement qui l'a suivi, Althusser décide de raconter son drame, d'autant que vu l'état mental dans lequel il se trouvait au moment des faits, un non-lieu fut prononcé qu'il compare à l'équivalent d'une pierre tombale de silence qui vient le recouvrir. Prenant la plume quelques années après le drame en 1985, il espère pouvoir re-exister en tant que sujet, lui le théoricien de l'effacement du sujet, du procès sans sujet de l'histoire. Le non-lieu le rend captif d'un acte qui l'abolit comme sujet. Dans l'essai autobiographique qu'il entreprend alors d'écrire, *L'Avenir dure longtemps*, il nous raconte ce qui s'est passé :

« Tel que j'en ai conservé le souvenir intact et précis jusque dans ses moindres détails, gravé en moi au travers de toutes les épreuves et à jamais - entre deux nuits, celle dont je sortais sans savoir laquelle, et celle où j'allais entrer, je vais dire quand et comment : voici la scène du meurtre telle que je l'ai vécue.

Soudain, je suis debout, en robe de chambre, au pied de mon lit dans mon appartement de l'École Normale. Un jour gris de Novembre - c'était le dimanche 16, vers 9:00 h. du matin - vient à gauche, de la très haute fenêtre, encadrée depuis très longtemps de très vieux rideaux rouge Empire lacérés par le temps et brûlés par le soleil, éclairer le pied de mon lit. Devant moi : Hélène [son épouse], couchée sur le dos, elle aussi en robe de chambre.



Le philosophe Louis Althusser.

Son bassin repose sur le bord du lit, ses jambes abandonnées sur la moquette du sol. Agenouillé tout près d'elle, penché sur son corps, je suis en train de lui masser le cou. Il m'est souvent advenu de la masser en silence, la nuque, le dos et les reins. J'en avais appris la technique d'un camarade de captivité, le petit Cler, un footballeur professionnel, expert en tout. Mais cette fois c'est le devant de son cou que je masse. J'appuie mes deux pouces dans le creux de la chair

Psychiatre, psychanalyste
Marseille.

1. Résumé et mots clés sont de la rédaction.

2. Summary and keywords are written by the editorial staff.

qui borde le haut du sternum et, appuyant vers la gauche en biais, la zone plus dure au-dessous des oreilles. Je masse en V. Je ressens une grande fatigue musculaire dans mes avant-bras : je sais, masser me fait toujours mal aux avant-bras. Le visage d'Hélène est immobile et serein, ses yeux ouverts fixent le plafond.

Et soudain je suis frappé de terreur : ses yeux sont interminablement fixés et surtout voici qu'un bref bout de langue repose, insolite et paisible, entre ses dents et ses lèvres.

Certes j'ai déjà vu des morts, mais de ma vie je n'ai vu le visage d'une étranglée. Et pourtant je sais que c'est une étranglée. Mais comment ? Je me redresse et hurle : j'ai étranglé Hélène !³ »

Dans la suite de son récit, Althusser nous apprend qu'il s'est précipité chez le docteur Étienne qui logeait également à l'École Normale. Celui-ci ne peut que constater les faits. Devant l'agitation extrême d'Althusser qui menaçait entre autres de mettre le feu à l'École, le docteur Étienne, avec l'accord des responsables de l'École, le fait interner en placement d'office à l'hôpital Sainte-Anne. Le processus judiciaire après plusieurs expertises psychiatriques, l'avis du juge d'instruction et les éléments de l'enquête, aboutit à un non-lieu pour état de démence au moment des faits. (Article 64 du Code Pénal)

Que s'est-il passé ? Comment les choses en sont arrivées là ? Nous ne pourrions que formuler des conjectures permettant d'essayer de comprendre ce passage à l'acte. En l'absence de témoins, reste le récit qu'Althusser nous en donne. Nous remarquons, à partir de ce qu'il nous dit, que ce passage à l'acte s'effectue à partir d'un corps à corps survenant sur fond d'altruisme, puisque ces massages sont censés venir soulager Hélène et qu'il s'agit d'une pratique fréquente entre eux. Mais ce récit est troué. Althusser ne dit rien ou ne peut rien dire sur le moment lui-même de l'étranglement, une suspension de la conscience s'étant produite au moment des faits. C'est le constat d'Hélène sans vie qui le précipite dans l'horreur de son acte et l'agitation. L'acte lui-même s'est opéré comme mécaniquement sans que l'auteur soit présent, dans un moment de dissolution de la conscience où son corps et le corps de l'autre sont pris dans un moment de transivité où le meurtre d'Hélène peut équivaloir à son suicide.

On apprend par son biographe, Yann Moulier Boutang⁴, qu'Hélène s'était confiée à une amie peu auparavant, lui disant qu'Althusser traversait une mauvaise période, et par le docteur Étienne le médecin de l'École Normale, qu'Althusser était hanté par le suicide durant cette période. Comment comprendre ce mouvement de suspension de la conscience où le sujet est agi, plus qu'il n'agit ? Quelques éléments biographiques peuvent nous aider à y voir plus clair, tirés des deux biographies écrites par Althusser lui-même,

d'abord *Les Faits*, texte écrit en 1976, puis, en 1985, mais publié après sa mort survenue en 1990, soit 10 ans après le meurtre d'Hélène, *L'Avenir dure longtemps*, et certains éléments extraits de sa correspondance également publiée posthume. Je me réfère également à la solide biographie de Yann Moulier Boutang qui a patiemment confronté nombre de faits allégués par Althusser avec la réalité afin de les vérifier : entretiens avec les collègues amis de Louis Althusser encore vivants, consultation auprès d'eux des lettres qu'il leur avait adressées tout au long de sa vie.

Un premier élément rapporté par Althusser lui-même et confirmé par son biographe nous apprend qu'Althusser, né en octobre 1918 en Algérie, était issu d'une famille touchée par la guerre de 14-18 et qu'un drame, qui allait peser sur le cours de sa vie, s'était produit autour de sa naissance. Il l'apprit par sa tante maternelle autour de ses 15 ans. Sa mère, lui dit-elle, était amoureuse du frère de celui qui allait devenir son père. Celui-ci, prénommé Louis comme lui, fut tué à Verdun alors qu'il effectuait avec son avion une mission de reconnaissance au-dessus du champ de bataille. Sa mère ne connut cette disparition que lors d'une permission de l'autre frère, l'aîné, Charles, qui servait dans l'artillerie. En lui annonçant la terrible nouvelle, il lui demanda sa main et elle accepta. De cette union naquit d'abord Louis qui fut prénommé comme le fiancé disparu. Ainsi, nous dit Yann Moulier Boutang, le lévirat biblique aura été respecté. Il est en effet écrit dans le « Deutéronome » que « lorsque des frères demeureront ensemble et que l'un d'eux mourra sans laisser de fils, la femme du défunt ne se mariera pas au dehors avec un étranger, mais son beau-frère ira vers elle, la prendra pour femme et l'épousera comme beau-frère. Le premier-né qu'elle enfantera succédera au frère mort et portera son nom afin que ce nom ne soit pas effacé d'Israël⁵ ». Ainsi se trouve, comme chiffré, autour de sa naissance le fait de ne pas pouvoir sortir d'un système endogamique. On peut en effet retrouver comme un écho de ce chiffrage à travers de nombreuses situations qui ont jalonné sa vie et qu'on pourrait résumer comme avoir un pied dedans et l'autre dehors, tout en restant finalement dedans. Fait prisonnier pendant la deuxième guerre mondiale, il passera cinq ans en captivité en Allemagne. Pendant toute cette période, il envisagera de nombreuses manières de s'évader sans jamais les réaliser. Il remarqua qu'après une évasion toutes les polices étaient en alerte pendant trois semaines. Donc il fallait disparaître tout en restant au camp pendant ce temps, ce qui lui paraissait tout à fait possible, car ce n'était pas là qu'on irait le chercher et ne sortir vraiment qu'après ces trois semaines d'alerte. Une fois la meilleure manière de s'évader trouvée, il ne se passa rien, il resta au camp. Plus tard, après la guerre, ayant adhéré au PC, bien que critique à l'égard du fonctionnement du parti, il se débrouilla pour n'en jamais sortir. Entré à l'école normale, rue d'Ulm, il lui était impossible d'envisager d'en partir. Au moment du meurtre d'Hélène, Althusser avait 62 ans, donc était proche de la retraite. Après le passage à l'acte et une

3. Louis Althusser, *L'Avenir dure longtemps*, éditions Stock-IMEC, 1994, p. 33 - 34.

4. Yann Moulier Boutang, *Louis Althusser, une biographie*, Grasset, 1992.

5. *Id.*, p. 67.

Les autres.

Œuvre d'Anick Bottichio, 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.



longue hospitalisation à Sainte-Anne, il eut la plus grande difficulté à occuper un appartement que lui avaient trouvé des amis. Il se présentait régulièrement à l'École Normale pour délivrer son cours et ne repartait que sur l'insistance de la secrétaire qui lui rappelait qu'il était maintenant à la retraite.

Enfin son rapport avec les femmes et notamment avec Hélène est lourdement marqué de cette impossibilité à assumer une rupture, c'est-à-dire un choix.

L'importance de cette situation qui présida à sa naissance est soulignée par Althusser lui-même dans *Les Faits* : « Charles [son père] avait pensé de son devoir de remplacer son frère auprès de ma mère qui dit le 'oui' qui s'imposait. Il faut comprendre. Ces mariages se faisaient de toute façon entre les familles, l'avis des enfants ne pesait pas lourd. Tout avait été arrangé par la mère de mon père, qui était mariée elle aussi à un homme des Eaux et Forêts⁶, de rien

mais des bureaux [sic]⁷, avait distingué dans ma mère la jeune fille modeste, pure et travailleuse qu'il fallait à son premier fils chéri et préféré, et déjà reçu à l'École Normale Supérieure de Saint-Cloud⁸. » En fait il s'agit du cadet. Son père était l'aîné des deux frères. Ce lapsus témoigne de la blessure qu'Althusser eut pour son père, comme d'une certaine façon son identification à l'oncle mort, soulignée par le diplôme brillant qu'il lui attribue en le prétendant reçu à l'École Normale de Saint-Cloud, comme lui-même a été reçu à l'École Normale d'Ulm. Vérification faite par le biographe, le nom de son oncle n'est pas retrouvé dans les registres de l'École. Il est bon de noter que son père, lui, n'avait que le Certificat d'études, ce qui ne l'empêcha pas de faire carrière dans une banque jusqu'à finir par occuper

6. Comme c'était le cas de son grand-père maternel.

7. Contrairement à son grand-père maternel qui était sur le terrain. Si la phrase est bancal, c'est sans doute qu'Althusser était alors en accès maniaque.

8. Louis Althusser, *Les Faits*, [précédé de] *L'Avenir dure longtemps*, op. cit., p. 322.

un poste important. Sa mère ne fut pas heureuse dans son mariage. À plusieurs reprises, tant dans ses biographies que dans ses lettres, il souligne le dégoût de sa mère pour l'amour physique, dégoût qui sera longtemps le sien et qui visiblement a pesé dans son développement sexuel.

Il semblerait que sa mère aurait présenté plusieurs traits névrotiques s'exprimant par des plaintes incessantes, des migraines, un refuge dans une vie dévote, une frigidité, mais surtout des manifestations phobiques amenant par exemple ses enfants à faire un régime végétarien, tandis que son père se refusa à renoncer à ses habitudes carnées mais sans pour autant intervenir pour limiter le comportement excessif de son épouse vis-à-vis des enfants.

Les relations avec son père sont plus complexes qu'il n'y paraît et ne peuvent se résumer à une pure et simple absence, laissant tout ce qui concernait les enfants, leur éducation, la scolarité, à son épouse. Althusser nous explique dans une lettre à Franca qui fut un des grands amours de sa vie comment il voyait son père : « Touchant à la violence en tout cas cette forme de violence 'à l'état sauvage' dont je te parlais. Et là encore, ça se relie au personnage du père. Car au fond la seule forme de manifestation de mon père, totalement absent en tout le reste est (à supposer même qu'il eût été présent, absent jusque dans le comportement de ma mère, qui n'était que refus de lui) en cela remplacé par moi (avec tout ce que comporte, évidemment de symbolique cette substitution, de symbolique mais en même temps de vécu, car pour le gosse c'est la même chose), je disais donc : la seule manifestation visible de mon père, c'était, de façon intermittente, très espacée parfois, en d'autres circonstances moins espacées, c'étaient des explosions de violence comme de terribles orages très brefs, mais épouvantables, semant littéralement l'épouvante, ou des ruptures (porte claquée, sans un mot il partait, et on attendait... Il rentrait : pas un mot). Ça, pour moi, c'était terrible. Et je me dis, maintenant, au fond, ce père absent en tout le positif, n'était présent que dans le négatif... Et dans un négatif très particulier, celui de la violence à l'état sauvage⁹ ». Pris dans cette violence qui était le contraire du rôle paternel qu'il devait jouer auprès de sa mère, « [...] je ne pouvais, dit-il, sans déchirer ce rôle, assumer la moindre violence... Alors que pourtant c'eût été cette violence qui eût pu me délivrer de ce rôle impossible ! Si j'avais pu, sous une forme ou une autre, dire 'merde', claquer la porte... comme faisait mon père, j'aurais mis un terme à l'exploitation qu'on faisait de moi, je serais redevenu un enfant comme tous les autres, sans me sentir coupable de l'être¹⁰ ». Cette violence fut chez lui complètement refoulée et lorsqu'elle fait retour, elle le fait d'une manière inattendue, incompréhensible, le laissant complètement démuni face à elle.

Ainsi deux souvenirs émergent : « j'avais cinq ans, j'étais dans la cour de l'école, ma première année, et je jouai aux billes avec un petit camarade, quand tout d'un coup sans savoir pourquoi je lui donnai une gifle ! Mais pour devenir aussitôt pâle comme une feuille et tremblant de tous mes membres comme si je l'avais moi-même reçue, et en même temps accablé d'une énorme culpabilité, puis reprenant mes esprits, engageant avec le gosse, qui certainement n'y avait jamais rien compris, une espèce de négociation comme pour annuler, rayer de l'existence, l'incident qui venait d'avoir lieu, comme pour supprimer de sa mémoire, et donc de l'histoire tout court, la gifle que je lui avais donnée¹¹ ». Sans pouvoir déterminer si cette gifle visait, son père, ou toute autre personne, ou encore la situation elle-même dans laquelle il était pris, on peut avancer qu'il se débattait là avec la violence symbolique qui lui était faite. Le champ dans lequel cela se passe est marqué par le transitivity, « comme si je l'avais moi-même reçue » dit-il, l'autre n'étant que la projection de lui-même. On retrouvera plusieurs exemples de transitivity dans son récit comme celui qui est rapporté lors de son retour de Casablanca en septembre 1945. « Mon père qui avait trouvé quelques bouteilles de Bourbon... sous la mer dans un cargo naufragé me les confia, il me confia ma soeur, et on embarqua le tout dans un autre cargo¹² ». Le second souvenir se situe plus tard au début de l'adolescence. Comme il avait été reçu au concours des « bourses », son père lui demanda pour le récompenser ce qui lui ferait plaisir. Il lui demanda une carabine 9 mm de la manufacture des armes de Saint-Étienne, ce que son père lui offrit, malgré la réprobation de sa mère. Ravi de ce cadeau, il s'amusa à tirer sur diverses cibles et un jour, alors qu'il se promenait avec la carabine, à la recherche de cibles nouvelles, « il me vint (alors) l'idée folle de la retourner contre mon ventre, pour voir ce qui se passerait. J'étais persuadé qu'il n'y avait pas de balles dans le canon. À la dernière seconde, j'hésitai et ouvris le canon. Il y avait une balle dedans. Je fus couvert de sueur mais ne me vantai pas de l'incident¹³ ». Au-delà du symbole sexuel évident connoté par la carabine, c'est l'irruption de la pulsion de mort qui est au premier plan comme si les différents interdits pesant sur sa sexualité ne pouvaient trouver d'issue qu'à travers la simulation d'un coût mortel.

La sexualité d'Althusser qui fait irruption avec le récit de ce souvenir n'est pas sans poser problème. En effet, il nous dit lui-même que sa vie sexuelle a commencé tardivement, à 30 ans. Un certain nombre de facteurs superficiels peuvent être avancés comme explicatifs : famille catholique, mère ayant une position phobique par rapport à la sexualité, la sienne propre mais aussi par rapport à celle de son fils lorsque celle-ci s'éveillera. Elle intervient maladroitement lors de ses premières pollutions nocturnes, puis lorsqu'il est prêt d'avoir un flirt avec une jeune fille lors de vacances dans le midi de la France. Mais quelque chose de plus profond, de

9. Louis Althusser, *Lettres à Franca 1961-1973*, Stock-IMEC, 1998, Lettre du 5 janvier 1963, p. 326-327.

Passages soulignés dans le texte.

10. *Ibid.*

11. *Ibid.*

12. Louis Althusser, *Les Faits*, op. cit., p. 314.

13. *Id.* p. 314, repris dans *L'Avenir dure longtemps*, p. 69.

plus dangereux, est à l'oeuvre. Lorsqu'il rencontre Hélène, d'une dizaine d'années plus âgée que lui, c'est elle qui sera l'initiatrice patiente, comprenant qu'il s'effarouche vite à l'approche de l'amour physique. Hélène lui est présentée en 1946 par un camarade qui la dépeint ainsi : « *elle est un peu folle mais elle est tout à fait extraordinaire par son intelligence politique et la générosité de son cœur*¹⁴ ». Il connaît déjà Hélène depuis deux ans, n'ayant échangé avec elle que quelques baisers, lorsqu'il a avec elle sa première relation sexuelle. Voici comment il la raconte : « *le drame se précipita quelque jours plus tard lorsque Hélène, toujours dans cette petite chambre de l'infirmerie [de l'Ecole Normale], assise sur mon lit à mon côté, m'embrassa. Jamais je n'avais embrassé une femme (à 30 ans !). Et surtout jamais je n'avais été embrassé par une femme. Le désir monta en moi, nous fîmes l'amour sur le lit, c'était neuf, saisissant, exaltant et violent. Lorsqu'elle fut partie, un abîme d'angoisse s'ouvrit en moi, qui ne se referma plus*¹⁵ ». Notons les mots employés : drame, violent, abîme d'angoisse, qui ne sont pas sans situer la place particulière que tient la sexualité pour lui. Les suites furent dramatiques puisqu'Althusser présenta une sévère dépression entraînant son hospitalisation à Sainte-Anne, dépression qui fut la première d'un long cycle. Son état devait être suffisamment préoccupant pour entraîner de lourds diagnostics. Louis Mâle qui l'examina conclut à une schizophrénie. Devant un diagnostic si sombre, il réussit à communiquer avec Hélène par des intermédiaires, les visites étant interdites. Cette dernière pris contact avec Ajuriaguerra par l'intermédiaire des cercles républicains espagnols qu'elle connaissait de la guerre, ayant participé activement à la résistance. Il examina Althusser et conclut à une psychose maniaco-dépressive, diagnostic également très lourd, mais qui au moins pouvait évoluer vers des rémissions, donc laisser envisager une sortie de l'hôpital. Traité par une série d'électrochocs dont le traitement venait d'être introduit et de toute façon le seul possible puisque les antidépresseurs ne furent découverts avec le Tofranil qu'en 1957, son état s'améliora suffisamment pour qu'une sortie soit envisagée au bout de deux mois. Hélène dont nous allons parler pour le rôle qu'elle joua auprès de lui, était entrée dans sa vie.

Si cet épisode dépressif fut le premier à entraîner une hospitalisation, on s'aperçoit qu'Althusser aurait présenté depuis 1938 de nombreuses manifestations dépressives qu'il avait pu dissimuler à l'entourage sous divers prétextes. Ainsi en 1938 après deux années de classes préparatoires, il envisageait de passer le concours d'entrée à Ulm, mais au milieu de sa deuxième année, il eut du mal à travailler. Aussi décida-t-il de faire une troisième année, officiellement parce qu'il ne n'était pas prêt, en fait il se sentait déjà déprimé. Était-ce la confrontation au concours, moment marquant un affranchissement et l'engagement dans autre chose qui joua, d'autant que pendant ces années de khâgne à Lyon, il eut une relation privilégiée avec certains de ses professeurs, mis

en position de substitut du père. Trois d'entre eux tinrent ce rôle : Guitton, puis Lacroix, professeur de philosophie, et un professeur d'histoire appelé affectueusement le père Hours. Les liens qui se lièrent avec eux durèrent toute sa vie et Guitton, toujours vivant lors du meurtre d'Hélène en 1980, lui manifesta son soutien.

Durant sa captivité, il présenta au moins deux épisodes dépressifs sans qu'on puisse les ramener à quelque chose de précis. Tenant un journal, brusquement il s'arrête d'écrire pendant quelques semaines pour reprendre ensuite.

À la libération en 1945, il alla rejoindre ses parents et sa soeur qui s'étaient installés à Casablanca pendant la guerre. Il fut à nouveau très mal pendant quelques mois. On serait tenté de lier cet épisode à sa sortie des camps. À plusieurs reprises, il dit en effet que cette période de sa vie qui, bien qu'ayant été très dure par beaucoup de côtés, fut un moment extraordinaire qu'il ne retrouva jamais, car dominé par un esprit de solidarité et de grande camaraderie. Gageons que l'enfermement comme équivalent d'une protection ne fut pas pour rien.

Après sa sortie de Sainte-Anne, sur les conseils d'Hélène, il décide d'entreprendre une analyse. Il consulte Stevenin qui suivra également Hélène, puis la soeur d'Althusser, Georgette, qui présente elle aussi un état mélancolique périodique depuis la fin de la guerre. Il poursuivra sa cure pendant 12 ans chez Stevenin puis chez Diatkine à partir de 1964 jusqu'à sa mort. Si Hélène l'initie à sa vie sexuelle, si Hélène joue un rôle protecteur quand il est malade, elle a également un rôle important dans l'évolution de ses idées politiques. Issu d'un milieu très catholique, Althusser jusqu'à la Libération a été très proche des mouvements chrétiens, proche de la revue *Esprit* animée par Emmanuel Mounier. Avant-guerre il s'est engagé dans diverses actions militantes et en captivité il assiste Robert Dael qui a été élu par l'assemblée des prisonniers comme leurs représentants auprès des autorités allemandes. Il sera très actif dans le camp, organisant des conférences, des activités théâtrales, etc. mais, il est à remarquer, lui-même le notant, qu'il s'arrange pour être dans cette position de second, ce qui fut une constante dans ses engagements.

Quand il rencontre Hélène, il est fasciné par sa maturité politique. Inscrite au Parti Communiste avant la guerre, elle participe activement à la résistance, notamment à Lyon. Ayant perdu le contact avec le Parti pendant la guerre, du fait de l'entrée dans la clandestinité du PC, elle est proche des milieux immigrés, elle-même étant juive. À la libération, le PC refuse sa réinscription pour des motifs qui ne furent jamais tirés au clair malgré ses demandes réitérées, laissant courir des bruits comme quoi elle aurait été un agent de la CIA... en fait probablement du fait de ses positions critiques. Althusser de son côté à cette époque se pose de plus en plus la question de son engagement politique et voit, avec la situation d'Hélène, une raison supplémentaire : la faire réintégrer dans le Parti. Ainsi il se retrouve auprès d'elle en position de protecteur comme il l'avait été auprès de sa mère. Ce qu'il tente de faire en faisant intervenir ses

14. *L'Avenir dure longtemps*, p. 133.

15. *Id.*, p.143.

nouveaux amis de l'École dont Jean Toussaint Desanti, philosophe des sciences, auprès des cadres dirigeants du PC, mais sans succès. L'affaire ira même plus loin, puisque la direction du Parti intervint auprès du Mouvement de la Paix, organisation proche mais en principe indépendante, pour faire exclure Hélène qui avait rejoint cette organisation. Althusser raconte que lors du vote à main levée qui devait entériner cette exclusion, il fut stupéfait de constater que son bras se levait comme celui de tous les autres. Souvenir vrai, ou fabriqué après coup, il n'en exprime pas moins quelque chose de capital : refus de courir le risque de se faire exclure lui aussi, de se retrouver à l'extérieur, mais aussi constater que cet acte s'était accompli comme à son insu, comme lors de son passage à l'acte.

Tout ceci nous amène à essayer de situer la position d'Hélène par rapport à lui afin d'éclairer le tragique dénouement qui en a résulté. Je vais surtout retenir deux points. D'abord je vais me référer à nouveau à la lettre qu'il écrit à Franca le 5 janvier 1963 dans laquelle il veut démontrer qu'il est resté captif de la violence que l'autre, son père en l'occurrence, a exercé sur lui, qu'il en est devenu la victime passive, enfermé de plus dans son rôle de protecteur de sa mère et qu'il ne pouvait sans déchirer ce rôle assumer la moindre violence. Or c'est par un autre acte de violence, cette fois en devenant actif, qu'il pourrait se libérer, comme il le dit, en osant claquer la porte comme son père. Cette violence, il la retrouve chez Hélène. « *Quand j'ai retrouvé aussi cette 'violence' (sauvage, à l'état sauvage... et pas seulement l'agressivité) chez Hélène, un certain nombre de sourds échos ont dû monter dans ma mémoire inconsciente, et que j'ai dû me retrouver face à la fois à cette terreur préhistorique et face à ce désir irrésistible de saisir, dans cette violence, fascinante à cause de cela même, l'espoir de mon salut. Mais là aussi je devais embarquer à la fois sur mon navire (ils étaient embarqués depuis toujours) et la terreur et l'espoir : tous les deux. Sentant confusément qu'il devait, de surcroît, y avoir des sortes de communications souterraines entre le salut par la négation-destruction (de soi) et le salut par la violence (pure) ...¹⁶* ».

Des documents retrouvés dans ses archives après sa mort (apparemment il gardait tout) viennent résonner avec ces sortes de communication souterraine. Il s'agit d'abord d'une lettre d'Hélène datée du 26 juillet 1964, soit un an et demi après la lettre à Franca que nous venons de citer. En préambule elle lui dit qu'il faudra prendre quelques précautions à l'égard de ce texte « *car la seconde partie contient vraiment de la dynamite qui peut provoquer en [lui] des secousses non négligeables* ». Ces propos censés le prévenir sont en fait d'une extrême violence et montrent bien quel est le niveau de relation entre eux. On pense à cette violence extrême qui existe entre les protagonistes du couple dans les pièces de Strindberg comme *La danse de mort* ou d'Ibsen comme *John Gabriel Borkman*. Je vais citer de cette longue lettre d'Hélène un passage qui résume bien l'ensemble du propos

et qui porte sur une analyse qu'elle fait de sa toute petite enfance : « *Toute la tragédie vécue par Oedipe adulte a été vécue par toi à l'âge de six mois dans tes fondements* ». (Ces six mois correspondent à l'absence de son père après sa naissance qui, après l'armistice du 11 Novembre, fut retenu quelque mois avant sa démobilisation, ce qui veut dire ce moment où il fut comme sujet captif des désirs et du fantasme maternel. En quelque sorte elle lui assène le chiffrage de son destin). À propos de sa mère, Lucienne, Hélène dit qu'elle « *n'a pas d'autre issue de défense contre ce monde peuplé de danger [...] que de se constituer un monde imaginaire, qui sera lui-même clos...* » C'est dans ce monde imaginaire qu'enfant il se trouve enfermé avec toutes les conséquences qui pèseront sur lui dans sa vie future.

En quoi Hélène s'identifie à l'oracle de la Pythie. Comment développe-t-elle son message ? Elle analyse d'abord le désir de sa mère pour qui premièrement « *l'enfant est celui de son époux véritable (i. e. l'oncle mort), deuxièmement l'enfant reçoit toutes les réserves d'amour destinées à lui, troisièmement l'enfant est l'époux véritable* ». Enfermé dans ce lien implacable, le père d'Althusser de retour ne peut pas avoir de place véritable auprès de l'enfant. Il se produit un clivage décisif : le père réel n'est pas reconnu par l'enfant en tant que tel. Il ne le sera jamais. Celui qui jouera le rôle de père sera son grand-père maternel, Pierre Berger. Peut-on dire alors que « *l'enfant va se trouver contraint d'être son propre père ?¹⁷* »

La réponse à cette lettre qui dut effectivement le remuer profondément, fut donnée par un rêve survenu 15 jours plus tard et que l'on retrouva soigneusement noté dans ses archives : « *Je dois tuer ma soeur ou elle doit mourir, il y a une obligation impossible à éviter, un devoir, presque devoir de conscience, avant une date ou heure prescrite. La tuer avec son accord d'ailleurs : sorte de communion pathétique dans le sacrifice (qui me rappelle quelque chose : je ne sais d'où, très lointain, avec une sorte de goût du pathétique communiant... Je dirais presque comme un arrière-goût de faire l'amour, comme en découvrant les entrailles de ma mère ou soeur, son cou, sa gorge, pour lui faire du bien : sentiment un peu comparable au sentiment éprouvé en soignant soit ma mère, soit ma soeur, soit ma grand-mère (souvenir précis : Laroche [maison des grands-parents dans le Morvan] après son attaque), et les soignant donc pour leur bien, mais devant pour cela découvrir quelque chose de leur nudité, sexe, poitrine, etc. sentiment d'oblation intense : ne pas voir le sexe comme tel, mais voir l'autre personne malade : je fais le sacrifice de ne pas regarder le sexe comme tel, oblation, je sacrifie mon sexe, mon désir, etc., à l'acte de salut que j'opère (je détourne les yeux) [...] Pourquoi dans le rêve est-ce ma soeur que je dois tuer ? Sans doute crainte de tuer l'autre par l'acte sexuel, crainte de tomber dans l'acte sexuel dans le domaine de la mort, tenu pour le domaine de la mort par ma mère, soeur, etc. Accomplir l'acte sexuel,*

16. *Lettres à Franca*, op. cit., p. 327.

17. « Lettre d'Hélène Rytman à Louis Althusser », 26 juillet 1964, in *L'Avenir dure longtemps*, op. cit., p. 411.

c'est tuer (l'image de l'autre, l'image de la mère). Crime dans l'effusion, dans la chaleur.

La seule manière de m'en sortir : avoir l'aval de la partenaire, l'aval de ma mère, qu'elle consente à ce meurtre [sic], qu'elle consente à mourir, qu'il soit indispensable qu'elle meure. Fatalité de la mort, il le faut... d'où je suis déculpabilisé, et elle mourra de ma main, contente, puisque par là je l'aide, je lui fais un don.

Quelle chose d'accroché là : l'acte sexuel = mort de la mère (ou sœur) + ceci : je puis accomplir ce meurtre à la condition que ce soit dans la communion, avec l'accord de l'autre, accord scellé par une obligation inéluctable, à laquelle elle consent.

Je la tuerai donc, avec son accord, et par son accord (et je ferai de mon mieux), je ne suis pas coupable¹⁸. »

Il n'est bien sûr pas question d'interpréter ce rêve en l'absence des associations du rêveur, mais on ne peut qu'être frappé par les résonances qu'on trouve avec le meurtre d'Hélène 16 ans plus tard. On peut remarquer également que la progression du rêve va vers la levée de la culpabilité contrairement à ce qu'on attendait, c'est-à-dire plutôt au développement de l'angoisse, voire au réveil du rêveur. Ceci ne permet-il pas de penser qu'à travers le meurtre, le sujet se libère de quelque chose, de ce dans quoi il est emprisonné, ce dans quoi Hélène lui montre dans sa lettre qu'il est inexorablement enfermé. Mais parvenir à une libération n'est possible qu'avec l'accord de l'autre. N'est-ce pas là que le bât blesse. « *Au fond je sacrifie mon sexe, mon désir à l'acte de salut que j'opère.* » Ce rêve n'exprime-t-il pas un impossible, une impossibilité à perdre ce dont on est chargé ?

Dans sa lettre, Hélène met le doigt sur quelque chose d'essentiel. Elle repère les signifiants premiers auquel s'identifie le sujet. Rappelons que dans ses « Remarques sur le rapport de Daniel Lagache », Lacan met l'accent sur les idéaux de la personne, Idéal du Moi / Moi idéal. L'idéal du moi est le point symbolique d'où je me vois moi-idéal. Lors du stade du miroir, le sujet *infans* s'identifie à un trait chez l'autre, c'est-à-dire à un trait d'un des personnages de son environnement le plus proche, généralement le père ou la mère. À partir de l'identification à ce trait que Lacan qualifie d'unair, l'enfant saisit dans un moment anticipatoire son image dans le miroir qui le constitue comme unité, à un moment où il est encore pris dans le morcellement, expérience bien résumée dans ce que dit Lacan de ce processus : « L'assomption jubilatoire de son image spéculaire par l'être encore plongé dans l'impuissance motrice et la dépendance du nourrissage qu'est le petit homme à ce stade *infans*, nous paraît dès lors manifester en une situation exemplaire la matrice symbolique où je se précipite en une forme primordiale, avant qu'il ne s'objective dans la dialectique de l'identification à l'autre et que le langage ne lui restitue dans l'universel sa fonction de sujet¹⁹ ». Comme nous le disions, Althusser est prisonnier

de cette place qu'il est venu occuper à son insu auprès de sa mère et qui correspond à un deuil non fait, deuil non fait par sa mère mais qu'il ne pourra jamais solder puisque ce n'est pas le sien et que la manière dont il s'est engagé dans cette histoire à son corps défendant aura été vis-à-vis d'elle d'être dans la position du protecteur, entérinant ainsi sa position initiale. Son passage à l'acte sera la résultante de facteurs structuraux et de facteurs purement conjoncturels. Les facteurs structuraux sont ceux que nous avons essayé de cerner à travers les différents moments de son histoire. Il reste prisonnier de ce point initial où il s'est constitué comme idéal du moi. Les remaniements survenus dans son histoire le sont selon le modèle de cette matrice initiale.

Le cercle se referme. En 1975 il épouse Hélène après le décès de son père. En 1976 il rédige sa première biographie, *Les Faits*. Celle-ci commence d'une façon bien énigmatique : « *Comme c'est moi qui ai tout organisé, autant que je me présente tout de suite. Je m'appelle Pierre Berger. Ce n'est pas vrai. C'est le nom de mon grand-père maternel, qui est mort d'épuisement en 1938, après avoir bousillé sa vie dans les montagnes d'Algérie, en pleine brousse, seul avec sa femme et ses deux filles, comme garde forestier appointé par l'administration des Eaux et Forêts de l'époque²⁰.* »

Je voudrais faire trois remarques sur cette entrée en matière :

- Qu'il se présente sous l'identité de son grand-père n'est pas indifférent. Au-delà d'une facétie, il signe là ce qui a compté pour lui comme référence paternelle, son propre père n'étant pas venu occuper pleinement cette place.
- Ma deuxième remarque porte sur une erreur de date concernant la mort de son grand-père, qu'il situe en 1938. Or, après vérification auprès de l'État civil, son biographe découvre que son grand-père serait décédé en 1934 et non en 1938, date qui correspond à sa première dépression qui ne lui a pas permis de présenter cette année-là le concours à l'ENS.
- Enfin à la fin de sa vie après sa longue hospitalisation à Sainte-Anne, à sa sortie, il finit par prendre un appartement seul, sur l'insistance de ses amis. Sur la porte il inscrit le nom de Pierre Berger. Tous ces éléments montrent bien son malaise à soutenir son identité.

Finalement, dans les derniers mois de sa vie avec Hélène, il se retrouve dans un huis-clos avec elle. Les témoignages recueillis après le drame confirment l'existence de violentes et fréquentes disputes au sein du couple, suivies de réconciliations. Le médecin de l'École, le docteur Étienne, rapporte que le dernier mois Hélène parlait sans cesse de suicide. Il semblerait que si jusque-là Althusser a pu tenir tant bien que mal, c'est grâce à un écart par rapport à une espèce d'enfermement correspondant aux derniers mois précédant le passage à l'acte. En effet Hélène et Althusser, avant leur décision de se marier, vivaient séparément. Chacun avait sa vie propre, même si nous avons vu le côté morbide de leurs relation, Althusser la faisant témoin des maîtresses avec lesquelles il entretenait une liaison. Mais cet écart qu'ils

18. Rêve de Louis Althusser, in « Matériaux », in *L'Avenir dure longtemps*, op. cit., p. 429-431.

19. Jacques Lacan, *Les Écrits*, Éditions du Seuil, 1966, « Le stade du miroir », p. 94.

20. Althusser, *Les Faits*, op. cit., p. 319.

maintenaient dans leur vie respective permettait un équilibre précaire. Une fois qu'ils se mirent à partager le même logement, à mêler plus intimement leur vie, cet écart s'abolit. Hélène, qui incarnait successivement tous les personnages de sa constellation familiale Père-Mère-Soeur est venu occuper le point géométrique des forces dans lesquelles Althusser se débattait. Lui qui avait toujours maintenu un pied dedans, un pied dehors, ce qui lui permettait d'occuper des positions de compromis, être le père du père, être le protecteur, être le second comme en captivité, mais tout en exerçant une influence décisive ou encore à l'ENS où il occupait depuis toujours le poste de caïman, c'est-à-dire de celui qui prépare

les élèves à l'agrégation, alors qu'il pouvait prétendre par ses travaux et la reconnaissance qui en résultait à un poste de direction ou de professeur titulaire de chaire. De plus, nous l'avons vu, âgé alors de 62 ans, sa retraite approchait, et avec elle le fait de devoir quitter l'ENS.

Tous ces facteurs ont comme figé la situation dans laquelle il vivait, le mettant dans un empêchement total, créant une situation sans issue. C'est dans un tel contexte que se produisit le passage à l'acte. Il y a alors une abolition de la distance de l'idéal du moi au moi idéal, d'où la perte des repères temporeux-spatiaux et du trou amnésique qui en résulte.



Œuvre de Mila Dolvi, 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.



Jean-Philippe
É. Daoust¹



Mélanie Renaud²



Benoit Bruyère³



Catherine Juéry⁴



Lisa M. Najavits⁵

État de stress post-traumatique et usage problématique de substances : évaluation de programme préliminaire en lien avec l'efficacité d'une clinique spécialisée pour Franco-ontariens en milieu hospitalier universitaire

Résumé : la présente recherche porte sur le trouble concomitant état de stress post-traumatique (ÉSPT) et usage problématique de substance (UPS) ; une réalité clinique fréquemment retrouvée. Le but principal est d'en arriver à une évaluation préliminaire d'un programme offert aux Franco-ontariens de l'Hôpital Montfort et basé sur le manuel de traitement *Seeking Safety* (SS; Najavits, 2002). Dix-huit participant(e)s diagnostiqués avec un ÉSPT ainsi qu'un UPS ont été inclus dans l'étude. Ces derniers étaient principalement aux prises avec des traumatismes physique, sexuel et/ou remontant à l'enfance ; près de la moitié d'entre eux ayant été préalablement hospitalisée pour des problèmes psychiatriques et environ 22% ayant séjourné en prison au cours de leur vie. Les principales substances consommées étaient en lien avec l'alcool, le cannabis, les opiacés et/ou la cocaïne. Les participant(e)s ont volontairement rempli une série de questionnaires constituant le prétest pour ensuite bénéficier de 28 séances thérapeutiques de groupe et enfin compléter le post-test. En moyenne, les participants ont été présents à 72,1% des séances et ont pu justifier leurs absences pour des motifs valables dans 43,6% des cas. Les résultats permettent de répondre à deux grandes questions : la satisfaction/mise en œuvre et l'efficacité du programme offert. L'évaluation de la satisfaction indique que SS était très approprié pour cette population et ce, en fonction des mesures d'alliance thérapeutique (à la fois des participant(e)s et des psychothérapeutes) et des évaluations de satisfaction proprement dites. La mise en œuvre, quant à elle, fait état d'une forte fidélité au protocole SS. En ce qui concerne l'efficacité, les résultats font preuve d'améliorations significatives en lien avec l'ÉSPT : en particulier au niveau du PTSD Checklist (critère D; grande taille d'effet) et du Trauma Symptom Checklist 40 (score total, dissociation et indice de traumatismes sexuels; tailles d'effet petites et moyennes). Des améliorations significatives ont également été notées au niveau de la consommation de substances à la fois sur le Michigan Alcohol Screening Test et le Drug Abuse Screening Test (tailles d'effet moyennes) et dans le fonctionnement quotidien (axe 5 du DSM-IV-TR et BASIS-32 daily role functioning ; grandes tailles d'effet). Aucune amélioration significative n'a été notée en termes de stratégies d'adaptation, d'estime de soi ou de satisfaction dans la vie ; bien que toutes les moyennes sur ces variables aient évolué dans le sens d'une amélioration. Cette étude suggère que le programme SS est efficace dans le traitement du trouble concomitant particulier ÉSPT-UPS, et ce pour une population clinique lourde et franco-ontarienne.

Mots clés : état de stress-post-traumatique ; usage problématique de substances ; traitement intégré ; efficacité ; évaluation de programme ; francophone

1. Psychologue (M.A.P., Ph.D.)

1. Étudiante en psychologie (B.A.)

3. Ergothérapeute (B.Sc.)

4. Ergothérapeute (B.A., M.Sc.)

5. Psychologue (Ph.D.)

Correspondance : Prof. Dr Jean-Philippe É. Daoust, Ph.D., C.Psych.

Université d'Ottawa – Département de psychiatrie. – Hôpital Montfort – Clinique Trauma et Psychiatrie Transculturale. – Institut de Recherche de l'Hôpital Montfort

Coordonnées : Hôpital Montfort, Programme de santé mentale, 713 Chemin Montréal, Ottawa, Ontario, Canada, K1K 0T2

Summary : this research focuses on co-occurring posttraumatic stress disorder (PTSD) and substance use disorder (SUD), a common and clinically-important comorbidity. The primary goal was a preliminary evaluation of the French-language version of Seeking Safety (SS) treatment for PTSD/SUD, conducted with French-Canadians at the Montfort Hospital (Ottawa, Canada). Eighteen participants (male and female) diagnosed with current PTSD and SUD were included in the study. They had experienced primarily physical, sexual, and/or childhood trauma; almost half of the sample had been inpatient for psychiatric or SUD problems prior; and about 22% had been in prison in their lifetime. Their primary substances were alcohol, cannabis, opiates, and/or cocaine. They were offered 28 sessions of group SS therapy, and completed pre- and post-testing on a variety of measures. Results indicated that they, on average, attended 72.1% of the sessions and were able to justify their absences for good cause in 43.6% of cases. Results address two questions: satisfaction/implementation and outcomes. Satisfaction ratings indicated that SS was very appropriate for this population, based on alliance ratings (both patient and clinician) and SS satisfaction ratings. Implementation showed strong fidelity to SS by the two study clinicians. Outcomes showed significant improvements on PTSD: specifically the PTSD Checklist, criterion D (large effect size); the Trauma Symptom Checklist 40, total score, dissociation, sexual abuse trauma index (small to medium effect size). We also found significant improvements in substance use on both the Michigan Alcohol Screening Test and the Drug Abuse Screening Test (both medium effect sizes); and in functioning on the axis V and the Basis-32 daily role functioning (both large effect size). We did not find significant increases in coping, self-esteem nor life satisfaction; however, all of the means on those variables moved in the direction of improvement. This study suggests that the "Seeking Safety" program is effective in treating specific co-occurring PTSD and SUD, for a highly impaired clinical French-Canadian population.

Keywords : posttraumatic stress disorder; substance use disorder; integrated treatment; effectiveness; program evaluation, francophone population

Introduction

Les données probantes font état d'une grande prévalence de troubles concomitants dans la population clinique. Un trouble concomitant est généralement défini par la présence simultanée d'un trouble de santé mentale tel que conceptualisé dans le DSM-IV-TR (APA, 2000) et d'un usage problématique de substances (UPS). À titre d'exemple, une vaste étude réalisée aux États-Unis (Reiger, Farmer & Rae, 1990) et rapporté par Skinner, O'Grady, Bartha et Parker (2004) précise que 30 % des personnes qui sont diagnostiquées avec un trouble de santé mentale présentent aussi un UPS. Par ailleurs, ce serait 37 % des individus aux prises avec un trouble lié à l'abus d'alcool et 53 % des gens qui ont un trouble lié à l'abus de drogues qui présenteraient un problème de santé mentale au cours de leur vie (Skinner et al., 2004) ; ce qui est respectivement 2 fois et 4 fois supérieur aux individus ne présentant pas un UPS.

Afin de bien comprendre la spécificité de chaque trouble concomitant et de pouvoir offrir des services appropriés, il semble important de différencier certaines sous-catégories. Skinner et ses collaborateurs (2004) définissent d'ailleurs cinq grandes catégories de troubles concomitants, à savoir la cooccurrence d'un UPS avec (a) un trouble de l'humeur et/ou anxieux, (b) un trouble mental sévère et persistant (par ex. : schizophrénie ou trouble bipolaire), (c) un trouble de la personnalité (en particulier la personnalité antisociale), (d) un trouble alimentaire et finalement, (e) un autre trouble de santé mentale.

Dans le cadre de cette recherche, une attention particulière a été portée à la première sous-catégorie de troubles concomitants en lien avec les troubles anxieux. Plus précisément, la présente étude porte sur le trouble concomitant spécifique que constitue l'état de stress post-traumatique (ÉSPT) combiné avec un UPS; une réalité clinique fréquemment retrouvée. En fait et parmi les individus aux prises avec un ÉSPT, une comorbidité d'UPS est présente dans 60 à 80 % des cas (Donovan, Padin-Rivera & Kowaliw, 2001). De plus, il y aurait jusqu'à 80 % des femmes cherchant un traitement pour un UPS qui rapporteraient avoir aussi subi des agressions sexuelles et physiques (Brady, Killeen, Saladin, Dansky & Becker, 1994 ; Dansky, Saladin, Brady, Kilpatrick & Resnick, 1995 ; Fullilove, Fullilove, Smith, Winklet, Michael, Panzer & Wallace, 1993 ; Hien & Scheier, 1996 ; Miller, Downs, & Testa, 1993). De même, le taux d'UPS à vie est presque le double, soit 43 %, pour les gens aux prises avec un ÉSPT et ce, comparativement à 22 % pour les individus qui ne présentent pas de symptômes d'ÉSPT (Breslau, Davis, Andreski, Peterson & Schultz, 1997 ; Cottler, Compton, Mager, Spitznagel & Janca, 1992 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995 ; Kulka Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan & Marmar, 1990). Ce type de trouble concomitant est donc une réalité importante pour lesquels les besoins cliniques sont grands.

Afin de bien cadrer le sujet à l'étude, il semble tout d'abord pertinent de rappeler que pour avoir un diagnostic d'ÉSPT selon le DSM-IV-TR (2000), une personne doit avoir vécu,

avoir été témoin ou avoir été confronté à un ou plusieurs événements dans lesquels des individus ont pu mourir, être gravement blessés ou même menacés de mort ou de blessure(s) grave(s). Cette personne peut aussi avoir été confrontée à un ou plusieurs événements « durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. » (APA, 2000, p. 503). De plus, la réaction de l'individu doit s'être traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur et une détresse significative. À cela s'ajoute des symptômes de reviviscence (critère B), d'évitement ou d'émoussement (critère C) et d'hyperactivation (critère D) présents pour une durée d'au moins un mois suite à la survenue de l'événement traumatique.

Pour faire suite et toujours selon le DSM-IV-TR (APA, 2000), un abus de substance est une utilisation inadéquate d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois : (a) une utilisation répétée de la substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison, (b) une utilisation répétée dans des situations où cela peut être physiquement dangereux, (c) des problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance et finalement, (d) une utilisation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents. La dépendance à une substance diffère, quant à elle, de l'abus par son caractère plus prononcé et la présence d'au moins trois des manifestations suivantes au cours des 12 derniers mois : (a) un phénomène de tolérance, (b) un syndrome de sevrage, (c) une consommation supérieure ou pour une durée plus longtemps que ce que la personne avait envisagée, (d) des efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation, (e) un temps considérable passé à se procurer la substance ou à récupérer de ses effets, (f) l'abandon des activités sociales, (g) la poursuite de l'utilisation de la substance malgré la présence de problèmes physiques ou psychologiques.

Pertinence de la problématique

Depuis une vingtaine d'années, il y a un intérêt croissant pour la question de l'ÉSPT et de l'UPS (Skinner et al., 2004). Entre autres choses, les dernières décennies ont vu croître la sensibilisation de la population sur les troubles traumatiques et la présence de comorbidité. Cette sensibilisation a aussi permis aux individus ayant subi des traumatismes personnels de dénoncer leur cause et d'aller chercher l'aide nécessaire à leur rétablissement. À ce propos, Stewart (2008) rapporte toutefois que l'ÉSPT est encore souvent sous diagnostiqués chez les individus qui recherchent de l'aide pour leur UPS; ce qui laisse croire que certains besoins persistent en matière de compréhension des enjeux liés au trouble concomitant que constituent l'ÉSPT et l'UPS et à son traitement.

Au fil du temps, les chercheurs dans le domaine ont élaboré des théories explicatives de la relation entre l'ÉSPT et l'UPS. Une de ces explications est en lien avec l'automédication.



Le drapeau franco-ontarien devant l'Hôpital Montfort.
Photo Psy Cause, septembre 2013.

En fait, il y a des recherches qui supportent l'idée que le développement de l'UPS surviendrait après un événement traumatique et que les substances seraient alors utilisées dans le but de gérer et d'éviter les symptômes de l'ÉSPT (Hien, 2009 ; Hien, Cohen, Litt, Miele & Capstick, 2004 ; Riggs & Foa, 2008). Une deuxième théorie explicative repose sur la notion de risque élevé pour la survenue de traumatismes dans le contexte d'un usage de substances. Dans cette théorie, l'UPS est associé à des activités à risque (fréquentation directe ou indirecte du monde criminalisé, intoxication, etc.) qui augmentent les chances de faire face à un événement traumatique. Ainsi, le contexte qui entoure les usagers de substances augmenterait le risque d'être confronté à certains événements tels que l'abus physique ou sexuel (Hien, 2009 ; Riggs & Foa, 2008). Finalement, une dernière théorie explicative de la relation étroite entre l'ÉSPT et l'UPS repose sur la notion de susceptibilité. Selon celle-ci, les individus qui ont un UPS seraient plus vulnérables au développement de l'ÉSPT suivant un événement traumatique dû au fait qu'il y a une diminution de l'activité de certaines fonctions exécutives qui permettraient d'affronter la situation et de composer avec le traumatisme (Hien, 2009 ; Riggs & Foa, 2008).

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur les causes de la relation étroite entre l'ÉSPT et l'UPS, tous s'entendent sur la nécessité d'offrir un support thérapeutique aux individus dans le besoin. Pour ce faire, des programmes d'intervention se sont

développés et ont été empiriquement étudiés. Il y a quatre grandes classes de traitements qui peuvent être distinguées et qui se situent le long d'une perspective historique. La première classe de traitement à voir le jour est tout simplement en lien avec le traitement d'une des deux entités clinique (ÉSPT ou USP) sans tenir compte de l'autre (Hien, 2009). Ce type de traitement dit « unique » est évidemment limité. La deuxième classe de traitements à voir son apparition porte sur le traitement en séquence des deux entités (souvent l'UPS en premier) et ne s'intéresse qu'à une seule problématique à la fois. Dans ce type de traitement, l'UPS est souvent un critère d'exclusion au traitement de l'ÉSPT. Les partisans de ce type de traitement en séquence rapportent que le traitement de l'ÉSPT devrait seulement débiter après une période d'abstinence prolongée (Ouinette, Moos et Brown, 2003 dans Riggs & Foa, 2008). Toujours dans cette perspective, le traitement préalable de l'UPS permettrait aux patients d'acquiescer des ressources (habiletés d'adaptations, support social, etc.) qui seraient bénéfiques au traitement subséquent de l'ÉSPT. Cette philosophie semble logique en théorie, mais il y aurait souvent des rechutes associées à ce type de programme, car les participants tenteraient de gérer leur détresse émotionnelle associée à l'ÉSPT avec un usage de substances (Riggs & Foa, 2008). Une troisième classe de thérapies propose un traitement en parallèle de l'ÉSPT et l'UPS. Ce type de thérapies viserait le traitement des deux troubles en même temps et ce, dans des institutions différentes et indépendantes (une institution se spécialisant en toxicomanie et l'autre en santé mentale). Malheureusement, les difficultés ou le manque de communication entre les différents professionnels impliqués pourraient être source d'inconsistances entre les deux traitements et soulever certaines craintes comme le souligne Hien et ses collaborateurs (2004, p. 1426) : « a commonly held belief is that addressing PTSD in early treatment would "open Pandora's box" and worsen progress in addiction treatment, interfering with achieving and maintaining abstinence ». Une dernière classe de traitement, d'apparition plus récente, semble être porteuse d'espoir puisqu'elle aborde le traitement simultané et par une même équipe des difficultés en lien avec l'ÉSPT et l'UPS. Ces traitements, dits « intégrés » seraient bien accueillis par les participants et même privilégiés par ces derniers (Brown, Stout & Gannon-Rowley, 1998 dans Riggs & Foa, 2008). De plus, les preuves empiriques faisant preuve de leur efficacité sont prometteuses (Riggs & Foa, 2008).

Dans ce contexte, trois grands programmes de traitement se distinguent parmi ceux qui ont été élaborés. Le premier est celui de Brady, Dansky, Back, Foa et Carroll (2001) et s'intitule « Concurrent Treatment for PTSD and Cocaine Dependence » (CTPCD). Ce traitement spécifique à la dépendance à la cocaïne est basé sur le principe de l'exposition prolongée. Les patients qui terminent le programme font preuve d'une amélioration significative dans les deux domaines soit : l'ÉSPT et l'usage problématique de cocaïne (Najavits, 2003 ; Riggs & Foa, 2008). Ceci dit, un haut taux d'abandon (61 %) est toutefois à noter et n'est pas

nécessairement en lien avec la question de l'exposition prolongée puisque la majorité des abandons prendraient place avant la mise en place de cette dernière. Bien que ce traitement simultané se révèle intéressant, le CTPCD est plutôt restrictif dans son application puisqu'il n'inclut seulement que les individus en prise avec un usage problématique de cocaïne.

Triffleman, Carroll et Kellogg (1999) ont, quant à eux, élaboré un traitement d'application plus général intitulé *Substance Dependence PTSD Therapy* (SDPT). La première partie de ce traitement (24 premières séances) met l'accent sur la non-consommation ou l'abstinence. Les patients y apprennent des stratégies d'adaptation (*coping skills*) telles que la gestion des déclencheurs et des envies irrésistibles (*craving*), des techniques de relaxation ainsi que la mise en place et l'utilisation d'un réseau de support social. Par la suite, le traitement de l'ÉSPT est abordé tout en gardant une attention continue à la question de l'UPS. Dans cette deuxième partie du traitement, la restructuration cognitive est utilisée afin d'aborder la détresse et les distorsions associées à l'ÉSPT (Najavits, 2003 ; Riggs & Foa, 2008). Une étude sans groupe contrôle a démontré que ce programme a réduit la sévérité de l'ÉSPT ainsi que de l'UPS. Ceci dit, une deuxième étude aurait conclu qu'il est impossible de déterminer si la SDPT est plus efficace qu'un programme en 12 étapes qui encourage l'abstinence (Riggs & Foa, 2008).

Un dernier traitement intégré a été développé à l'Université Harvard par la psychologue Lisa M. Najavits. Son programme intitulé « *Seeking safety* » (SS; Najavits, 2002) repose sur l'approche cognitive-behaviorale. Ce programme a pour but d'enseigner aux patients des stratégies d'adaptation afin qu'ils puissent en arriver à mieux contrôler leurs difficultés (Riggs & Foa, 2008). Il ne repose pas sur les techniques d'exposition ou la restructuration cognitive répétée et ce, puisqu'il constitue une première phase (stabilisation et sécurité) dans le traitement des difficultés (Najavits, 2003 ; Zlotnick, Najavits, Rohsenow & Johnson, 2003). Dans une deuxième phase (*Creating Change*; Najavits, en préparation), l'exploration approfondie des traumatismes est mise de l'avant. La thérapie SS diffère des autres approches précédemment présentées puisqu'elle est à caractère plus humaniste (Najavits, 2003). De plus, ce fut le premier traitement pour le trouble concomitant de l'ÉSPT et de l'UPS pour lequel des résultats positifs ont été rapportés (Hien et al., 2004; Najavits, 2003). Le programme SS disponible sous forme de manuel de traitement est empiriquement validé aux États-Unis pour une population anglophone et plusieurs études ont été réalisées sur des populations variées : entre autres, des femmes incarcérées (Lynch, Heath, Matthews & Cepeda, 2012 ; Zlotnick, Johnson & Najavits, 2009 ; Zlotnick et al., 2003), des femmes provenant de milieux défavorisés (Cohen & Hien, 2006 ; Hien et al., 2004), des hommes et femmes vétérans de l'armée (Boden et al., 2011 ; Cook, Walser, Kane, Ruzek & Woody, 2006 ; Desai, Harpaz-Rotem, Najavits & Rosenheck, 2009 ; Desai, Harpaz-Rotem, Najavits & Rosenheck, 2008 ; Norman,

Wilkins, Tapert, Lang & Najavits, 2010 ; Weaver, Trafton, Walser & Kimerling, 2007 ; Weller, 2005) et des patients en clinique ambulatoires (Najavits, Schmitz, Gotthardt & Weiss, 2005 ; Najavits, Weiss, Shaw & Muenz, 1998). Bien que le programme soit aussi disponible en français sous format de manuel de traitement (À la recherche de la sécurité), aucune étude n'est encore venue en supporter les fondements empiriques pour une population francophone.

Le but principal de la présente recherche est d'en arriver à une évaluation préliminaire d'un programme offert aux Franco-ontariens et basé sur le manuel de traitement SS de Najavits (2002). En fait, un traitement intégré de l'ÉSPT et de l'UPS est offert en clinique externe dans le cadre des activités du Programme de Santé Mentale de l'Hôpital Montfort. Le traitement est offert en format de groupe et porte sur les 25 thèmes du programme SS (par exemple, se détacher de la douleur émotive via l'ancrage, intégrer le moi divisé et faire face aux éléments déclencheurs). Il s'offre deux fois par semaine (durée de 6 heures par semaine), et ce pour une période de traitement s'échelonnant sur trois mois. Il s'agit donc d'un traitement assez intensif où le but principal est d'atteindre la sécurité et la stabilité dans les relations, les pensées, les comportements et les émotions.

La question spécifique de recherche est de savoir si les services offerts dans le cadre du Programme de santé mentale sont efficaces pour une population franco-ontarienne. Les hypothèses de recherche sont à l'effet que le programme devrait principalement permettre : (a) une diminution de la symptomatologie traumatique chez les participant(e)s (b), une diminution de leur taux de consommation de substances, (c) une augmentation de leur niveau de fonctionnement et de façon secondaire, (d) une augmentation des stratégies d'adaptation utilisées, (e), une augmentation de l'estime de soi des participant(e)s et finalement, (f) une augmentation de leur satisfaction dans la vie en général.

Méthode

Pour répondre aux objectifs de la présente étude, un devis de recherche pré-expérimental de type pré-test/post-test à groupe unique (Fortin & Gagnon, 2010) a été appliqué. Ce type de devis présente l'avantage d'être facilement implantable en milieu clinique où les services à la clientèle ont préséance sur la rigueur méthodologique. Par ailleurs et dans le cadre d'une première phase d'investigation scientifique dans le monde de la francophonie, ce type de devis permet une évaluation des effets bruts du programme. Évidemment, un tel devis comporte toutefois le désavantage d'être non discriminant sur le plan causal.

Participants

Les participants sont issus de la population franco-ontarienne (Canada) du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) de Champlain aux prises avec un trouble concomitant de type ÉSPT et UPS. Ils ont tous été référés

aux groupes de thérapies par les psychiatres du Programme de Santé Mentale de l'Hôpital Montfort. Afin de pouvoir y être inclus, les individus devaient avoir été préalablement diagnostiqués avec un ÉSPT actuel et un UPS (abus ou dépendance actuelle ou en rémission récente).

Vingt-huit personnes ont été incluses dans cette étude. De ce nombre, dix-huit (N=18) ont accepté de compléter l'ensemble des évaluations inhérentes au prétest et au post-test et constituent donc les participant(e)s de la présente évaluation de programme. Les pertes expérimentales en lien avec le nombre initial de participant(e)s étaient reliées à l'entrée en centre de désintoxication (3), à un conflit interpersonnel avec un(e) autre participant(e) (3), à un retour sur le marché du travail (1), à des absences répétées et au renvoi du programme (1) ou à des causes inconnues dans le cadre d'un abandon sans justification (2).

Sommairement, les 18 participants étaient composés de 17 femmes et 1 homme âgés entre 22 et 54 ans ($M = 44,1$; $ÉT = 7,5$). Le principal statut social des participant(e)s a trait au fait d'être bénéficiaire de l'*Ontario Disability Support Program* (ODSP; 27,8 %), d'être bénéficiaire de l'assurance chômage (22,2 %), de travailler à temps plein (16,7 %), d'être bénéficiaire du bien-être social (16,7 %), de travailler à temps partiel (5,6 %), d'être étudiante (5,6 %) et d'être maîtresse de maison (5,6 %). En termes de revenu, la majorité des participant(e)s (50 %) gagnaient moins de 10 000 \$ par année, alors que 22,2 % gagnaient entre 10 000 \$ et 19 999 \$, 16,7 % entre 30 000 \$ et 39 999 \$, 5,6 % entre 20 000 \$ et 29 999 \$ et 5,6 % gagnaient 50 000 \$ et plus par année. En ce qui concerne leur statut civil, 38,9 % des participant(e)s étaient séparé(e)s, divorcé(e)s et vivaient seul(e)s, 22,2 % étaient mariées ou en union libre, 16,7 % étaient célibataires, 11,1 % étaient séparé(e)s, divorcé(e)s mais vivaient avec quelqu'un et 11,1 % étaient veuve. Ayant trait au type de logement, 44,4 % résidaient en appartement, 44,4 % habitaient dans une maison ou un condominium et 11,1 % demeuraient dans une résidence de groupe. Le diplôme académique complété le plus élevé par les participant(e)s était le collégial (33,3 %), le primaire (27,8 %), le secondaire/12^{ème} année (22,2 %) et l'université (5,6 %); alors que 11,1 % d'entre eux désiraient ne pas rapporter leur statut académique.

En matière de traumatismes vécus, les participant(e)s ont été aux prises avec des agressions physiques (94,4 %), des agressions sexuelles (77,8 %), de l'abus dans l'enfance (77,8 %), de la torture (11,1 %), un accident grave (5,6 %), un trafic humain (5,6 %) ou ont été témoin d'un événement traumatique (50,0 %); des combinaisons étant possibles.

En ce qui a trait à leur fonctionnement au préalable à leur participation au groupe de thérapie, les participants ont bénéficié d'un suivi antérieur en santé mentale (61,1 %) et/ou en toxicomanie (55,6 %), de la participation à des groupes en 12 étapes (55,6 %), d'une hospitalisation en santé mentale dans les derniers mois (44,4 %; durée moyenne de 6,2 jours; $ÉT = 10,5$). Par ailleurs et au cours



Entrée de l'Hôpital Montfort. Photo Psy Cause, septembre 2013.

des dernières années, les participant(e)s ont été confrontés à des interventions policières (33,3 %), à des actes illégaux sans avoir été pris (33,3 %), à des arrestations (22,2 %) et à des séjours en prison (22,2 %).

La dernière partie de cette section présente des statistiques concernant la classification diagnostique issue du DSM-IV-TR (APA, 2000) des participant(e)s et déterminée par les psychiatres référant ou le psychologue responsable des groupes de thérapie. Au niveau de l'axe 1 du DSM-IV-TR (APA, 2000), tous les participant(e)s présentaient un ÉSPT (aigu ou chronique) au moment de leur admission à la clinique. Par ailleurs et de façon concomitante, 38,9 % des participant(e)s étaient aux prises avec une dépendance à la drogue, 33,3 % avec une dépendance à l'alcool, 22,2 % un abus d'alcool et 11,1 % avec un abus de drogues; des combinaisons alcool/drogues étant possibles. Il est à noter qu'une des participantes était en rémission de ses difficultés d'alcool et de drogues depuis quelques semaines au moment de son admission. Les participant(e)s présentaient aussi un autre trouble anxieux dans une proportion de 16,7 % ou un trouble de l'humeur co-occurent dans une proportion de 16,7 %. En ce qui concerne l'axe 2, 44,4 % des participant(e)s étaient aux prises avec un trouble de la personnalité du regroupement B et 5,6 % du regroupement C. En matière de stressors psychosociaux et environnementaux (axe 4), 44,4 % des participant(e)s présentaient un problème lié à l'environnement social, 22,2 % un problème de logement, 11,1 % un problème d'éducation et 5,6 % un problème avec les institutions judiciaires/pénales au moment

de la consultation. Finalement et en ce qui a trait à l'axe 5 du DSM-IV-TR (APA, 2000), les participant(e)s présentaient des symptômes importants ($M = 49,7$; $ET = 6,3$; Étendue : 40 à 60) ayant un impact significatif sur leur fonctionnement au moment de leur admission dans la clinique.

Matériel

Le matériel utilisé dans le cadre de la présente recherche est en lien le manuel de traitement « À la recherche de la Sécurité » (traduction française de *Seeking Safety*) élaboré par Najavits (2002). Le programme couvre 25 thèmes qui ont été divisés en 28 séances; le contenu de chacune des séances étant rapporté au tableau 1. Pour chacune des séances (à l'exception de la séance 28), des documents (*handouts*) issus du manuel de traitement ont été remis aux participant(e)s et travaillés en séance.

Mesures

Plusieurs tests psychologiques ont été administrés dans le cadre de la présente étude ; ce qui a permis de considérer un éventail de variables inter-reliées. Ainsi, une batterie d'outils psychométriques possédants de bonnes propriétés psychométriques a été sélectionnée et a été administrée en condition de pré et de post-traitement. Il est à noter que tous les tests ont été administrés en français via des traductions publiées ou des traductions maison obtenues à l'aide d'une méthode de traduction de type comitè (Brislin, Lonner & Thorndike, 1973). Un remerciement spécial est ici adressé

Tableau 1. – Contenu des séances du programme de traitement «À la recherche de la sécurité» offert à l'Hôpital Montfort.

Séance	Sujet abordé	Séance	Sujet abordé
1	Sécurité I - Définition du traitement et du plan de sécurité	15	Le jeu des choix de vie (consolidation des acquis)
2	Sécurité II - Retour sur les habiletés sécuritaires	16	Engagement
3	ESPT I - Définition et enjeux inhérents	17	Création de sens
4	ESPT II - Reprendre le contrôle de votre vie	18	Guérir de la colère I
5	Se détacher de la douleur émotionnelle (Ancrage dans la réalité)	19	Guérir de la colère II
6	Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances I	20	Ressources communautaires
7	Lorsque vous êtes sous l'emprise de substances II	21	Fixer des limites dans ses relations
8	Demander de l'aide	22	La découverte
9	Prendre soin de soi	23	Obtenir l'aide des autres
10	Compassion	24	Faire face aux déclencheurs
11	Drapeaux rouges et drapeaux verts	25	S'auto-réconforter
12	Honnêteté	26	Faire bon usage de son temps
13	Pensée axée sur le rétablissement	27	Relations saines
14	Intégrer le moi divisé	28	Révision : Jeu des choix de vie

à Mme Valérie Lemieux, assistante de recherche au moment de la mise en œuvre des groupes de thérapie.

En ce qui concerne le prétest, treize éléments d'évaluation ont été récoltés auprès des participant(e)s. D'abord et en lien avec les variables dépendantes principales à l'étude, trois outils psychométriques ont été utilisés pour l'évaluation de l'ESPT : le *Posttraumatic Stress Disorder Checklist Scale* (PCL-S ; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993), le *Trauma Symptom Checklist* (TSC-40; Elliot & Briere, 1991) et le *Posttraumatic Growth Inventory* (PTGI-21; Tedeschi & Calhoun, 1996), deux autres pour l'évaluation de l'UPS : le *Michigan Alcohol Screening Scale* (MAST-22; Selzer, 1971) et le *Drug Abuse Screening Test* (DAST-20; Skinner, 1982) et un dernier pour le fonctionnement général (*Behavior and Symptom Identification Scale* - BASIS-32 ; Eisen, Dill & Grob, 1994); de même qu'une mesure du jugement clinique en ce qui a trait à l'évaluation globale du fonctionnement (EGF – Axe 5 du DSM-IV-TR, APA, 2000). Puis, certaines autres variables dépendantes et secondaires ont été considérées comme les stratégies d'adaptations utilisées (*Seeking Safety Coping Skills Scale* ; Najavits, 1997), l'estime de soi (*Rosenberg Self-Esteem Scale* ; Rosenberg, 1965) et la satisfaction dans la vie (*Satisfaction With Life Scale* ; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985).

À cela s'est ajouté un court questionnaire sociodémographique (Daoust & Lemieux, 2010a). Tous les outils psychométriques du prétest ont été ré-administrés dans le cadre du posttest et ce, en plus des tests suivants : un questionnaire de rétroaction globale sur le programme (Daoust & Lemieux, 2010 b) inspiré du *Seeking Safety Feedback Questionnaire* (Najavits, 2002), le *Working Alliance Inventory* (WAI-12; Horvath & Greenberg, 1989) et le *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8; Larsen, Attkisson, Hargreaves & Nguyen, 1979). En plus du prétest et du post-test, les participant(e)s ont aussi complété l'*Outcome Rating Scale* (Miller & Duncan, 2000) à la fin de chacune des séances de thérapie

où ils étaient présent(e)s et une rétroaction sur la session (Daoust & Lemieux, 2010 b). Cette rétroaction permettait de statuer sur les éléments suivants : leur satisfaction par rapport à la séance du jour, l'impact que cette séance a eu pour eux, l'estimation de la capacité des psychothérapeutes à les aider, à être respectueux et à les comprendre, la qualité du travail accompli par les psychothérapeutes et l'estimation de la capacité des autres participant(e)s à les aider et à être respectueux. Les participant(e)s ont également accepté de se soumettre aléatoirement à des dépistages urinaires pour dix substances (amphétamine, barbituriques, benzodiazépines, cocaïne, méta-amphétamines, méthadone, opiacée, Oxycodone, PCP et cannabis) et à un alcotest.

Les psychothérapeutes, quant à eux, ont été soumis à une évaluation mensuelle de leur qualité de vie professionnelle (*Professional Quality of Life* - ProQOL-5 ; Hudnall, 2005), de leur fatigue de compassion (*Compassion Fatigue Test*; Figley, 1995), de leur réponse silencieuse (*Silencing Response Scale* ; Baranowsky, 1998) et de leur niveau de stress clinique (*Index of Clinical Stress* ; Abell, 1991). De plus et à chacune des séances, ils ont complété une liste de vérification (Daoust & Bruyère, 2010 ; Inspiré de Najavits, 2002) afin de s'assurer de la correspondance de chaque séance avec le manuel de traitement. La présence des éléments suivants était alors évaluée selon une échelle en 3 points (0 = non-correspondance, 1 = correspondance partielle et 2 = bonne correspondance) : (a) vérification initiale et gestion des enjeux abordés, (b) citation du jour et discussion sur le thème central, (c) distribution du matériel et utilisation en séance, (d) vérification finale avec formulation d'un engagement concret, (e) accent sur l'ESPT, (f) accent sur l'UPS, (g) accent sur les habiletés saines et sécuritaires, (h) centration sur le thème du jour et pratique d'habiletés et (i) capacité à garder les participant(e)s en sécurité. Par rapport à chaque participant(e), les thérapeutes ont aussi complété le *Working Alliance Inventory* (WAI-12; Horvath

& Greenberg, 1989) en fin de suivi. Finalement et en lien avec la qualité de leurs interactions dans la co-animation des séances de groupe, les psychothérapeutes ont rempli de façon mensuelle un questionnaire d'ajustement dyadique (Daoust, 2010) inspiré du *Dyadic Adjustment Scale* (DAS-16, Spanier, 1976).

Procédure

Suite à la référence d'un(e) psychiatre et après acceptation de participer au programme de thérapie, les participant(e)s ont été invité(e)s à compléter (librement et volontairement) la batterie de tests composant le prétest. Puis, ils ont été invité(e)s à participer au groupe de thérapie en raison de deux séances de trois heures par semaine pour un grand total possible de 84 heures.

Les séances de thérapie étaient co-animées par deux psychothérapeutes (psychologue et ergothérapeute) et tous les participant(e)s, y compris les thérapeutes, s'assoiaient en rond dans une salle de thérapie. Il est arrivé à quelques reprises que des étudiant(e)s en formation (médecine, psychologie et ergothérapie) assistent aux rencontres à titre d'observateurs(trices). Pour chacune des séances de thérapie, la moitié des participant(e)s du moment ont été choisis aléatoirement pour procéder un dépistage urinaire et de leur haleine. Toutes les séances se sont déroulées de la même manière et en conformité avec le manuel de traitement (Najavits, 2002).

Essentiellement, les séances se déroulaient selon quatre étapes. La première étape, la vérification initiale (*check-in*), permettait aux thérapeutes de vérifier comment les participants se sentaient au moment de la rencontre. Cinq minutes étaient accordées à chacun(e) des participant(e)s et ces dernier(ère)s répondaient aux questions suivantes : (a) « Comment évaluez-vous votre santé physique, votre santé mentale, votre désir de consommer des substances et votre confiance à contrôler votre consommation? », (b) « Qu'avez-vous fait depuis la dernière rencontre pour vous garder en sécurité? », (c) « Avez-vous consommé des substances? », (d) « Avez-vous présenté des comportements à risque? », (e) « Avez-vous complété votre engagement de la dernière rencontre? » et finalement, (f) « Il y a-t-il des mises à jour concernant l'utilisation de vos services communautaires? ». La deuxième étape était, quant à elle, en lien avec une citation du jour présélectionnée pour chacune des séances. Un(e) participant(e) devait alors lire celle-ci à haute voix et devait discuter du sens qu'elle avait pour elle/lui. Le tout avait comme principal objectif d'engager émotionnellement les participant(e)s, d'introduire le thème du jour et pouvait aussi servir à titre d'élément d'inspiration future. La troisième étape, la plus importante en termes de durée et de contenu, portait sur un thème particulier relié à l'ÉSPT et à l'UPS (voir le tableau 1 pour la séquence). Les participant(e)s se voyaient alors distribué une copie du document propre à la séance et le contenu était travaillé en groupe via des lectures individuelles, des lectures à haute voix pour le

groupe, des échanges, une mise en relation avec le vécu personnel et la pratique de jeux de rôles lorsque cela se révélait pertinent et/ou nécessaire. Finalement, la dernière étape en lien avec la vérification finale (*check out*) permettait de souligner et d'encourager les progrès accomplis par les participant(e)s et de fournir une rétroaction aux psychothérapeutes. Les participant(e)s devaient alors répondre aux questions suivantes : (a) « Indiquez une chose que vous avez retenue de la séance d'aujourd'hui? », (b) « Quel est votre nouvel engagement d'ici le prochain atelier? », (c) « Quelles ressources communautaires consulterez-vous? » et finalement, (d) « Comment évaluez-vous votre santé physique, votre santé mentale, votre désir de consommer et votre confiance à contrôler votre consommation? ». De plus et à la fin de chaque séance les participants ont rempli un court questionnaire de rétroaction décrit précédemment. À la fin du suivi, les participant(e)s ont complété la batterie de tests composant le posttest. Il est à noter ici que bien que la présente étude vise aussi à recueillir des données en lien avec des relances thérapeutiques à six mois du temps zéro ainsi qu'à douze mois (afin de déterminer l'efficacité du programme à plus long terme) ; seules les données inhérentes au posttest sont ici actuellement disponibles.

En ce qui concerne les analyses statistiques, des analyses descriptives et comparatives (test *t*) ont été effectuées. Étant donné le côté préliminaire de la présente étude, un niveau d'erreur de type I ($p \leq 0,05$) relativement libéral a été considéré. En ce qui a trait à la grandeur d'effet des comparaisons effectuées, le calcul de la statistique *d* de Cohen (1988) a été retenu où les balises suivantes ont été élaborées pour guider son interprétation (autour de 0,01 = effet de petite taille; autour de 0,05 = effet de taille moyenne; autour de 0,08 et plus = effet de grande taille). La puissance statistique, quant à elle, a été calculée à partir de la formule développée par Howell (2008) et ce, pour une erreur de type 1 de 5 %.

Résultats

Avant même de déterminer l'efficacité du programme offert, il apparaît évident qu'une analyse de sa mise en œuvre est requise. Celle-ci permet de déterminer si le programme thérapeutique a été implanté correctement. La première dimension à évaluer à cet effet est le degré de conformité avec le manuel de traitement SS (Najavits, 2002). Le tableau 2 fait état du degré de conformité à l'égard de chaque séance et peut se résumer via un indice moyen de l'ordre de 98,3 %.

Une prochaine analyse qui permet d'estimer indirectement le degré de mise en œuvre programme et la satisfaction des participant(e)s est en lien avec l'alliance thérapeutique qui s'est développée entre ces derniers et les psychothérapeutes. Tout d'abord et selon la perception des participant(e)s, cette alliance globale était en moyenne de 89,2 % ($\bar{E}T = 8,7\%$; Étendue = 76,2 % - 100,0 %). Cette mesure peut être divisée en trois sous-dimensions; soit en fonction de la tâche ($M = 94,3\%$; $\bar{E}T = 9,3\%$; Étendue = 78,6 % - 100,0 %),

Tableau 2. – Degré de conformité au manuel de traitement « À la recherche de la sécurité » à l'égard de chaque séance.

Séance	Conformité au manuel de traitement (moyenne des participants)	Séance	Conformité au manuel de traitement (moyenne des participants)
1	100,0 %	15	100,0 %
2	100,0 %	16	100,0 %
3	100,0 %	17	94,4 %
4	100,0 %	18	94,4 %
5	100,0 %	19	100,0 %
6	100,0 %	20	100,0 %
7	97,2 %	21	100,0 %
8	91,7 %	22	100,0 %
9	88,9 %	23	100,0 %
10	100,0 %	24	100,0 %
11	94,4 %	25	100,0 %
12	100,0 %	26	94,4 %
13	100,0 %	27	100,0 %
14	N.A.	28	100,0 %

du lien ($M = 92,9$; $ET = 10,1$ % ; Étendue = 75,0 % - 100,0 %), ainsi que du but ($M = 80,4$ % ; $ET = 16,3$ % ; Étendue = 57,1 % - 100,0 %). En ce qui concerne les psychothérapeutes, leur perception globale de l'alliance thérapeutique était en moyenne de 82,2 % ($ET = 8,6$ % ; Étendue = 69,1 % - 94,1 %) ; avec des résultats similaires en fonction de la tâche ($M = 81,5$ % ; $ET = 10,2$ % ; Étendue = 67,9 % - 100,0 %), du lien ($M = 82,7$ % ; $ET = 10,1$ % ; Étendue = 67,9 % - 96,4 %) et du but ($M = 82,4$ % ; $ET = 7,7$ % ; Étendue = 71,4 % - 96,4 %).

Pour faire suite et toujours en lien avec l'évaluation de la mise en œuvre du programme, une estimation de l'ajustement dyadique dans la co-animation des séances de thérapie (entre les psychothérapeutes) a été calculée. Selon la perception des psychothérapeutes, la moyenne d'une série d'ajustements dyadiques était de 97,2 % ($ET = 2,6$ %). Ces données regroupaient en tout 24 évaluations ; soit 12 en provenance de chacun des psychothérapeutes (thérapeute #1 : $M = 96,4$ % ; $ET = 2,6$ % et thérapeute #2 : $M = 98,1$ % ; $ET = 2,3$ %).

La disponibilité affective des psychothérapeutes constitue une quatrième dimension qui a été considérée dans le contexte de la mise en œuvre du programme. Les tableaux 3 et 4 font état de la disponibilité affective (satisfaction dans la compassion, épuisement professionnel, stress traumatique secondaire, fatigue de compassion, réponse silencieuse et stress clinique) des deux psychothérapeutes considérés séparément.

Finalement, l'estimation de la qualité de l'offre de service constitue la dernière mesure de la mise en œuvre du programme. Cette dernière est sous-divisée en quelques dimensions inter-reliées. La première analyse correspond à la satisfaction globale des participant(e)s en fin de processus et donc, après avoir complété les trois mois de thérapie. La moyenne de satisfaction au CSQ-8 (Larsen et al., 1979) est de 92,2 % ($ET = 10,4$ % ; Étendue = 68,8 % - 100,0 %). En ce qui a trait aux

rétroactions sur chacune des sessions prises séparément, les participant(e)s étaient en moyenne satisfaits à 91,5 % ($ET = 12,9$ %) et l'impact global que ces dernières ont eu sur eux était positif à 90,2 % ($ET = 15,3$ %). Le tableau 5 fait état de la satisfaction moyenne et de l'impact global moyen pour chacune des séances.

Les participant(e)s ont aussi évalué les psychothérapeutes et ils ont déterminé que ces derniers étaient aidants en moyenne à 94,8 % ($ET = 9,5$ %), respectueux à 95,6 % ($ET = 8,8$ %), qu'ils comprenaient les participant(e)s à 95,2 % ($ET = 9,1$ %) et que la qualité globale de leur travail correspondait à 95,4 % ($ET = 9,0$ %). Le tableau 6 rapporte la moyenne de chacune de ces dimensions et ce, en fonction de chaque séance.

Enfin, les participant(e)s ont aussi évalué les autres participant(e)s en matière de respect exprimé ($M = 92,1$ % ; $ET = 13,8$ %) ainsi que du degré auquel ils étaient aidant(e)s ($M = 91,8$ % ; $ET = 13,5$ %). Le tableau 7 fait état des valeurs moyennes pour chaque séance.

La présente sous-section porte maintenant sur l'évaluation de l'efficacité proprement dite du programme offert. Avant toute chose, il importe de mentionner qu'en moyenne, les participant(e)s ont été présents à 72,1 % des séances et qu'ils ont pu justifier leurs absences pour des motifs valables dans 43,6 % des cas. Sur l'ensemble des dépistages aléatoires prévus ($M = 13,2$; $ET = 2,4$) pour la consommation de drogue et d'alcool (moyenne pour chacun des participant(e)s), un certain nombre n'ont pas pu être réalisés étant donné des absences ou des facteurs hors du contrôle des psychothérapeutes (non disponibilité temporaire du matériel de détection). En fait et en moyenne, 9,1 dépistages pour l'alcool ($ET = 2,9$) et 9,7 dépistages pour la drogue ($ET = 2,4$) ont été réalisés. Aucun(e) participant(e) ne s'est révélé positif en ce qui concerne le taux d'alcoolémie au moment des rencontres. Le tableau 8, quant à lui, présente les résultats en lien avec chacune des drogues dépistées pour l'ensemble du programme.

Tableau 3. – Disponibilité affective telle qu'autoévaluée par le psychothérapeute #1.

Outil	Dimension	Date	Pourcentage	Conclusion
ProQOL Professional Quality of life: Compassion Satisfaction and Fatigue (Hudnall, 2005)	Satisfaction dans la compassion	2010/07/14	82,0 %	Très élevée
		2010/08/03	80,0 %	Très élevée
		2010/09/30	72,0 %	Élevée
		2010/11/02	80,0 %	Très élevée
		2010/11/30	88,0 %	Très élevée
		2011/02/11	86,0 %	Très élevée
		2011/03/01	84,0 %	Très élevée
		2011/04/04	84,0 %	Très élevée
		2011/05/09	88,0 %	Très élevée
		2011/06/09	88,0 %	Très élevée
		2011/07/26	66,0 %	Élevée
		2011/09/15	92,0 %	Très élevée
		2011/10/24	88,0 %	Très élevée
	Épuisement professionnel	2010/07/14	24,0 %	Faible risque
		2010/08/03	22,0 %	Faible risque
		2010/09/30	36,0 %	Risque léger
		2010/11/02	28,0 %	Risque léger
		2010/11/30	24,0 %	Faible risque
		2011/02/11	28,0 %	Risque léger
		2011/03/01	30,0 %	Risque léger
		2011/04/04	26,0 %	Risque léger
		2011/05/09	26,0 %	Risque léger
		2011/06/09	24,0 %	Faible risque
		2011/07/26	30,0 %	Risque léger
		2011/09/15	26,0 %	Risque léger
		2011/10/24	32,0 %	Risque léger
	Stress traumatique secondaire	2010/07/14	4,0 %	Faible risque
		2010/08/03	4,0 %	Faible risque
		2010/09/30	12,0 %	Faible risque
		2010/11/02	8,0 %	Faible risque
		2010/11/30	4,0 %	Faible risque
		2011/02/11	4,0 %	Faible risque
		2011/03/01	4,0 %	Faible risque
		2011/04/04	6,0 %	Faible risque
		2011/05/09	2,0 %	Faible risque
		2011/06/09	4,0 %	Faible risque
		2011/07/26	14,0 %	Faible risque
		2011/09/15	4,0 %	Faible risque
		2011/10/24	2,0 %	Faible risque
TUC-40 Test d'usure de compassion (Figley, 1995)	Fatigue de compassion	2011/07/26	3,3 %	Très faible risque
		2011/09/15	3,3 %	Très faible risque
		2011/10/24	2,7 %	Très faible risque
	Épuisement professionnel	2011/07/26	4,4 %	Très faible risque
		2011/09/15	0,0 %	Très faible risque
		2011/10/24	0,0 %	Très faible risque
SRS-15 Silencing Response Scale (Baranowsky, 1998)	Réponse silencieuse	2011/05/09	5,6 %	Faible risque
		2011/06/09	3,7 %	Faible risque
		2011/07/26	3,7 %	Faible risque
		2011/09/15	2,8 %	Faible risque
		2011/10/24	1,9 %	Très faible risque
ICS-25 Index of Clinical Stress (Abel, 1991)	Stress clinique	2011/05/09	12,0 %	Minimal
		2011/06/09	9,3 %	Minimal
		2011/07/26	12,7 %	Minimal
		2011/09/15	8,0 %	Minimal
		2011/10/24	13,3 %	Minimal

Tableau 4. – Disponibilité affective telle qu'autoévaluée par le psychothérapeute #2.

Outil	Dimension	Date	Pourcentage	Conclusion
ProQOL Professional Quality of life: Compassion Satisfaction and Fatigue (Hudnall, 2005)	Satisfaction dans la compassion	2010/07/13	82,0 %	Très élevée
		2010/08/03	90,0 %	Très élevée
		2010/09/30	88,0 %	Très élevée
		2010/11/02	94,0 %	Très élevée
		2010/12/01	86,0 %	Très élevée
		2011/02/11	82,0 %	Très élevée
		2011/03/01	86,0 %	Très élevée
		2011/04/04	86,0 %	Très élevée
		2011/05/06	94,0 %	Très élevée
		2011/06/09	88,0 %	Très élevée
		2011/07/27	72,0 %	Élevée
		2011/09/15	76,0 %	Élevée
		2011/10/24	86,0 %	Très élevée
	Épuisement professionnel	2010/07/13	30,0 %	Risque léger
		2010/08/03	22,0 %	Faible risque
		2010/09/30	42,0 %	Risque léger
		2010/11/02	26,0 %	Risque léger
		2010/12/01	26,0 %	Risque léger
		2011/02/11	30,0 %	Risque léger
		2011/03/01	32,0 %	Risque léger
		2011/04/04	26,0 %	Risque léger
		2011/05/06	14,0 %	Faible risque
		2011/06/09	12,0 %	Faible risque
		2011/07/27	34,0 %	Risque léger
		2011/09/15	26,0 %	Risque léger
		2011/10/24	32,0 %	Risque léger
	Stress traumatique secondaire	2010/07/13	18,0 %	Faible risque
		2010/08/03	8,0 %	Faible risque
		2010/09/30	14,0 %	Faible risque
		2010/11/02	6,0 %	Faible risque
		2010/12/01	6,0 %	Faible risque
		2011/02/11	10,0 %	Faible risque
		2011/03/01	6,0 %	Faible risque
		2011/04/04	2,0 %	Faible risque
		2011/05/06	2,0 %	Faible risque
		2011/06/09	2,0 %	Faible risque
		2011/07/27	2,0 %	Faible risque
		2011/09/15	4,0 %	Faible risque
		2011/10/24	4,0 %	Faible risque
TUC-40 Test d'usure de compassion (Figley, 1995)	Fatigue de compassion	2011/07/27	2,2 %	Très faible risque
		2011/09/15	3,3 %	Très faible risque
		2011/10/24	2,2 %	Très faible risque
	Épuisement professionnel	2011/07/27	16,2 %	Très faible risque
		2011/09/15	10,3 %	Très faible risque
		2011/10/24	13,2 %	Très faible risque
SRS-15 Silencing Response Scale (Baranowsky, 1998)	Réponse silencieuse	2011/05/06	1,9 %	Faible risque
		2011/06/09	2,8 %	Faible risque
		2011/07/27	4,6 %	Faible risque
		2011/09/15	3,7 %	Faible risque
		2011/10/24	0,9 %	Faible risque
ICS-25 Index of Clinical Stress (Abel, 1991)	Stress clinique	2011/05/06	10,0 %	Minimal
		2011/06/09	20,0 %	Minimal
		2011/07/27	19,3 %	Minimal
		2011/09/15	14,7 %	Minimal
		2011/10/24	14,7 %	Minimal

Tableau 5. – Satisfaction des participant(e)s pour chacune des séances et impact global de ces dernières.

Séance	Satisfaction des participant(e)s	Impact global sur participant(e)s
1	M = 96,9 % ; ET = 5,1 %	M = 96,3 % ; ET = 6,0 %
2	M = 93,8 % ; ET = 12,0 %	M = 92,6 % ; ET = 14,3 %
3	M = 88,1 % ; ET = 12,1 %	M = 78,1 % ; ET = 22,4 %
4	M = 93,6 % ; ET = 12,9 %	M = 86,4 % ; ET = 23,6 %
5	M = 80,0 % ; ET = 25,4 %	M = 80,7 % ; ET = 27,3 %
6	M = 84,6 % ; ET = 21,5 %	M = 84,3 % ; ET = 22,5 %
7	M = 86,6 % ; ET = 29,7 %	M = 86,6 % ; ET = 29,6 %
8	M = 79,8 % ; ET = 27,6 %	M = 76,5 % ; ET = 29,5 %
9	M = 85,4 % ; ET = 21,2 %	M = 86,7 % ; ET = 23,5 %
10	M = 95,4 % ; ET = 8,7 %	M = 95,8 % ; ET = 7,5 %
11	M = 92,0 % ; ET = 14,3 %	M = 92,2 % ; ET = 14,5 %
12	M = 91,6 % ; ET = 12,5 %	M = 92,0 % ; ET = 12,1 %
13	M = 87,6 % ; ET = 16,2 %	M = 87,0 % ; ET = 17,4 %
14	M = 86,0 % ; ET = 27,0 %	M = 86,0 % ; ET = 27,2 %
15	M = 90,2 % ; ET = 13,2 %	M = 91,8 % ; ET = 12,5 %
16	M = 94,1 % ; ET = 7,7 %	M = 90,0 % ; ET = 18,0 %
17	M = 96,1 % ; ET = 3,8 %	M = 96,7 % ; ET = 2,4 %
18	M = 96,1 % ; ET = 6,8 %	M = 89,0 % ; ET = 23,9 %
19	M = 92,8 % ; ET = 7,0 %	M = 94,0 % ; ET = 5,7 %
20	M = 96,4 % ; ET = 8,6 %	M = 96,3 % ; ET = 9,3 %
21	M = 97,8 % ; ET = 3,5 %	M = 98,4 % ; ET = 2,2 %
22	M = 90,9 % ; ET = 10,8 %	M = 88,4 % ; ET = 14,0 %
23	M = 94,9 % ; ET = 9,4 %	M = 94,5 % ; ET = 8,6 %
24	M = 92,9 % ; ET = 12,6 %	M = 91,1 % ; ET = 16,3 %
25	M = 88,4 % ; ET = 16,9 %	M = 89,2 % ; ET = 15,8 %
26	M = 99,0 % ; ET = 2,2 %	M = 98,4 % ; ET = 3,6 %
27	M = 96,0 % ; ET = 7,9 %	M = 93,1 % ; ET = 9,9 %
28	M = 95,9 % ; ET = 5,4 %	M = 94,0 % ; ET = 7,8 %

Tableau 6. – Évaluation des psychothérapeutes par les participant(e)s pour chacune des séances.

Séance	Aidants	Respectueux	Capacité à comprendre les participants	Qualité du travail accompli
1	M = 97,8 % ; ET = 5,1 %	M = 97,6 % ; ET = 6,3 %	M = 94,6 % ; ET = 10,8 %	M = 97,7 % ; ET = 5,7 %
2	M = 93,5 % ; ET = 12,6 %	M = 94,1 % ; ET = 11,7 %	M = 94,0 % ; ET = 10,9 %	M = 93,8 % ; ET = 11,1 %
3	M = 93,7 % ; ET = 11,8 %	M = 95,8 % ; ET = 9,0 %	M = 96,2 % ; ET = 7,3 %	M = 95,9 % ; ET = 7,8 %
4	M = 93,9 % ; ET = 12,0 %	M = 96,7 % ; ET = 5,2 %	M = 94,9 % ; ET = 8,8 %	M = 97,2 % ; ET = 7,1 %
5	M = 86,2 % ; ET = 27,1 %	M = 87,0 % ; ET = 27,2 %	M = 83,9 % ; ET = 28,3 %	M = 85,8 % ; ET = 28,2 %
6	M = 86,4 % ; ET = 20,6 %	M = 86,9 % ; ET = 21,7 %	M = 85,7 % ; ET = 23,4 %	M = 85,1 % ; ET = 22,7 %
7	M = 86,8 % ; ET = 29,7 %	M = 87,4 % ; ET = 29,6 %	M = 87,3 % ; ET = 29,6 %	M = 87,5 % ; ET = 29,6 %
8	M = 82,8 % ; ET = 27,1 %	M = 84,1 % ; ET = 26,5 %	M = 83,3 % ; ET = 26,2 %	M = 83,1 % ; ET = 26,5 %
9	M = 90,7 % ; ET = 20,0 %	M = 91,4 % ; ET = 21,8 %	M = 92,0 % ; ET = 21,2 %	M = 92,0 % ; ET = 21,2 %
10	M = 96,0 % ; ET = 7,3 %	M = 96,5 % ; ET = 7,7 %	M = 96,5 % ; ET = 8,1 %	M = 96,9 % ; ET = 7,4 %
11	M = 94,9 % ; ET = 10,3 %	M = 96,4 % ; ET = 7,5 %	M = 93,7 % ; ET = 11,7 %	M = 95,7 % ; ET = 10,1 %
12	M = 95,4 % ; ET = 9,1 %	M = 95,6 % ; ET = 8,8 %	M = 95,6 % ; ET = 10,5 %	M = 96,3 % ; ET = 9,4 %
13	M = 93,9 % ; ET = 11,1 %	M = 94,9 % ; ET = 10,6 %	M = 95,6 % ; ET = 7,2 %	M = 96,0 % ; ET = 7,0 %
14	M = 98,6 % ; ET = 3,0 %	M = 98,6 % ; ET = 2,7 %	M = 98,6 % ; ET = 2,7 %	M = 98,7 % ; ET = 2,6 %
15	M = 97,4 % ; ET = 4,0 %	M = 98,0 % ; ET = 3,5 %	M = 98,0 % ; ET = 3,1 %	M = 97,8 % ; ET = 3,5 %
16	M = 97,1 % ; ET = 4,0 %	M = 97,6 % ; ET = 3,5 %	M = 97,1 % ; ET = 3,7 %	M = 97,7 % ; ET = 3,0 %
17	M = 97,4 % ; ET = 4,1 %	M = 98,3 % ; ET = 2,4 %	M = 97,9 % ; ET = 2,9 %	M = 98,3 % ; ET = 2,2 %
18	M = 98,6 % ; ET = 3,0 %	M = 99,0 % ; ET = 3,0 %	M = 99,1 % ; ET = 2,7 %	M = 98,9 % ; ET = 3,0 %
19	M = 98,0 % ; ET = 3,1 %	M = 98,2 % ; ET = 2,5 %	M = 98,8 % ; ET = 1,6 %	M = 99,0 % ; ET = 1,4 %
20	M = 97,4 % ; ET = 7,7 %	M = 98,3 % ; ET = 5,0 %	M = 97,7 % ; ET = 5,4 %	M = 97,8 % ; ET = 6,0 %
21	M = 98,4 % ; ET = 2,3 %	M = 99,6 % ; ET = 0,9 %	M = 99,6 % ; ET = 0,9 %	M = 99,8 % ; ET = 0,4 %
22	M = 95,5 % ; ET = 5,8 %	M = 95,9 % ; ET = 5,4 %	M = 96,8 % ; ET = 4,5 %	M = 92,3 % ; ET = 12,7 %
23	M = 94,6 % ; ET = 8,5 %	M = 95,0 % ; ET = 8,0 %	M = 95,9 % ; ET = 6,9 %	M = 95,9 % ; ET = 7,8 %
24	M = 96,0 % ; ET = 8,7 %	M = 94,9 % ; ET = 9,7 %	M = 95,6 % ; ET = 10,8 %	M = 95,6 % ; ET = 11,6 %
25	M = 100,0 % ; ET = 0,0 %	M = 100,0 % ; ET = 0,0 %	M = 100,0 % ; ET = 0,0 %	M = 100,0 % ; ET = 0,0 %
26	M = 99,2 % ; ET = 1,8 %	M = 99,4 % ; ET = 1,3 %	M = 99,4 % ; ET = 1,3 %	M = 99,4 % ; ET = 1,3 %
27	M = 97,3 % ; ET = 4,9 %	M = 99,0 % ; ET = 1,6 %	M = 99,1 % ; ET = 1,5 %	M = 99,0 % ; ET = 1,4 %
28	M = 97,5 % ; ET = 3,5 %	M = 98,0 % ; ET = 3,0 %	M = 98,1 % ; ET = 2,8 %	M = 98,4 % ; ET = 2,2 %

Tableau 7. – Ce tableau représente l'évaluation des participant(e)s par les autres participant(e)s en lien avec chaque séance.

Séance	Respectueux	Aidants
1	M = 97,0 % ; ET = 7,3 %	M = 96,6 % ; ET = 7,5 %
2	M = 94,9 % ; ET = 11,2 %	M = 94,1 % ; ET = 10,3 %
3	M = 95,7 % ; ET = 8,6 %	M = 93,6 % ; ET = 11,7 %
4	M = 95,7 % ; ET = 7,7 %	M = 93,8 % ; ET = 16,9 %
5	M = 80,7 % ; ET = 26,1 %	M = 76,0 % ; ET = 28,2 %
6	M = 85,6 % ; ET = 21,9 %	M = 86,1 % ; ET = 21,8 %
7	M = 82,3 % ; ET = 30,1 %	M = 84,1 % ; ET = 30,9 %
8	M = 85,1 % ; ET = 25,5 %	M = 84,3 % ; ET = 26,1 %
9	M = 91,3 % ; ET = 23,1 %	M = 91,0 % ; ET = 23,8 %
10	M = 97,4 % ; ET = 5,2 %	M = 95,5 % ; ET = 7,0 %
11	M = 89,9 % ; ET = 14,5 %	M = 89,9 % ; ET = 15,7 %
12	M = 93,0 % ; ET = 11,4 %	M = 89,1 % ; ET = 12,5 %
13	M = 87,1 % ; ET = 21,9 %	M = 84,0 % ; ET = 21,7 %
14	M = 69,3 % ; ET = 42,5 %	M = 74,9 % ; ET = 36,6 %
15	M = 94,6 % ; ET = 8,0 %	M = 93,0 % ; ET = 9,5 %
16	M = 96,6 % ; ET = 4,4 %	M = 95,6 % ; ET = 5,1 %
17	M = 98,3 % ; ET = 2,4 %	M = 98,1 % ; ET = 3,0 %
18	M = 97,7 % ; ET = 7,0 %	M = 94,0 % ; ET = 9,3 %
19	M = 96,6 % ; ET = 5,6 %	M = 93,2 % ; ET = 8,6 %
20	M = 97,3 % ; ET = 6,3 %	M = 97,4 % ; ET = 6,0 %
21	M = 83,4 % ; ET = 37,1 %	M = 96,6 % ; ET = 7,6 %
22	M = 92,1 % ; ET = 17,3 %	M = 90,6 % ; ET = 17,9 %
23	M = 94,8 % ; ET = 7,6 %	M = 94,8 % ; ET = 7,6 %
24	M = 95,8 % ; ET = 4,9 %	M = 97,3 % ; ET = 5,5 %
25	M = 97,8 % ; ET = 4,9 %	M = 97,3 % ; ET = 5,5 %
26	M = 98,4 % ; ET = 3,6 %	M = 99,2 % ; ET = 1,8 %
27	M = 98,4 % ; ET = 2,6 %	M = 99,0 % ; ET = 1,5 %
28	M = 91,6 % ; ET = 17,7 %	M = 90,4 % ; ET = 17,5 %

Tableau 8. – Résultats des dépistages aléatoires de drogues lors des séances de thérapies.

	AMP	BAR	BZD	COC	MET	MTD	OPI	OXY	PCP	THC
N	1	1	8	12	2	0	12	0	0	55
M	0,06	0,06	0,44	0,67	0,11	0,00	0,67	0,00	0,00	3,17
ÉT	0,24	0,24	1,42	1,50	0,32	0,00	1,97	0,00	0,00	3,45

Par ailleurs, les participant(e)s ont dit avoir utilisé en moyenne 2,5 stratégies sécuritaires dans les quatre jours précédant les séances ($\overline{ET} = 0,5$), avoir respecté leur engagement des quatre derniers jours dans une proportion moyenne de 75,6 % ($\overline{ET} = 14,7$ %) et avoir présenté en moyenne 3,4 comportements à risque ($\overline{ET} = 2,4$) sur l'ensemble des trois mois de traitement.

En ce qui a trait aux variables dépendantes principales de cette étude, les résultats font preuve d'améliorations significatives en lien avec l'ÉSPT : en particulier au niveau du *PTSD Checklist* (critère D; grande taille d'effet) et du *Trauma Symptom Checklist 40* (score total, dissociation et indice de traumatismes sexuels; tailles d'effet petite à moyenne). Des améliorations significatives ont également été notées au niveau de la consommation de *substances à la fois sur le Michigan Alcohol Screening Test et le Drug Abuse Screening Test* (tailles d'effet moyennes) et dans le fonctionnement quotidien (axe 5 du DSM-IV-TR et *BASIS-32 daily role functioning* ; grandes tailles d'effet).

Aucune amélioration significative n'a toutefois été notée en ce qui concerne les variables dépendantes secondaires de l'étude : stratégies d'adaptation, estime de soi et satisfaction dans la vie; bien que toutes les moyennes sur ces variables aient évolué dans le sens d'une amélioration.

Le tableau 9 présente l'ensemble des résultats en lien avec les variables dépendantes de l'étude.

Discussion

Tout d'abord et avant d'évaluer la signification et les implications des résultats en ce qui a trait aux hypothèses de recherche en lien avec l'efficacité du traitement SS, une interprétation de la mise en œuvre du programme est requise. L'évaluation de cette dernière semble démontrer que la plupart des variables pertinentes qui permettent de statuer sur l'implantation du programme SS ont été bien contrôlées. Premièrement, le niveau de conformité au manuel de traitement est excellent et démontre que le

Tableau 9. – Analyses comparatives entre le prétest et le posttest pour l'ensemble des variables dépendantes de l'étude.

Mesure	M pré	M post	Test χ^2	Taille d'effet d de Cohen	Puissance statistique
Symptomatologie traumatique					
PCL-S : Critère B	4,64	4,14	1,455; dl 13; $p = 0,169$	0,67	67,72 %
PCL-S : Critère C	5,79	4,79	1,742; dl 13; $p = 0,105$	0,68	68,48 %
PCL-S : Critère D	4,57	3,93	2,223; dl 13; $p = 0,045^*$	0,99	94,65 %
TSC-40 : Total	68,86	59,93	2,449; dl 13; $p = 0,029^*$	0,69	69,55 %
TSC-40 : Dissociation	10,93	9,50	2,543; dl 13; $p = 0,025^*$	0,34	23,30 %
TSC-40 : Anxiété	14,07	12,07	1,513; dl 13; $p = 0,154$	0,35	24,21 %
TSC-40 : Dépression	18,21	16,07	1,559; dl 13; $p = 0,143$	0,64	63,72 %
TSC-40 : SATI	13,43	11,21	2,540; dl 13; $p = 0,025^*$	0,50	43,88 %
TSC-40 : Sommeil	15,00	14,11	0,820; dl 13; $p = 0,426$	0,47	39,31 %
TSC-40 : Problèmes sexuels	10,14	9,14	1,029; dl 13; $p = 0,322$	0,24	14,17 %
Croissance post-traumatique	55,71	62,36	-0,941; dl 13; $p = 0,364$	0,29	17,96 %
Consommation de substance(s)					
MAST-22 : Alcool	10,0	5,43	2,523; dl 13; $p = 0,025^*$	0,61	59,68 %
DAST-20 : Drogues	7,29	4,07	2,156; dl 13; $p = 0,050^*$	0,43	34,25 %
Fonctionnement général					
Axe 5 du DSM-IV	49,12	60,35	-9,568; dl 16; $p = 0,000^*$	1,90	100,00 %
BASIS-32 : Total	2,17	1,79	1,720; dl 13; $p = 0,109$	0,64	63,72 %
BASIS-32 : Relation envers soi et les autres	2,48	2,00	1,687; dl 13; $p = 0,115$	0,70	71,37 %
BASIS-32 : Dépression et anxiété	2,69	2,52	0,571; dl 13; $p = 0,578$	0,26	15,30 %
BASIS-32 : Fonctionnement quotidien et rôle	2,56	2,03	2,196; dl 13; $p = 0,047^*$	0,76	78,34 %
BASIS-32 : Impulsivité et comportements addictifs	1,64	1,24	1,657; dl 13; $p = 0,121$	0,57	53,43 %
BASIS-32 : Psychose	1,49	1,13	1,184; dl 13; $p = 0,258$	0,33	22,57 %
Stratégies d'adaptation					
SS <i>Coping Skills Scale</i>	46,50	52,00	-1,132; dl 13; $p = 0,278$	0,28	16,91 %
Estime de soi					
Rosenberg <i>Self-Esteem Scale</i>	23,14	25,21	-1,021; dl 13; $p = 0,326$	0,38	28,27 %
Satisfaction dans la vie					
Satisfaction <i>With Life Scale</i>	12,00	14,50	-0,925; dl 13; $p = 0,372$	0,41	31,82 %

* Amélioration significative pour un $p \leq 0,05$.

déroulement des séances coïncidait de très près avec ce qui est attendu en fonction des lignes directrices. Le fait que la conformité ne soit pas parfaite peut être ici expliqué par la présence de certains événements inattendus et hors du contrôle des intervenants et qui ont pu se produire lors des séances (par exemple, l'urgence de référer une des participantes à un refuge pour femmes battues alors qu'elle était victime de violence conjugale; le tout ayant nécessité son départ prématuré du groupe).

Pour faire suite et en ce qui a trait à l'alliance thérapeutique, les résultats démontrent que cette dernière était bonne. Cet élément est important, voire primordial, car il constitue un des facteurs communs à l'efficacité d'une approche thérapeutique (Lambert, 1992) et que sans celle-ci, les participant(e)s seraient possiblement moins enclins à participer et à partager leurs expériences de vie; le tout ayant un impact potentiel sur la qualité du traitement. Il est à noter ici que la perception des participant(e)s par rapport à l'alliance thérapeutique était même supérieure à celle des psychothérapeutes; ce qui, en soi, semble positif et préfé-

rable à la situation inverse. Il semble aussi intéressant de souligner que les participant(e)s trouvaient en moyenne que l'alliance était relativement moins bonne en ce qui concerne les buts à atteindre; élément possiblement plus subjectif et à mettre en relation avec le fait que le traitement portait seulement sur une première phase dans le traitement de l'ÉSPT et de l'UPS.

Troisièmement et en lien avec la question de l'ajustement dyadique entre les psychothérapeutes, les résultats font preuve d'un niveau élevé d'entente ainsi que d'une bonne qualité des interactions relationnelles. Cet aspect apparaît ici important, quoique peu discuté dans la littérature. Évidemment et étant donné le caractère non validé empiriquement de l'outil psychométrique utilisé, il serait approprié de poursuivre l'investigation scientifique dans ce domaine particulier.

Un quatrième aspect important de la mise en œuvre du traitement SS est en lien avec la disponibilité affective des psychothérapeutes. Une analyse des résultats démontre que

ces derniers ont fait preuve tout au long des services offerts d'une haute satisfaction dans leur travail thérapeutique impliquant la compassion et qu'ils étaient à faible risque de présenter de la fatigue de compassion, de l'épuisement professionnel, une réponse silencieuse ou un haut niveau de stress clinique. Ceci permet de conclure que les psychothérapeutes ont été disponibles affectivement tout au long de l'offre de service thérapeutique.

Finalement et pour compléter cette section, l'évaluation de la qualité de l'offre de service démontre que les participant(e)s étaient en moyenne très satisfaits du programme SS. Leur satisfaction n'était pas restreinte au simple déroulement des séances, mais englobait aussi leur satisfaction envers les psychothérapeutes ainsi que les autres participant(e)s du groupe.

En conclusion de cette sous-section, les résultats de ces analyses démontrent que la mise en œuvre du programme est très adéquate et conforme à une utilisation optimale du traitement SS (Najavits, 2002) et que la satisfaction des participant(e)s était élevée.

Une fois une bonne mise en œuvre démontrée, il est possible de s'intéresser à l'efficacité potentielle du programme offert et donc de revenir sur les hypothèses de recherche (principales et secondaires). Avant de ce faire, il est toutefois intéressant de souligner deux points d'intérêt.

Premièrement, il apparaît que les participant(e)s ont été présent(e)s aux séances dans une proportion élevée (72,1 % et même 84,3 % en ne considérant pas les absences motivées) et largement supérieure à une dose qui est considérée comme thérapeutique (une participation supérieure à 24,0 % des séances) dans la littérature dans le domaine (Najavits, 2002).

Deuxièmement, les participant(e)s ont eu recours à un nombre moyen relativement élevé de stratégies sécuritaires pour leur venir en aide dans les quatre jours précédant chacune des séances de thérapie; élément considéré en soi comme très positif. De même, ils ont respecté leur engagement en vue de prendre soin d'eux-mêmes dans une proportion élevée et à l'inverse, ils ont présenté des comportements à risque dans une faible proportion.

Ceci permet de poursuivre l'analyse en lien avec les hypothèses de l'étude et ce, afin d'en arriver à déterminer si les services en traumatologie et addiction offerts dans le cadre du Programme de santé mentale semblent efficaces pour une population franco-ontarienne.

Il est premièrement important de souligner que le nombre de résultats positifs (8) obtenus lors des analyses de comparaison prétest et post-test dépasse le nombre qui serait attendu uniquement par la chance (5 % de 23 analyses, c.-à-d., 1,15); ce qui, en soi, est encourageant. Il importe, par ailleurs, de noter que la plupart des analyses menées ne comportaient pas la puissance statistique nécessaire pour démontrer la présence d'un résultat statistiquement

significatif si le traitement est en fait réellement efficace; ce qui limite la portée des résultats obtenus.

En ce qui concerne les variables principales, il est premièrement intéressant de noter que les résultats démontrent une diminution statistiquement et cliniquement significative de la symptomatologie traumatique. En fait, les participant(e)s semblent être moins aux prises avec des symptômes d'hyperactivation (critère D de l'ÉSPT); ce qui cadre bien avec la visée du traitement SS en lien avec la stabilisation et la sécurité. De même, les participant(e)s semblaient faire preuve de moins de symptômes de dissociation en fin de suivi; de même que moins de symptômes en lien avec les traumatismes sexuels. Les autres analyses allaient toutes dans le sens d'une certaine amélioration de la symptomatologie traumatique, bien que non statistiquement significative.

Deuxièmement et en fin du processus thérapeutique, la consommation d'alcool et de drogues des participant(e)s n'était plus, en moyenne, problématique en comparaison avec le point de départ; ce qui est très encourageant. Il est, par ailleurs, intéressant de noter qu'aucun(e) des participant(e)s ne s'est présenté en état d'ébriété au moment des séances et que les principales drogues consommées étaient en lien avec le cannabis, le crack/cocaïne et les opiacés; alors qu'une proportion importante des benzodiazépines consommées a été faite sous prescription médicale.

Finalement, il est aussi intéressant de noter que les participant(e)s se sont significativement améliorés dans leur fonctionnement général lors de leur passage au groupe de thérapie et ce, que ce soit selon leur propre perception des choses et/ou de celle en provenance de professionnels de la santé (l'Axe 5 du DSM-IV-TR passant d'une symptomatologie importante à une symptomatologie moyenne, presque légère).

En ce qui concerne les variables dépendantes secondaires de la présente étude (stratégies d'adaptation, estime de soi et satisfaction dans la vie), aucune amélioration statistiquement significative n'a toutefois été notée; bien que toutes les moyennes sur ces variables aient évolué dans le sens d'une certaine amélioration. Il importe de souligner ici que la thérapie SS ne vise pas à améliorer directement ce genre de variables dites secondaires.

En conclusion, la mise en place du programme d'intervention SS semble induire des changements significatifs chez les participant(e)s et ce, en lien avec des dimensions clés telles que la symptomatologie traumatique, la consommation de substances et le fonctionnement général. Ceci dit, il ne faut pas oublier que la présente étude comportait des limites importantes.

À cet égard, il est possible de mentionner le fait que le plan de recherche utilisé, qui est en lien avec une étude préliminaire, ne permettait pas d'établir de lien de causalité. Il est, d'ailleurs, possible d'envisager ici que des variables extérieures, qui n'étaient pas sous le contrôle des investigateurs, auraient pu avoir une influence sur

l'amélioration des participant(e)s. De plus, le nombre de participant(e)s n'était pas très élevé; ce qui a pu avoir un impact au niveau de la puissance statistique disponible pour mener les analyses de comparaison. Quant à l'évaluation de l'impact du programme à plus long terme, les résultats de la présente étude ne permettent pas de se prononcer à ce niveau; ce qui constitue une limite supplémentaire.

Tout compte fait, la contribution de l'étude est importante en ce qui a trait au traitement intégré du trouble concomitant ÉSPT et UPS pour une population clinique franco-ontarienne puisqu'elle a mis en évidence une certaine efficacité du programme SS. Puisqu'il s'agit de la première étude pilote francophone à présenter des résultats positifs, il est à penser que de futures études utilisant un plan de recherche plus complexe sont à prévoir et tout à fait justifiées. Par ailleurs et d'un point de vue clinique, il pourrait être bien de considérer l'implantation d'une phase 2 dans le traitement de l'ÉSPT-UPS (*Creating Change*; Najavits, en préparation) et d'en évaluer l'efficacité.

Références

- Abell, J.N. (1991). The index of clinical stress: A brief measure of subjective stress for practice and research. *Social Work Research and Abstracts*, 27(2), 12-15.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.
- Baranowsky, A.B. (1998). *Silencing Response Scale*. Document inédit. Toronto: Traumatology Institute.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. (1997). Sex Differences in Posttraumatic Stress Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1044-1048.
- Boden, M.T., Kimerling, R., Jacobs-Lentz, J., Bowman, D., Weaver, C., Carney, D., Walser, R., & Trafton, J. A. (2012). Seeking Safety treatment for male veterans with a substance use disorder and PTSD symptomatology. *Addiction*, 107 (3), 578-586.
- Brady, K. T., Dansky, B. S., Back, S. E., Foa, E. B., & Carroll, K. M. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Preliminary findings. *Journal of Substance Abuse treatment*, 21, 47-54. 43
- Brady, K. T., Killeen, T., Saladin, M. E., Dansky, B., & Becker, S. (1994). Comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder: Characteristics of women in treatment. *American Journal on Addictions*, 3, 160-164.
- Brislin, R., Lonner, W., & Thordike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New-York : John Wiley.
- Brown, P. J., Stout, R. L., & Gannon-Rowley, J. (1998). Substance use disorder – PTSD co-morbidity: Patients' perception of symptom interplay and treatment issues. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 445-448.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power analysis for the behavioral science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ : Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, L. R., & Hien, D. A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1), 100-106.
- Cook, J. M., Walser, R. D., Kane, V., Ruzek, J. I., & Woody, G. (2006). Dissemination and feasibility of a cognitive-behavioral treatment for substance use disorders and post-traumatic stress disorder in the Veterans Administration. *Journal of Psychoactive Drugs*, 38, 89-92.
- Cottler L. B., Compton W. M., 3rd, Mager D., Spitznagel, E. L., Janca, A. (1992) Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry*, 149, 664-670.
- Dansky, B., Saladin, M., Brady, K., Kilpatrick, D., & Resnick, H. (1995). Prevalence of victimization and post-traumatic stress disorder among women with substance use disorders: A comparison of telephone and in-person assessment samples. *The International Journal of the Addictions*, 30, 1079-1099.
- Daoust, J.-P. (2010). *Ajustement dyadique pour cliniciens*. Document inédit. Ottawa : Laboratoire de recherche sur la santé mentale et l'aide au rétablissement transculturel (Labo SMART) – Hôpital Montfort.
- Daoust, J.-P., & Bruyère, B. (2010). *Liste de vérification*. Document inédit. Ottawa : Laboratoire de recherche sur la santé mentale et l'aide au rétablissement transculturel (Labo SMART) – Hôpital Montfort.
- Daoust, J.-P., & Lemieux, V. (2010a). *Données socio-démographiques*. Document inédit. Ottawa : Laboratoire de recherche sur la santé mentale et l'aide au rétablissement transculturel (Labo SMART) – Hôpital Montfort.
- Daoust, J.-P., & Lemieux, V. (2010b). *Questionnaire de rétroaction*. Document inédit. Ottawa : Laboratoire de recherche sur la santé mentale et l'aide au rétablissement transculturel (Labo SMART) – Hôpital Montfort.
- Desai, R. A., Harpaz-Rotem, I., Najavits, L. M., & Rosenheck, R. A. (2009). Seeking Safety therapy: Clarification of results. *Psychiatric Services*, 60(1), 125.
- Desai, R. A., Harpaz-Rotem, I., Najavits, L. M., & Rosenheck, R. A. (2008). Treatment for homeless female veterans with psychiatric and substance abuse disorders: Impact of "Seeking Safety" on one-year clinical outcomes. *Psychiatric Services*, 59(9), 996-1003.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Donovan, B., Padin-Rivera, E., & Kowaliw, S. (2001). Transient: initial outcomes from posttraumatic stress disorder substance abuse treatment program. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 757-772.
- Eisen, S.V., Dill, D.L. and Grob, M.C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Hospital Community Psychiatry*, 45, 242-247.
- Elliot, D.M., & Briere, J. (1991). Studying the long-term effects of sexual abuse: The Trauma Symptom Checklist (TSC) scales. Dans A.W. Burgess (Ed.). *Rape and sexual assault III*. New York: Garland.

- Elliott, D.M., & Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse & Neglect*, 16, 391-398.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New-York: Brunner/Mazel.
- Fullilove, M. T., Fullilove, R. E., Smith, M., Winkler, K., Michael, C., Panzer, P. G., & Wallace, R. (1993). Violence, trauma, and post-traumatic stress disorder among women drug users. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 533-543.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche – Méthodes quantitatives et qualitatives* (2nd ed.). Montréal : Chenelière Éducation.
- Hien, D. (2009). *Trauma Services for Women in Substance Abuse Treatment: an integrated Approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Litt, L. C., Miele, G. M., & Capstick, C. (2004). Promising empirically supported treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1426-1432.
- Hien, D., & Scheier, J. (1996). Trauma and short-term outcome for women in detoxification. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13(3), 227-231.
- Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Howell, D.C. (2008). Best practices in the analysis of variance. Dans Osborne, J. (Ed.). *Best practice in quantitative methods* (pp.341-357). Thousand oaks, CA : Sage.
- Hudnall, S. (2005). *The ProQOL Manual*. Publication sous une entente conjointe avec Sidran Press.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of Outcome Research for Psychotherapy Intergration. Dans Norcross, J. C. & Goldstein M. R. (eds) *Handbook of Psychotherapy Intergration*. New York : Basic Books, 94-129.
- Larsen, D. L., Attkisson, C. C., Hargreaves, W. A., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.
- Lynch, S. M., Heath, N. M., Matthews, K. C., & Cepeda, G. J. (2012). Seeking Safety: An Intervention for Trauma-Exposed Incarcerated Women? *Journal of Trauma & Dissociation*, 13(1), 88-101.
- Miller, B., Downs, W., & Testa, M. (1993). Interrelationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, supplement*, 11, 109-117.
- Miller, S. D. & Duncan, B. L., (2000). *Outcome Rating Scale*. Retrieved May 29, 2003, from www.talkingcure.com.
- Najavits, L. (1997). *Seeking Safety Coping Skills Scale*. Document inédit. Boston : Boston University School of Medicine.
- Najavits, L. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. New York, NY: The Guilford Press.
- Najavits, L. (2003). Seeking Safety : a New Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder. Dans P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of co-morbid disorders* (pp. 147-169).
- Najavits, L. M., Schmitz, M., Gotthardt, S., & Weiss, R. D. (2005). Seeking Safety plus Exposure Therapy for Dual Diagnosis Men. *Journal of Psychoactive Drugs*, 27, 425-435.
- Najavits, L. M., Weiss, R. D., Shaw, S. R., & Muenz, L. R. (1998). "Seeking Safety": Outcome of a New Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Women with Posttraumatic Stress Disorder and Substance Dependence. *Journal of Traumatic Stress*, 11(3), 437-456.
- Norman, S. B., Wilkins, K. C., Tapert, S. F., Lang, A. J., & Najavits, L. M. (2010). A pilot study of seeking safety therapy with OEF/OIF veterans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42, 83-87.
- Ouimette, P., Moos, R. H., & Brown, P. J. (2003). Substance use disorder-posttraumatic stress disorder co-morbidity : A survey of treatments and proposed practice guidelines. Dans P. Ouimette & P. J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of co-morbid disorders* (1st ed., pp. 91-111). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Reiger, D.A., Farmer, M.E. & Rae, D.S. (1990). « Co-morbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse, Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study », *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Riggs, D. S., & Foa, E. B. (2008). Treatment for Co-morbid Posttraumatic Stress Disorder and Substance Use Disorder. Dans S. H. Stewart & P. J. Conrod (Eds.), *Anxiety and Substance Use Disorder: The Vicious Cycle of Comorbidity* (pp. 119-137). Boston, MA: Springer.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Selzer, M.L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Skinner, W. J., O'Grady, C. P., Bartha, C., & Parker, C. (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale : Guide d'information*. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and Family*, 38 : 15-28.

Stewart, S. H. (Editor); Conrod, P. (2008). *Anxiety and Substance Use Disorders: The Vicious Cycle of Comorbidity*. Boston, MA : Springer.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (1996). The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455-471.

Triffleman, E., Carroll, K., & Kellogg, S. (1999). Substance dependence posttraumatic stress disorder therapy: An integrated cognitive-behavioral approach. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 3-14.

Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1993). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS*, San Antonio, Texas.

Weaver, C. M., Trafton, J. A., Walser, R. D., & Kimerling, R. E. (2007). Pilot test of Seeking Safety with male veterans.

Psychiatric Services, 58, 1012. Also, see reply: Najavits, L. M. (2007). Letter to the editor: Reply to Weaver et al. (2007). *Psychiatric Services*, 58, 1376.

Weller, L. A. (2005). Group therapy to treat substance use and traumatic symptoms in female veterans. *Federal Practitioner*, 22(4), 27-38.

Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40(4), 325-36.

Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J., & Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance use disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 99-105.



Aile droite : le département de psychiatrie de l'Hôpital Montfort. Photo Psy Cause, mars 2013.



Salem Mlika¹



Ahmed Souheil
Bannour²



Béchir Ben Hadj
Ali³

L'abord des patients avec personnalité borderline en début de psychothérapie analytique : À propos de l'évolution de deux patientes

Résumé : la mise en route de la psychothérapie des patients borderline semble être le moment le plus difficile du traitement psychanalytique. L'approche des manifestations du clivage chez ces patients nécessite, selon plusieurs auteurs, une association de techniques interprétatives et expressives. L'objectif de ce travail est de décrire l'évolution en début de thérapie de deux patientes borderline qui ont pu bénéficier de la stabilité du cadre thérapeutique et d'interprétations dans « l'ici et maintenant ».

La première des patientes était M^{lle} F., 25 ans, avait une présentation marquée par l'excitabilité et l'instabilité affective, indiquant des parties clivées et incontrôlables de son Moi. Un déploiement de mouvements pulsionnels, sous forme d'acting-out, était repéré dans le transfert. L'interprétation de ces acting-out était d'abord en faveur d'une bonne alliance thérapeutique, et ensuite d'une amélioration de l'instabilité affective.

La seconde, M^{lle} E., âgée de 17 ans au début de la thérapie, était suicidaire récidivante. Ses acting-out étaient en rapport avec un désespoir persistant. Reconnaître l'aspect de clivage qu'elle présentait a permis de ne plus chercher la signification profonde de ses actes, mais de lui offrir une stabilité rassurante et une clarification de la nature de notre intervention, ce qui l'a aidée à contenir l'effet des parties incontrôlables de son Moi.

L'évolution de ces patientes semble permettre de tirer des conclusions à propos de l'approche thérapeutique globale des patients borderline, en dehors de la relation psychothérapeutique proprement dite. Un cadre thérapeutique stable et clairement défini permettrait d'obtenir des bons résultats en matière d'alliance thérapeutique et d'amélioration des traits en rapport avec le clivage.

Mots-clés : personnalité borderline, psychanalyse, clivage, cadre thérapeutique

Abstract : starting psychotherapy with borderline patients seems to be the most difficult moment in their psychoanalytic treatment. According to many authors, approaching the cleavage signs in these patients requires an association of expressive and interpretative techniques. The objective of this study is to describe the clinical course of two borderline patients in the beginning of therapy. These patients could benefit from the stability of the therapeutic setting and the "here and now" interpretation.

The first, Mrs. F., 25 years, was presenting mainly with excitability and affective instability, which points out cleaved and out of control area in her ego. A display of drive motions, in the form of acting-out, was marked in transference. Interpretation of these acting-outs was first favourable to a good therapeutic alliance, and thereafter to an improvement of affective instability. The second, Miss E., 17 years in the beginning of therapy, was recurring suicidal. Her acting-outs were associated to a persistent hopelessness. Recognizing the cleavage feature in her presentation has enabled us to give up looking for the deep signification of her actions, but instead to offer her a comforting stability and a clarification of the type of our intervention, which helped her to control the area of his ego. The course of these patients seems to permit some conclusions about the global therapeutic approach of borderline patients, out of the psychotherapeutic relation per se. A stable and clearly defined therapeutic setting may enable good outcomes concerning therapeutic alliance and improvement of traits related to cleavage.

Key Words : borderline personality disorder – Psychoanalysis – cleavage - therapeutic setting

1. Psychologue

2. Psychiatre

3. Psychiatre

Service de psychiatrie, CHU Farhat Hached, Sousse, Tunisie.

Introduction

Les patients ayant une personnalité borderline entretiennent souvent des relations sociales trop imprégnées de méfiance et d'agressivité. Des sentiments d'autodépréciation et de colère sont également éprouvés, puisqu'ils se perçoivent souvent comme indignes d'avoir des relations satisfaisantes et nourricières. Le clivage, c'est-à-dire la coexistence dans leur Moi de plusieurs représentations contradictoires de Soi et d'Objet, serait à l'origine de leur instabilité affective et relationnelle.

Face à ces patients aux demandes excessives, le thérapeute risquerait, lui aussi, de prendre des positions excessives qui demeurent infructueuses et peuvent nuire à la relation thérapeutique. En effet, d'un côté, une relation superficielle sur le plan affectif peut être mal tolérée par les patients avides d'une vraie relation, et susciterait chez eux un transfert négatif. De l'autre côté, si le thérapeute s'implique affectivement dans son travail avec eux, il risque de devenir l'objet de leur agressivité; ils se rendent compte, peu ou prou, d'une défaillance de cet autre qu'ils ont idéalisé, et ils trouveront qu'il n'est pas entièrement disponible pour eux. Ces deux positions du thérapeute constituent pour le patient un obstacle à investir la relation thérapeutique de manière suffisante et profitable.

Il paraît, de manière générale, qu'il existe dans le travail thérapeutique avec le patient borderline une difficulté de se mettre d'accord sur un cadre de l'intervention qui définit clairement le rôle de chacun. Une attaque du cadre thérapeutique est très fréquente chez ces patients, motivée par un désespoir de toute aide [2], et en rapport avec un défaut d'empathie [5]. La spécificité de ces patients a fait que dans l'histoire de la psychanalyse, l'aménagement du cadre analytique [1, 6], pour répondre à leurs besoins de régression, paraissait la condition unique d'un travail thérapeutique avec eux.

Le modèle thérapeutique proposé par Otto Kernberg dans les années 70 [4] semble répondre à ces exigences. Il insiste surtout sur l'importance de la phase initiale du traitement comme étant le moment clé de la thérapie. Plusieurs recommandations ont été proposées par Kernberg concernant cette phase, en vue d'une structuration du cadre et de l'instauration d'une relation thérapeutique suffisante. Ces recommandations pourraient se résumer globalement en quatre points :

- Structurer de façon précise la thérapie pour bloquer la mise en acte du transfert à l'intérieur de la thérapie : le thérapeute insiste sur les limites du cadre thérapeutique et, le cas échéant, sur les limites posées à l'agressivité non verbale ;
- élaborer de façon systématique le transfert négatif manifeste et latent, dans « l'ici et maintenant » de la relation thérapeutique, en utilisant la réaction contre transférentielle dans un but diagnostique ;
- Laisser s'exprimer de façon modérée et contrôlée la tendance au transfert positif comme base de développement d'une alliance thérapeutique ;

- Partir de la relation thérapeutique correctrice pour aborder les relations en dehors des séances, en examinant les manifestations du transfert négatif à l'extérieur de la thérapie, et en encourageant les expressions d'un développement libidinal et de relations humaines approfondies.

Dans ce travail, nous avons décrit et commenté des moments significatifs de l'évolution en début de thérapie de deux patientes borderline qui ont été suivies par l'un d'entre-nous (S.M.), psychologue clinicien (et psychanalyste jungien). Ces patientes ont pu bénéficier d'une psychothérapie analytique qui s'inspirait du modèle de Kernberg. L'approche thérapeutique focalisait sur la stabilité du cadre thérapeutique et sur des interprétations dans « l'ici et maintenant » des déformations de la relation thérapeutique.

Observations

M^{lle} F., 25 ans, étudiante

La présentation de cette jeune femme était surtout marquée par l'excitabilité (manifeste dans une fébrilité remarquable) et l'instabilité affective.

Ses relations interpersonnelles étaient restreintes et très instables. Ses conduites sexuelles étaient ordinairement très inhibées. Cependant, des fantasmes sexuels et une recherche impulsive d'entrer en relation avec un homme, surtout parmi ses ex-copains, apparaissaient de manière épisodique et brutale, notamment lorsqu'elle vivait une situation stressante. En dehors de ces épisodes, ces tendances n'étaient pas syntones au Moi et étaient fortement rejetées. Poussée par son angoisse et ses fantasmes, elle nouait souvent des relations avec des hommes qui étaient ses aînés de plusieurs années et qui jouissaient d'un statut social enviable, selon ses dires (l'un est médecin et l'autre est l'un de ses professeurs à la faculté) : « ça ne me dit rien d'être en relation avec un gamin qui a mon âge ».

Elle se sentait profondément incomprise par ceux-ci, puisqu'ils n'étaient pas disponibles pour elle au moment et de la manière qu'elle souhaitait. Une fois séparée de ses copains, elle se met à les dévaloriser et même à les détester. Le défaut de contrôle pulsionnel se manifeste aussi par des crises de colères à l'encontre de sa mère, qu'elle caractérise de « factice », faisant du théâtre pour atteindre ses rêves d'omnipotence, au prix d'une dévaluation de son père et d'une négligence de ses sœurs : « Elle s'absente pendant des jours, pour s'adonner à ses œuvres de charité, sans nous laisser quoi que ce soit à manger ».

Pendant des mois, sa prise en charge était marquée par l'irrégularité du suivi et les absences répétées, ainsi que par des demandes de rendez-vous aux moments de grande angoisse et un refus réitéré de la proposition de séances hebdomadaires : « J'essaie de me tenir à distance car je résiste à l'envie de venir plus souvent ».

Il paraissait que l'un des obstacles à un engagement en thérapie, était un désir de contrôle de l'objet-thérapeute. Pendant des mois elle s'absentait, puis réapparaissait, souvent aux moments de grande angoisse, pour redemander un rendez-

vous sans trop insister. Le thérapeute a choisi de maintenir la frustration de ce besoin de contrôle, en proposant des rendez-vous à distance des moments critiques, et en insistant sur l'importance de la régularité des séances. Dans les séances, elle montrait le même désir d'omnipotence, et un moment crucial de son suivi était l'interprétation de l'acting-out de ce désir. Le progrès de la thérapie dépendait de l'interprétation de ce besoin d'omnipotence au moment opportun.

Un jour, essayant d'explorer l'une de ses relations dont elle a parlé de manière allusive, le thérapeute lui a dit « *Est-ce que je peux comprendre de ce que vous avez dit qu'il y a eu un rapprochement sexuel entre vous ?* »

Elle lui a répondu sur un ton fâché « *Vous n'avez pas le droit de me poser une telle question ou de me dire une telle chose !* ». Ayant eu un sentiment de contrariété, le thérapeute a répondu, peu après, « *Je sais que nous abordons ici un sujet qui vous fait de la peine, et que vous abordez sommairement. Mais j'ai eu l'impression que vous essayez d'imposer ce que vous considérez une règle dans la séance. Nous nous sommes mis d'accord sur ce qui est faisable dans les séances. Désormais, ce n'est ni à vous ni à moi de faire la loi !* »

Il a ensuite demandé à M^{lle} F. de parler de ce qui lui vient à l'esprit, surtout comme signe de contrariété. Elle a préféré garder le silence durant cette séance. Cependant, un changement de son attitude (et aussi de celle du thérapeute) a été noté dans les séances suivantes : sa collaboration s'est améliorée, elle se présentait de plus en plus régulièrement à ses rendez-vous, et il était devenu possible d'aborder des manifestations du transfert négatif en dehors des séances, surtout avec ses copains et sa mère. Concomitante à ce progrès, une amélioration de l'instabilité affective a été également remarquée par elle : il lui arrivait de garder le calme dans des situations qui, auparavant, induisaient chez elle une grande fureur.

Un autre moment, elle a exprimé, sur un ton d'excitation, au sortir de la séance, son admiration de la couleur du pull du thérapeute ce jour-là. Le thérapeute est revenu là-dessus deux séances plus tard, pour faire le lien entre ses fantasmes libidinaux exprimés à l'extérieur et ce commentaire qu'elle lui a adressé. Elle a souri sur cette parole. Par la suite, elle a dit « *Je me sens en sécurité ici à l'hôpital, avec un thérapeute, je peux parler librement de mes idées folles et je me sens mieux !* »

M^{lle} E., 17 ans, élève

Il s'agit d'une adolescente qui a consulté pour des tentatives de suicide impulsives réalisées dans une indifférence affective remarquable. Dans son discours, elle décrit un désespoir chronique.

Elle désespère d'abord d'elle-même : « *Moi, je détruis tout ce qui tombe entre mes mains* » et aussi de tout ce qui peut lui venir à l'aide : « *Rien ne peut être utile dans mon cas* ». Elle a le sentiment que « *malgré ses efforts et les nôtres, elle n'arrive pas et n'arrivera jamais à dépasser ses difficultés* ».

Elle désespère surtout de ses parents : « *Quoi que je fasse, ils seront là à me reprocher des choses anodines que je fais spontanément* » « *Ma mère ne s'intéresse qu'au « qu'en-dira-t-on », elle ne cherche que les apparences* ».

Ses tentatives de suicide reflétaient un aspect de clivage : elles répondaient à une idéation persistante, une partie stable de son Moi, mais qui serait dissociée du reste, comme il peut se déduire de son discours : « *Et si je vais près des rails (dans un but suicidaire), je crains que je ne puisse plus rebrousser chemin* ».

Elle a bien accepté notre proposition de l'hospitaliser, et parlait à la partie dissociée d'elle à la deuxième personne : « *A l'hôpital tu seras entre quatre murs, et tu ne pourras rien faire* ».

Dès le début, il y avait l'expression d'un transfert positif envers le thérapeute, qui montrait une idéalisation positive, contraire à une idéalisation négative de tous les autres soignants, elle dit trouver un manque de compréhension chez tous ceux qui l'entourent.

Malgré cette impression d'être comprise dans les séances, elle persiste sur sa position de désespoir : « *Rien ne peut être utile dans mon cas* ». Elle dit avoir commis des fautes auparavant et qu'elle continue à en commettre, en rapport avec un idéal moral intransigeant, portant sur son intégrité comme fille pudique.

Durant les entretiens, aucune des interprétations de ses acting-out n'a favorisé une diminution de l'intensité des idéations suicidaires.

Durant la deuxième hospitalisation suite à une récidive, le thérapeute, ayant eu le sentiment que plus d'activité est nécessaire dans son approche, car ce rôle lui aurait manqué dans sa vie, il change de stratégie, et opte prioritairement pour une gestion de la dangerosité de ces impulsions suicidaires. Un plan d'action a été proposé pour rendre plus difficile l'obtention de la substance létale.

Cette hospitalisation fut un moment crucial dans le suivi. La patiente disait qu'en se réveillant dans le service de réanimation, elle s'est attendue à voir son thérapeute « *Je rêvais de vous, j'étais en état de demi-conscience* ». Le thérapeute lui a laissé la liberté de parler, durant la séance, de tout ce qui lui vient à l'esprit concernant leur relation. Cette liberté lui a fait peur : « *Mais moi j'ai des sales idées !* ». Il a alors insisté sur l'impossibilité que l'un de ses désirs ne se réalise durant les séances. Ceci l'a rendue perplexe et même fâchée. Elle a perçu que le thérapeute est en train de la repousser de manière brutale : « *mais quelle image se fait-il de moi ?* » s'est-elle dit. Devant sa réaction à l'ambiguïté de la situation, Le thérapeute a ressenti à quel point il lui est important d'avoir affaire à une réalité simple, claire et fiable. Il a alors insisté sur le fait que l'interdiction qu'il y a dans les séances concerne la thérapie et ne s'applique pas à sa vie à l'extérieur, et qu'en clarifiant les rôles de chacun dans la vie (le thérapeute, le père, la mère, le partenaire), elle pourrait se sentir mieux.

C'est alors qu'elle a posé la question de manière claire, sur un ton de contestation : « *Mais pourquoi cherchez-vous à m'aider ?* » Le thérapeute lui a répondu : « *la volonté que*



Sousse et son port.
Photo Psy Cause avril 2009.

nous avons de vous protéger ne dépend pas de nous, mais c'est un sentiment humain qui est en nous ».

Le déclic dans sa thérapie est parti de là. *« L'autre fois, c'était une séance exceptionnelle où vous m'avez dit qu'ici je ne voulais pas me perdre. Depuis, je ne sens pas la même envie puissante de me tuer »*

Progressivement, elle a commencé pour la première fois à parler de ses idées suicidaires avec une mise à distance. Pour elle, ces idées seraient l'œuvre de quelque chose de « massif » et de « puissant » : *« C'est comme une voix à l'intérieur de moi, à laquelle je ne peux pas échapper. Comparée à elle, je ne suis rien »*. Il lui arrive maintenant d'oublier ces idées. Parfois, elle lutte contre elles ; d'autres fois, elle les reçoit dans le calme.

Depuis plus d'une année, elle n'a pas eu de TS, ce qui n'a pas été observé depuis plusieurs années.

Commentaires

Une difficulté à investir la relation thérapeutique de manière constructive existait chez les deux patientes, essentiellement du fait des motions pulsionnelles agressives envers le thérapeute (dans le cas de M^{lle} F.) ou tournées contre soi (dans le cas de M^{lle} E.).

Dans le cas de M^{lle} F., la dépendance aux autres prend un aspect agressif et possessif, nécessitant un contrôle de l'objet. La patiente a ressenti les explorations du thérapeute comme une attaque ou un rejet, qui dépassent ses capacités de contrôle. Un rappel du cadre qui renferme une interprétation de sa réaction (« son intention de faire la loi ») l'a aidée à mieux cerner la réalité de la thérapie et du thérapeute. En outre, l'interprétation d'une expression de transfert positif mettant à mal le cadre lui a permis de ressentir plus de sécurité dans les séances, ce qui a eu un effet bénéfique sur son travail analytique et sur sa vie en général.

Pour M^{lle} E., il s'agissait de favoriser l'alliance à travers la clarification de la nature du lien thérapeutique. La dévalorisation de l'aide qu'elle peut recevoir de la thérapie pourrait représenter, d'après Kernberg, « la contrepartie de l'idéalisation inconsciente de ce qu'on reçoit, dans le sens d'une attente primitive et magique d'une dépendance aux images parentales idéalisées » [4]. Dans son discours, il y avait l'expression d'une soumission à un Surmoi sadique. L'interprétation (surtout la clarification du sens de l'aide du thérapeute) et le cadre sécurisant des séances et de l'hôpital ont permis une compensation de la toxicité des composantes sadiques, par un renforcement des composantes libidinales. L'avantage du modèle proposé par Kernberg, dont s'inspirait le travail avec ces deux patientes, était de ne pas laisser se développer complètement un transfert préjudiciable au cadre thérapeutique, de façon à précipiter des arrêts prématurés du traitement, qui sont dommageables pour les patients et frustrants pour les thérapeutes. En effet, l'objectif de la phase initiale du traitement selon le modèle de Kernberg, c'est de créer les conditions qui permettront à la psychothérapie (la psychanalyse, ou encore d'autres méthodes psychothérapeutiques, comme par exemple les approches cognitives orientées vers les schémas de pensée) de s'engager favorablement au long cours. La voie en paraît le renforcement du Moi via l'interprétation qui vise des aspects de l'expérience immédiate de la relation thérapeutique. Le début du traitement serait en faveur d'un changement d'attitude pour le patient, mais aussi pour le thérapeute qui explore et utilise son contre-transfert et ne subit plus passivement son effet.

L'interprétation dans « ici et maintenant » n'a rien de hermétique ou de dogmatique : tout au contraire, il s'agit d'une explication claire de la manière dont l'analyste voit l'interaction « ici et maintenant » avec le patient. Elle est différente d'une reconstruction génétique à laquelle le

patient n'est pas encore prêt, du fait d'une déformation de sa relation au thérapeute. Elle vise une confrontation non critique du patient à ses défenses pathologiques lorsqu'elles émergent dans le transfert négatif.

Étant donné la spécificité des besoins thérapeutiques de ces patients, les clarifications de la réalité occupent une partie importante du discours du thérapeute. Dans le même sens, il est difficile, selon Kernberg, « d'éviter des suggestions directes ou des conseils implicites » [4], (surtout si l'on estime que le patient est en train de se faire du mal), à la différence de ce qui se passe dans une psychanalyse classique. En fait, selon lui, « neutralité ne signifie pas inactivité » [4]. Le cadre thérapeutique paraît assurer au patient une fonction de « contenant », selon la conception de Bion [2], qui pourrait lui avoir manqué dans sa vie passée. Cette fonction se manifeste essentiellement à travers une liberté accordée au patient d'utiliser le temps qui lui est dévolu dans la séance, mais toujours dans un cadre bien défini et respecté. Selon A. Green, ce cadre initie le patient borderline à la notion même d'une relation d'objet, qui lui est demeurée jusqu'alors mal connue : « Plutôt que d'affirmer que l'établissement du cadre reproduit une relation d'objet, je trouve plus approprié de dire qu'il est ce qui permet la naissance et le développement d'une relation d'objet » [3].

Si cette thérapie instaure l'armature d'un changement, la résolution des conflits par le travail thérapeutique dans les séances est nécessairement partielle. Elle doit être complétée par un travail que le patient effectuerait au quotidien dans ses relations aux autres, où il expérimente et met à l'épreuve ses positions et ses choix de vie.

Conclusion

Nous souhaitons pour conclure indiquer quelques lignes directrices qui nous paraissent essentielles dans une relation thérapeutique avec un patient borderline, et qui pourraient profiter à tous les intervenants auprès de lui et non seulement aux psychothérapeutes.

Le thérapeute doit respecter le besoin du patient en clarté et en authenticité, étant donné son défaut d'empathie.

Par ailleurs, il ne doit pas, face à une fausse idéalisation, l'encourager (ne pas avoir peur de décevoir) et doit interpréter si nécessaire.

Aussi, devant les motions agressives, il ne doit pas répondre agressivement à l'agressivité. Il ne doit pas chercher à « détruire » le désespoir. Il doit imposer des limites et interpréter sans jugement, en évitant l'esprit de combattre, si non il y aura frustration du thérapeute et désespoir du patient. Il doit également admettre que la lutte contre ces tendances destructrices ne pourra être, dans tous les cas, couronnée de succès.

Enfin, face aux conduites sexuelles et des relations amoureuses de nos patients, à propos desquelles il est souvent question pour eux de demander notre avis, le thérapeute,

sans chercher à influencer activement leur choix, doit se poser la question : ces relations sont-elles favorables à un développement libidinal d'une relation profonde et stable avec un « objet total » ?

Bibliographie

- Bourgeois, D. *Comprendre et soigner les états-limites*. Paris, Dunod, 2004.
- Fognini M. Perspectives et apports de Bion au travail clinique. *Le Coq-héron*. 2004/2 -177,144-160.
- Green, A. (1974). L'analyste, la symbolisation et l'absence dans le cadre analytique. in *La folie privée*. 1990. Paris, Gallimard, 1990, 73-119.
- Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse, Privat, 1979.
- Semerari A., Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicolò G., Procacci M., Alleva G. How to Evaluate Metacognitive Functioning in Psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its Applications. *Clin. Psychol. Psychother.* 2003/10, 238-261.
- Winnicott, D.W. La haine dans le contre-transfert. in *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1969, 48-58.
- Winnicott D.W. Théorie des troubles psychiatriques en fonction du processus de maturation de la petite enfance (1963). In *Processus de maturation chez l'enfant*. Paris, Payot, 1970, 217-232.



Une rue de Sousse. Photo Psy Cause avril 2009.



Grégoire Magloire Gansou

Caractéristiques épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie au Bénin

Auteurs : Grégoire Magloire Gansou¹, Mathieu Tognidè¹, Emilie Fioffi Kpadonou³, André Alihonou², Josiane Ezin Hounghé³, Thérèse Agossou³, René Gualbert Ahyi³.

Résumé : de multiples facteurs caractérisent la toxicomanie au Bénin. De janvier 2006 à décembre 2010, nous avons réalisé au CNHP de Cotonou, une étude transversale à visée descriptive qui avait pour objectif d'étudier les aspects épidémiologiques et psychopathologiques de la toxicomanie. Les sujets de l'étude représentaient 21,05% des patients du CNHP. 64,89% avaient au moins le niveau d'étude secondaire. Le plus jeune toxicomane était âgé de 10 ans et 64,59% avaient entre 21 à 30 ans. 23,67% des toxicomanes étaient issus de familles au sein desquelles l'absence de représentations parentales authentiques était en cause. Au rang des drogues consommées, on retrouvait le cannabis (47,66%), la cocaïne (24,96%), l'héroïne (23,67%) et des amphétamines de fabrication locale. La polytoxicomanie représentait 53,41% des cas. La lutte contre la toxicomanie nécessite une collaboration étroite avec les professionnels de la santé mentale et un engagement politique plus courageux.

Mots clés : épidémiologie, psychopathologie, substances psychoactives, toxicomanie, moyens de lutte.

Summary: multiple factors characterized drug-addiction in Benin. From January 2006 to December 2010, we realized at the CNHP of Cotonou, across-sectional study with a descriptive aim the objective of which was to study the epidemiological and psychopathological aspects of addiction. The study targets represented 21.05% of patients at the CNHP. 64.89% had at least a high-school education. The youngest addict was aged 10 and 64.59% were between 21-30 years. 23.67% of addicts were from families in which the lack of genuine parental representations was at issue. Among the drugs used, there were cannabis (47.66%), cocaine (24.96%), heroin (23, 67%) and amphetamines manufactured locally. Polytoxicomania represented 53.41% of cases. The fight against drug addiction requires close collaboration between mental health professionals and a courageous political commitment.

Keywords: epidemiology, psychopathology, psychoactive substances, drug-addiction, control methods.

Introduction

S'intéresser aux toxicomanies constitue de nos jours à la fois une nécessité et une tâche bien délicate. Une nécessité parce que le phénomène apparaît bien inquiétant et on ne peut en

détourner les yeux ; une tâche bien délicate car nous sommes en face d'un symptôme traduisant des désordres profonds sur lesquels il convient de centrer nos préoccupations [2]. Définie comme un mode de consommation d'une substance psychoactive préjudiciable pour la santé psychique ou physique, la toxicomanie affecte dangereusement bon nombre de couches sociales notamment la jeunesse [3]. Elle est déterminée par de multiples facteurs qui sont d'ordre psychologique, sociofamilial, culturel, économique et politique. Face à l'ampleur du phénomène constatée aujourd'hui dans le monde, il est opportun de faire l'état des lieux au Bénin et d'évaluer les mesures mises en place pour y faire face. La présente étude souligne les aspects épidémiologiques, psychopathologiques et thérapeutiques de la toxicomanie à partir des patients reçus au Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Cotonou.

1. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier de Psychiatrie de Cotonou.

2. Département de psychologie et des sciences de l'éducation, Faculté des Lettres Arts et Sciences humaines, Université d'Abomey Calavi

3. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire HKM, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant : Dr Grégoire Magloire GANSOU, psychiatre, 03 BP 1890 Cotonou Bénin. Email : ggansou@hotmail.com Tél. : (229) 97 32 86 78 Fax (229) 21 38 42 82.

Cadre et méthodologie

Notre étude s'est déroulée au CNHP de Cotonou. Ce centre est subdivisé en cinq blocs dont l'Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT) qui s'occupe de la prise en charge des toxicomanes.



Figure n° 1 : Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT). Photo de l'auteur.

Il s'agit d'une étude descriptive de type rétrospectif et prospectif qui a duré cinq ans. L'étude rétrospective couvre la période allant de janvier 2006 à septembre 2009 tandis que l'étude prospective s'est déroulée d'octobre 2009 à décembre 2010.

La population d'étude est constituée de 621 patients âgés de 10 à 50 ans. Les aspects étudiés concernent les caractéristiques générales, les caractéristiques familiales et les caractéristiques psychopathologiques des toxicomanes.

Les patients retenus pour l'étude sont tous ceux dont l'anamnèse révèle une conduite toxicomaniaque, qui consomment les substances psychoactives de façon fréquente ou qui présentent une notion de dépendance. Nous avons exclu de l'étude tout patient n'ayant ni antécédent toxicomaniaque ni conduites addictives ainsi que toute personne ayant fait usage de drogue ou d'alcool de façon occasionnelle ou festive ou qui ne présente pas de notion de dépendance.

Les données collectées sont traitées à l'aide du logiciel Excel 2007.

Résultats

Caractéristiques générales

• Répartition des patients sur la période d'étude

Figure n°2 : Répartition des patients reçus au CNHP sur une période de 5 ans.

• Age et Sexe des toxicomanes

Figure n°3 : Répartition selon le sexe par tranche d'âge.

• Nationalités : 13 (treize) nationalités sont recensées dont 86,47% de béninois

• Niveau d'instruction : 34,46% des enquêtés étaient des universitaires (étudiants ou fonctionnaires) ; 30, 43% étaient des élèves ou avaient le niveau d'étude secondaire ; 23,03% ont arrêté les études au cours primaire.

Caractéristiques familiales

• Type de famille

Figure n°4 : Répartition selon la situation matrimoniale des parents.

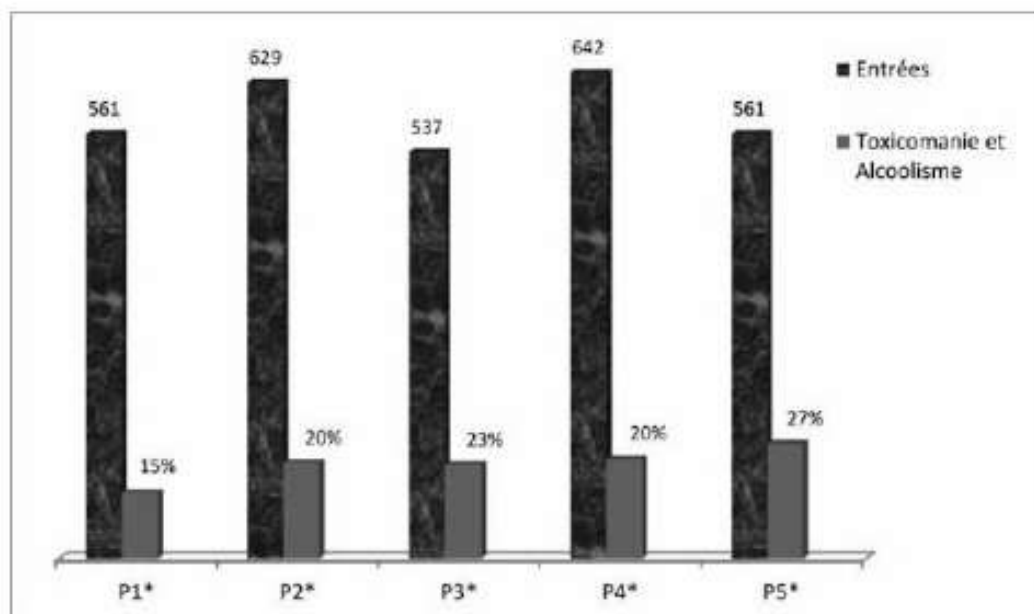


Figure n°2 : Répartition des patients reçus au CNHP sur une période de 5 ans.
(* P1-2-3-4 et 5 représentent les 5 ans d'étude, divisées en cinq (5) périodes d'un (1) an.)

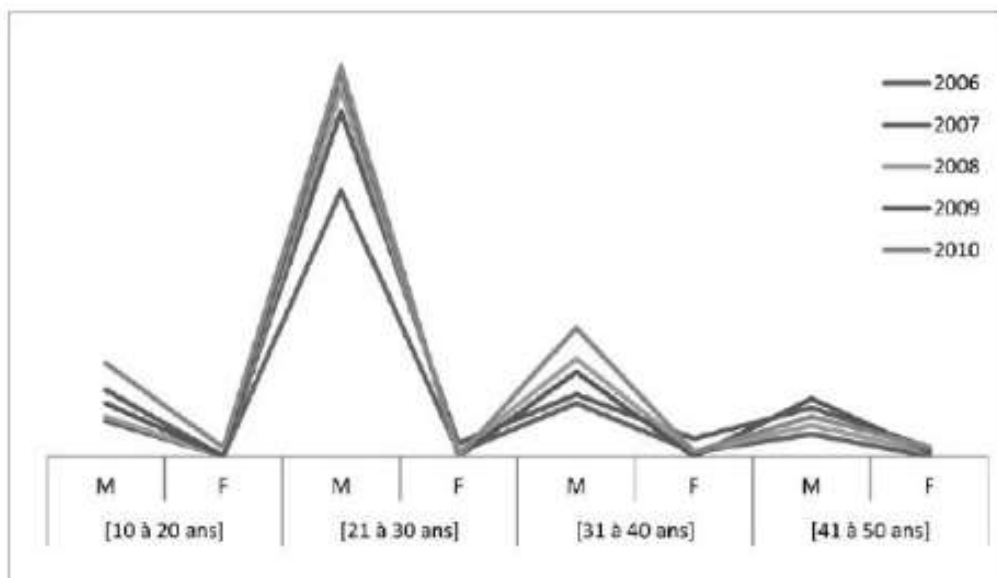


Figure n°3 : Répartition selon le sexe par tranche d'âge. (M = Masculin et F = Féminin.)

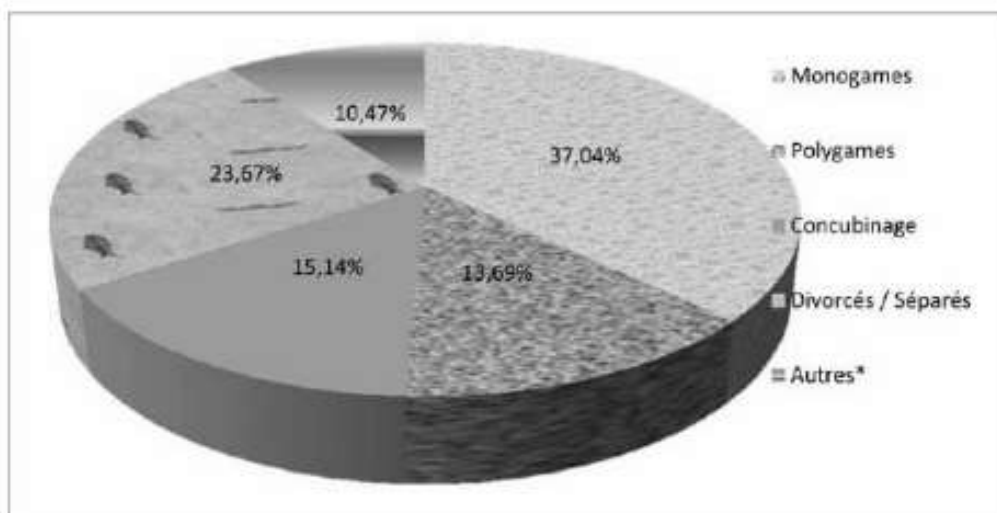


Figure n°4 : Répartition selon la situation matrimoniale des parents. (* «Autres» représente toute structure familiale non décrite précédemment y compris les décès de parents.)

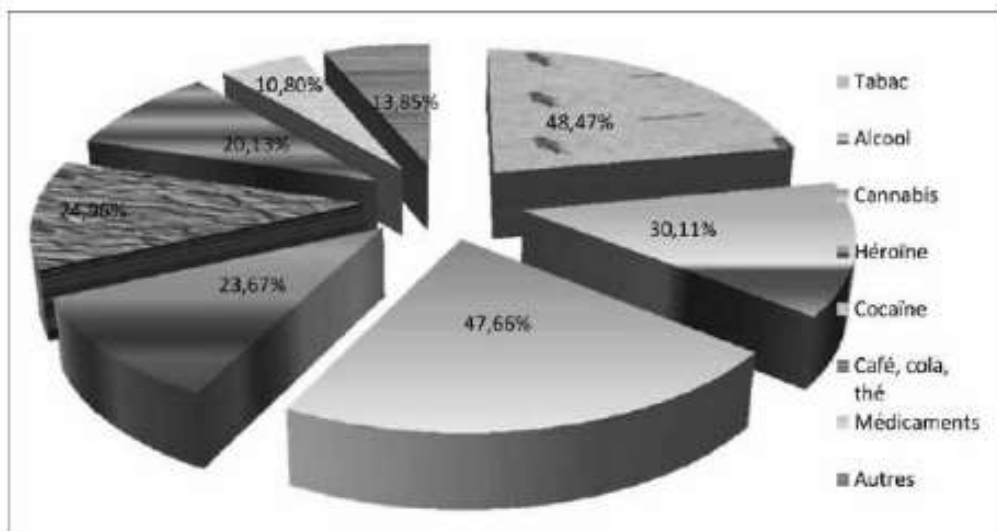


Figure n°5 : Répartition selon les substances psychoactives consommées. («Autres» représente les associations fabriquées par le patient.)

- **Lieux de résidence des enquêtés**

Tableau I : Répartition selon le lieu de résidence.

Tableau I – Répartition selon le lieu de résidence.

	Effectifs	Pourcentages %
chez les deux parents	94	15,14
Chez le père uniquement	52	8,37
Chez la mère uniquement	132	21,26
Chez le père remarié	75	12,08
Chez la mère remariée	128	20,61
Autres*	140	22,54
Total	621	100

* «Autres» désigne les placements chez un parent (oncles, tantes, ami), dans un internat. Dans ce travail, c'est la forme de résidence la plus adoptée.

- **Types de communication au sein des familles**

Tableau II : Répartition selon le type de communication familiale.

Tableau II – Répartition selon le type de communication familiale.

	Effectifs	Pourcentages %
Paradoxe	195	31,40
Autoritarisme	136	21,90
Dialogue	73	11,76
Protectionnisme	98	15,78
Communication unilatérale	81	13,04
Autres*	38	6,12
Total	621	100

* «Autres» désigne ici, toutes les autres formes de communication familiale non catégorisées dans notre étude.

- **Situation professionnelle des parents** : 97,11% des sujets sont issus de parents exerçant un emploi.

Caractéristiques psychopathologiques

- **Substances psycho actives consommées par les enquêtés**
Figure n°5 : Répartition selon les substances psycho actives consommées.
Figure n°6 : drogue illicite.
- **Raisons évoquées**
Figure n° 7 : Répartition selon les raisons évoquées.

Discussion

Caractéristiques épidémiologiques

L'évaluation de l'incidence de la toxicomanie se heurte à un certain nombre de difficultés méthodologiques qui dépendent de l'origine des sources (médicale, judiciaire, enquête en population générale) et qui font que les résultats ne sont pas toujours concordants [4]. On estime qu'environ 230 millions de personnes, soit 5% de la population adulte mondiale, ont consommé une drogue illicite au moins une

fois en 2010 [8]. Dans notre étude, les hommes sont plus représentés avec un pourcentage de 96,78%. La proportion des femmes toxicomanes en population générale est estimée à une femme pour quatre hommes et reste comparable au sexe ratio (1/4) des patients en contact avec des réseaux de soins [11]. Selon Debray et al [5] les populations les plus touchées sont celles de la tranche d'âge de 18 à 25 ans au chômage. Il ressort de la présente étude que le plus jeune toxicomane béninois a 10 ans et que 64,59% des enquêtés ont entre 21 et 30 ans. Pour Ait Mohand et al [1], l'enfant en devenant adolescent met à l'épreuve la vision du monde que ses parents et les adultes lui ont fait découvrir. Il cherche à affirmer son autonomie et oscille entre la volonté de profiter d'une liberté nouvelle et la découverte de la notion de responsabilité. Les effets recherchés par la prise de produits sont à la fois ceux de l'amusement, de la nouveauté et de l'imitation.

Nonobstant le caractère limité des données récentes sur l'usage de drogues illicites en Afrique, la drogue la plus couramment consommée dans la région reste le cannabis, suivi par les stimulants de type amphétamines [8]. Le cannabis encore appelé au Bénin « gué », « gandja », ou « odja » est la substance la plus consommée par nos enquêtés (47,66%). Cette plante est produite dans plusieurs localités du Bénin et certaines populations en font anormalement des cultures de rente. En 2010, la plupart des pays africains qui ont fourni des informations à l'ONUDC ont fait état d'une hausse de l'usage de cannabis et d'opioïde notamment l'Afrique du Sud, le Nigéria, le Mozambique et le Swaziland [8]. La polytoxicomanie est retrouvée dans la présente étude à un pourcentage de 53,41% et les associations les plus fréquentes sont : alcool + cannabis, alcool + cannabis + tabac, cannabis + alcool + diazépam et/ou trihexyphénidyle. Ces associations sont également retrouvées dans plusieurs autres pays d'Afrique [8].

La présence parmi les enquêtés de ressortissants étrangers (14%) témoigne de la porosité de nos frontières et montre combien la lutte contre la toxicomanie doit être une lutte sous régionale voire régionale.

Caractéristiques psychopathologiques

Nous avons noté dans notre travail que les toxicomanes sont issus de parents divorcés ou séparés (23,67%), vivent dans une famille recomposée (22,54%). Au sein des familles de ces toxicomanes, la communication paradoxale domine le tableau relationnel (31,40%). Ces statistiques témoignent des dysfonctionnements au sein des familles des toxicomanes. Les parents, de plus en plus occupés par leurs activités professionnelles, s'acquittent moins bien de leur responsabilité au niveau familial. Cette situation entraîne un relâchement dans les relations parents-enfants et donne lieu à une défaillance dans la fonction éducative des enfants. L'enfant, pour s'épanouir, a besoin de l'affection et de l'éducation conjointe de ses deux parents. Lorsqu'il est élevé dans un milieu stable, il est immunisé contre la délinquance. Il vit le divorce et la séparation de ses parents comme un



Figure n°6 : Drogue illicite.
Photo de l'auteur.

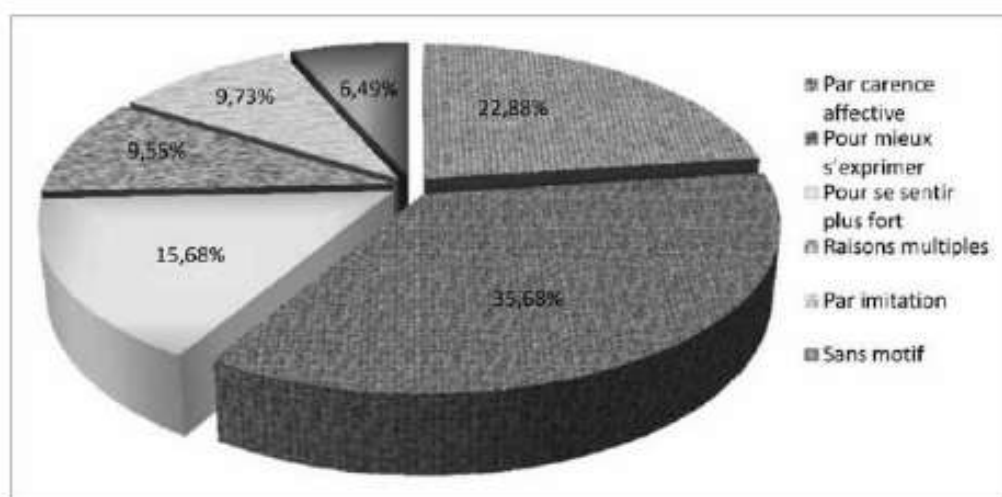


Figure n° 7 : Répartition selon les raisons évoquées.

stigmaté. Il se sent mal aimé, rejeté, voire en insécurité et s'adonne à des actes de délinquance voire l'usage abusif de substances psychoactives pour compenser son vide [12]. La recomposition familiale ou le remariage des parents semble également accroître les difficultés d'adaptation et les troubles du comportement chez les enfants. L'atmosphère familiale invivable et faite d'incompréhension, pousse l'adolescent à chercher des compensations ailleurs [1]. Ces compensations seront recherchées à l'école, dans les lieux d'apprentissage ou dans un groupe de rencontre de l'enfant et de l'adolescent. L'adolescent qui va mal, cache des parents qui vont mal. Selon Tognidè et al [10] il faudra rechercher dans la biographie du toxicomane, le sous bassement affectif émotionnel et psychosocial de sa conduite toxicomaniaque.

Il ressort de nos résultats que la tranche d'âge moyenne d'initiation à l'usage des drogues se situe entre 13 et 21

ans. Cette période est celle d'un remaniement et d'une consolidation de l'image de soi. Elle est sous-tendue par la poussée pubertaire qui signe l'entrée dans l'adolescence en impliquant une crise, une rupture de l'équilibre antérieur. Cette crise se manifeste par un sentiment de dépaysement vis-à-vis de soi-même et du monde, un sentiment d'étrangeté, voire de désaccord et d'inquiétude, qui appellent un retour de la subjectivité [4]. La difficulté de l'adolescent au rapport avec les autres, et son impossibilité à faire du lien est souvent en cause dans la toxicomanie. 63,77% de nos enquêtés évoquent comme raison principale de cette conduite, un défaut de communication et 40,90%, une carence affective. Pendant l'adolescence, le Moi de l'adolescent fait face à des modifications physiques rapides, à la réactivation de pulsions sexuelles et agressives. L'idéalisation des images parentales est remise en cause, l'identification

aux parents est rejetée et il convient de choisir d'autres objets d'investissement libidinal [9]. La toxicomanie juvénile reproduit le processus initiatique traditionnel tel qu'il existe dans de nombreuses cultures, c'est-à-dire qu'elle sépare le jeune du groupe familial pour lui faire subir des épreuves. En séparant ces adolescents du groupe familial, elle leur évite la confrontation trop intense pour eux, avec la reviviscence des pulsions œdipiennes et la réapparition des conflits identificatoires. Elle éloigne des images parentales trop chargées d'excitations et favorise son relai par un autre investissement tyrannique, exclusif. Ce faisant, elle radicalise la rupture avec les parents [4]. Selon Wansi [12], n'importe quel adolescent a envie de connaître ces expériences. Pour celui qui va bien, cela va lui donner un seuil, il définira ses limites et l'expérience lui servira de leçon. Mais pour ceux qui vont mal, qui ont des problèmes d'identification, des relations conflictuelles avec les parents, ce sera le début d'un usage régulier qui pourrait aboutir à une dépendance et à un abus des drogues. Ce qui semble en cause dans la famille du toxicomane ce n'est pas obligatoirement un drame affectif général survenu à un moment donné (un divorce par exemple) comme cela se rencontre dans de nombreuses conflictualisations de modèle œdipien ; mais plutôt l'absence de représentations parentales authentiques [2].

La toxicomanie à l'épreuve des générations

L'usage de drogue à l'adolescence est un phénomène qui relève de plus en plus de la modernité. Les sociologues s'accordent à dire que les formes les plus communes de la déviance dans une société sont la délinquance et la toxicomanie [6].

Avant les années 60, la toxicomanie était connue mais assez peu répandue, trouvant ses adeptes dans certains milieux artistiques ou chez des sujets appartenant aux professions médicales et paramédicales. Aujourd'hui, la feuille de coca est cultivée partout et devient un produit utilisé par toutes les populations pauvres pour supporter la souffrance de la faim. La nouveauté du phénomène des toxicomanies juvéniles est dans trois aspects spécifiques : l'utilisation de nouvelles drogues, les nouveaux modes d'utilisation des stupéfiants, et une nouvelle clientèle que sont les adolescents [4].

La vente illicite de substances psychoactives au Bénin comme dans d'autres pays africains est facilitée par l'absence d'une législation forte imposant la prescription médicale pour la délivrance de produits dangereux. Les toxicomanies médicamenteuses sont fréquentes. C'est le cas par exemple des tranquillisants comme le diazépam dénommé « D10 » que les populations se procurent facilement dans les pharmacies et dans les marchés. Ce produit est à l'origine d'intoxications volontaires, de surdosages, de dépendance. La consommation répandue de ces psychotropes fait qu'ils sont devenus une des premières sources de modulation de la conscience et de la pensée chimiquement induite [7].

Notons également que les combinaisons de produits comme les solvants organiques (éther, colle de maquette, dissol-

vant) sont d'usage courant dans le milieu des toxicomanes béninois. Il en est de même des amphétamines locales connues sous le nom de « azobaté », ou encore de « katerpillar », autant d'expressions pour traduire l'infatigabilité, la force ou encore la puissance invincible que procurent ces produits à leurs consommateurs. Certains toxicomanes (2,90% des enquêtés) font leur première initiation dans les couvents et autres milieux de culte pourtant reconnus comme véritables détenteurs des valeurs culturelles en Afrique ; ces milieux étant dans la logique de leur pratique culturelle. L'extension et les nouveautés de ce phénomène permettent ainsi d'éclairer d'un jour nouveau la définition de la conception classique de la toxicomanie. Héritée de la psychiatrie du XIX^e siècle où le terme de manie désigne les états les plus divers, la toxicomanie n'apparaît plus de nos jours, comme une monomanie, comme une maladie, ni même un symptôme au sens classique du terme mais comme une conduite ou un système d'attitude à plusieurs portes d'entrée : biochimique et pharmacologique, sociologique, psychologique [4].

Face à toutes ces réalités et selon toute vraisemblance, le toxicomane est condamné à la rechute au Bénin d'autant qu'à l'étape actuelle les structures étatiques de prévention, d'accueil, de soins et de réinsertion sont quasiment inexistantes. Elles se résument à la seule Unité de Soins d'Urgence aux Toxicomanes (USUT) du CNHP qui s'occupe de la prise en charge hospitalière des toxicomanes. Ces derniers, ne se reconnaissant pas malades ne supportent pas d'être hospitalisés dans un service de psychiatrie pour subir une cure de sevrage. La lutte contre la drogue au Bénin reste la mission première du Comité Interministériel de Lutte contre l'Abus des Stupéfiants (CILAS) qui privilégie la lutte répressive. En dehors des mesures répressives, les pouvoirs publics doivent mieux faire dans le domaine des soins, de la prévention et de l'information du public. Aussi, serait-il judicieux d'affirmer devant la vitesse de dégradation des valeurs socioculturelles et les nouvelles formes de toxicomanie, qu'il est probable que la jeunesse soit de plus en plus victime de sa propre émancipation.

Conclusion

Le cannabis et les amphétamines sont les deux principales substances à l'origine des demandes de traitement liées à l'usage de drogue illicite au Bénin. Le toxicomane béninois se drogue pour faire face à des difficultés existentielles. Il se trouve dans un état de dépréciation de soi et se focalise sur un objet externe auquel tout pouvoir est conféré et qui joue pour lui le rôle de régulation artificielle de l'estime de soi. Face aux mutations socioculturelles, politiques et économiques qui bouleversent aujourd'hui le monde, la lutte contre la toxicomanie est l'affaire de tous et ne peut se limiter à prendre pour cible les toxicomanes déclarés ou les dealers. Il s'agit de prévenir beaucoup plus tôt les échecs maturatifs décelables ou prévisibles et de renforcer le rôle régulateur de l'environnement familial sur les crises de l'Œdipe ou de l'adolescence. Cela nécessite une meilleure

collaboration avec les professionnels de la santé mentale, la création d'infrastructures de prise en charge, et des décisions politiques plus courageuses.

Références

1. Ait Mohand A, Terranti I. *la consommation de drogue chez l'adolescent, Evaluation et orientations*. INSP, 2004 ; 42 – 44.
2. Bergeret J. *Toxicomanie et personnalité*. PUF, 2^{ème} éd. Paris, 1994 ; 127p
3. Betschy G. *Toxicomanie : recueil à l'usage des médecins*. ISPA-PRESSE, Lausanne, 1992 ; 53-564. Braconnier A, Caron P, *Les toxicomanies*. In Lebovici S, Diatkine R, Soule M. *Nouveaux traités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1^{ère} éd, Quadrige /PUF, Paris, 1999 ; Tome IV : 2443-24825. Debray Q, Granger B, Azaïs F. *Psychopathologie de l'adulte*, 2^{ème} éd, Masson, Paris, 2001 ; 380p
6. Galland O, *Sociologie de la jeunesse*. Edition Armand Colin, 2001 ; 219-220.
7. Menecier P, Texier MA, Las R, Ploton L. *Peut-on parler d'ivresse benzodiazépinique ? A propos d'intoxications benzodiazépiniques aiguës ni suicidaires ni mortifères*. *Encéphale*, 2012, 38(1) : 25-30
8. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues*. Vienne ; ONUDC, 2012
9. Philip-Asdih C. *Dépressivité et estime de soi chez le toxicomane en institution*. *Revue de Recherches en Éducation*. 1997, 20 : 116-130.
10. Tognidè CM, Gandaho P, Kouagou P, Ezin Hounghè J, Ahyi RG. *Alcoolisation abusive des jeunes de 10 à 24 ans dans la ville de Natitingou : impacts socioculturels et sanitaires*. *Le Bénin médical* n° 31, 2005 ; 51-54
11. Touzeau D, Jacquot C. *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*. Arnette, Paris 1998 ; 127p
12. Wansi E. *Les drogues en Afrique subsaharienn*. Observatoire Géopolitique des drogues. Karthala, Cameroun, 1998 ; 50-57.



Serviteur de la cour du roi d'Abomey. Bronze béninois. Photo Psy Cause.



**Yessonguilana
Jean-Marie Yeo-
Tenena**



**Awo Catherine
Assi-Sedji**



**Brahim Samuel
Traore**



**Roger Charles
Joseph
Delafosse**



Drissa Kone

Problématique de l'insertion de la santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire : à propos de 103 patients admis en hospitalisation à Bingerville

**Auteurs : Yessonguilana Jean-Marie Yeo-Tenena¹, Awo Catherine Assi-Sedji²,
Brahim Samuel Traore³, Loyaga Jean-Jacques Soro⁴,
Roger Charles Joseph Delafosse⁵, Drissa Kone⁶.**

Résumé : du 01 juillet 2008 au 31 Août 2008, nous avons réalisé une étude transversale descriptive à l'hôpital psychiatrique de Bingerville (HPB) qui avait pour objectif de décrire les offres de soins en santé mentale dans les structures sanitaires publiques de proximité (SSPP). le but de cette étude était de contribuer à l'insertion des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire. L'étude a donné les résultats suivants : on notait une prédominance des adultes jeunes (76,70%) et des patients sans revenu (69,90%). Au plan clinique, la majorité des patients (67,96%) étaient à leur première admission avec une prédominance de l'agitation psychomotrice et l'agressivité ((70,88%) comme motifs d'admission. La demande d'hospitalisation émanait majoritairement de la famille (73,79%). La catégorie diagnostique la plus observée (58%) était la catégorie F20- F29 (Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants). la majorité des patients (70,87%) avaient une SSPP dans leur milieu. Une proportion de 18,18% des patients ayant une SSPP dans leur milieu avait eu recours à celle-ci avant d'être référée à l'HPB. La majorité des patients (80,82%) ayant une SSPP dans leur milieu n'avaient pas eu recours à cette structure et s'étaient orientés directement à l'HPB en évoquant comme raison l'inadaptation de la SSPP dans 91,66% des cas. Les patients affirmaient accepter une consultation à la SSPP (94,52%) au lieu de se rendre à l'HPB pour les raisons suivantes :

- les préjugés sur l'HPB (42,03%),
- le mode de fonctionnement de l'HPB qui était vécu comme asilaire (14,49%).

Mots clés : Soins de santé primaire, Soins de santé mentale, proximité des soins

1. Maître de conférences Agrégé de psychiatrie,
UFR Sciences Médicales Abidjan, Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan (INSP).

2. Maître-Assistant
UFR Sciences Médicales Bouaké, Côte d'Ivoire.

3. Interne des Hôpitaux de Côte d'Ivoire.

4. Médecin
Hôpital Psychiatrique de Bingerville.

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

6. Professeur de Psychiatrie
UFR Sciences Médicales Abidjan, Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique de Bingerville, Président de la Société de Psychiatrie de Côte d'Ivoire (SPCI).
Auteur correspondant : Yessonguilana Jean-Marie YEO-TENENA – Adresse personnelle : 09BP 874 AABIDJAN 09 – Rép. de Côte d'Ivoire. Portable : 00 225 07 98 15 16. yeotenena@yahoo.fr

Summary : from July 01st, 2008 to August 31st, 2008, we carried out a descriptive cross-sectional study with the psychiatric hospital of Bingerville (HPB) which aimed to describe the offers of care in mental health in the public medical structures of proximity (SSPP). The goal of this study was to contribute to the mental insertion of the health care in the health care primary education in Ivory Coast. The study gave the following results: one noted a prevalence of the young adults (76.70%) and patients without income (69.90%). With the clinical plan, the majority of the patients (67.96%) were with their first admission with a prevalence of psychomotor agitation and aggressiveness ((70.88%) as reasons for admission. la request for hospitalization emanated mainly from the family (73.79%). The category diagnoses the most observed (58%) was the category F20- F29 (Schizophrenia, hoop nets schizotypic and disorders delirious) .la majority of the patients (70.87%) had a SSPP in their medium. A proportion of 18.18% of the patients having a SSPP in their medium had had recourse to this one before being referred to HPB. la majority of the patients (80.82%) having a SSPP in their medium had not had recourse to this structure and had been directed directly with the HPB by evoking like reason the maladjustment of the SSPP in 91.66% of the cases. The patients affirmed to accept a consultation with the SSPP (94.52%) instead of going to the HPB for the following reasons:

- prejudged them on the HPB (42.03%);
- it operating process of the HPB which is lived like seclusion (14.49%).

Keywords : Health care primary education, Health care mental, proximity of the care

Introduction

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont toujours sujettes à la stigmatisation et à la discrimination après une hospitalisation, si courte soit-elle.

La journée mondiale de la santé a été consacrée en 2001 à la santé mentale sur le thème : « Non à l'exclusion, oui aux soins » [11] afin d'apporter une réponse à ce problème. Il fut remarqué au cours de cette journée que tout changement profond en santé mentale, passe par un changement d'attitude de la société vis-à-vis de ses citoyens. Et pour ce faire, l'on devrait envisager aujourd'hui, de mettre la psychiatrie dans la ville, dans la communauté et la ville et la communauté dans la psychiatrie, de réimplanter fortement le dispositif de santé mentale dans la cité, de redynamiser les pratiques de soin dans la proximité et le partenariat avec les acteurs sociaux et les élus locaux. Mais il s'agit également pour les usagers et les professionnels de disposer d'une palette variée, graduée, individualisable de réponses soignantes [11].

Le concept de psychiatrie en contexte de soins primaires a ainsi été initié, selon lequel les connaissances et les compétences peuvent être mises à profit pour permettre à la vaste majorité de la population de tous les pays d'accéder à des soins psychiatriques de base.

Les possibilités d'orienter la psychiatrie vers une pratique communautaire en Côte d'Ivoire, sont à la base de ce travail dont l'objectif était de décrire les offres de soins en santé mentale dans les structures sanitaires publiques de proximité (SSPP). le but de cette étude était de contribuer à l'insertion des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire en Côte d'Ivoire comme le recommande l'OMS dans sa stratégie régionale de la santé mentale 2000-2010.

Méthodologie

Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée à Bingerville, une commune située dans la banlieue Abidjanaise. Elle fut la deuxième capitale de la colonie Française de Côte d'Ivoire de 1900 à 1934.

L'hôpital psychiatrique de Bingerville (HPB) a constitué le cadre de notre étude. C'est un hôpital qui a ouvert ses portes depuis 1962. C'est le plus grand centre public de soins hospitaliers psychiatriques en Côte d'Ivoire. Il en existe deux autres, à savoir, le centre de santé mentale de Bouaké (centre de la Côte d'Ivoire) actuellement dénommé hôpital psychiatrique de Bouaké et le service de soins psychiatriques du centre hospitalier régional de Korhogo (nord de la Côte d'Ivoire). Ces deux autres services ont été créés respectivement en 1970 et 1979. Nous avons également deux autres structures à Abidjan qui font des prises en charge ambulatoires ; le Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan et le Service de Neuropsychiatrie du CHU de Treichville (04 structures publiques).

L'HPB comporte six pavillons :

- trois pavillons d'hospitalisation pour les hommes dénommés Pinel, Parchappe et Magnan ;
- deux pavillons d'hospitalisation réservés aux femmes dénommés Abhe ;
- une clinique admettant aussi bien les hommes que les femmes et comportant dix lits.

Trois types d'activités de soins sont assurés par l'HPB :

- l'accueil des urgences psychiatriques effectué 24h/24h ;
- la prise en charge ambulatoire des patients au cours des consultations externes effectuées de 8h à 11h30 et de 14h30 à 17h30 ;
- l'hospitalisation, la surveillance et le traitement des malades hospitalisés.

D'autres types d'activités sont effectués à l'HPB. Il s'agit :

- des activités d'enseignement consistant à encadrer les médecins en spécialisation de psychiatrie, les étudiants stagiaires de la quatrième année du second cycle des études médicales, ainsi que ceux de l'Institut National de Formation des Agents de Santé (INFAS) et de l'Institut National de Formation Sociale (INFS) ;
- des activités de recherche y sont également menées. Elles consistent en la réalisation de thèses, de mémoires, et d'articles scientifiques.

La structure pavillonnaire de l'HPB est organisée autour d'un bloc central comportant : l'administration, le service des consultations externes, la pharmacie et le bureau des entrées.

Période de l'étude, Type et population d'étude

La période de l'étude s'étend sur deux mois allant du 01 juillet 2008 au 31 Août 2008.

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive des patients admis au cours de notre étude.

Notre population d'étude était constituée par les patients hospitalisés pendant la période de l'étude. Nous avons procédé à un échantillonnage incluant tous les patients admis pendant la période de l'étude.

Critères d'inclusion : avoir été admis durant la période de l'étude.

Critères de non inclusion : tout patient refusant de coopérer ou ayant une pathologie psychiatrique à l'origine de propos incohérents, illogiques.

Matériel d'étude

Le registre du bureau des entrées a constitué notre premier matériel. Il nous a permis de recenser tous les malades dont l'admission est survenue dans la période de l'étude.

Nous avons élaboré une fiche de recueil des données permettant d'obtenir les renseignements sur les caractéristiques suivantes :

- données socio démographiques ; âge, sexe, nationalité, activité, résidence, niveau de scolarisation ou d'instruction, situation matrimoniale, religion.
- aspects cliniques ; type et mode d'admission, itinéraire thérapeutique, durée d'évolution de la maladie, motifs d'admission, syndromes cliniques, catégories diagnostiques.
- données relatives aux ressources du milieu en structures sanitaires publiques : présence ou non d'une formation sanitaire publique dans l'environnement immédiat (ville, quartier), attitude des patients face à cette structure (visite ou pas de visite et pourquoi), réaction des patients face à une demande de consultation dans ces formations de proximité sur avis médical, motifs à la base d'une telle réaction, motifs de la préférence de la SSPP par rapport à l'HPB ou l'inverse.

Déroulement de l'étude

En vue d'évaluer si la fiche de recueil des données permettait d'obtenir des renseignements tels que souhaités, nous avons procédé à une pré-enquête pendant toute la semaine qui a précédé le début de notre étude. Cette semaine de pré-enquête nous a permis d'interroger 20 patients admis. Cette opération a relevé des insuffisances au niveau de certaines rubriques de la première fiche d'enquête que nous avons élaborée. Ces insuffisances ayant été corrigées, nous avons obtenu le modèle définitif de la fiche d'enquête.

Le recueil des données

Il a consisté à recenser dans le registre des admissions tous les patients hospitalisés pendant l'étude. Nous avons ensuite procédé à un interrogatoire de ces patients afin de recueillir les données nous permettant de répondre à toutes les rubriques de la fiche d'enquête.

Limites de l'étude

Le caractère transversal de notre étude basée uniquement sur les données de l'interrogatoire des malades a limité les informations aux seules données fournies par l'équipe médicale et les patients

Définition des termes opérationnels

- **Structure sanitaire inadaptée** : les possibilités d'offre de soins de la structure sanitaire ne sont pas en adéquation avec l'état clinique du malade.
- **Itinéraire thérapeutique** : c'est le trajet suivi par le patient et sa famille dans la quête de la guérison, et qui les conduit soit directement à HPB, soit en passant par d'autres centres, lesquels auraient d'une manière ou d'une autre montré leur insuffisance.
- **Comportements antisociaux** : Agressivité ; Dangereosité ; Errance ; Voie de fait ; Fugues ; Alcoolisme ; Toxicomanie ; Tentative de suicide.
- **Troubles de la sociabilité** : Troubles caractériels ; Pratiques de la sorcellerie ; Retrait social ; Trouble des conduites excrémentielles.
- **Troubles de l'activité générale** : Réactions excessives aux événements ; Agitation psychomotrice ; Inhibition psychomotrice ; Mutisme.
- **Troubles de l'adaptation** : Abandon immotivé ; Apragmatisme ; Absentéisme
- **Catégories diagnostiques** : la classification des troubles mentaux utilisée dans cette étude est celle du DSM-IV ; celle à laquelle se réfèrent les médecins de l'HPB pour définir les catégories diagnostiques.

Résultats

Données sociodémographiques

Nous avons travaillé sur un effectif de 103 patients dont 61,17% étaient de sexe masculin. La majorité (76,70%) des sujets de l'étude avait un âge compris entre 22 et 44 ans. La tranche d'âge comprise entre 15 et 21 ans venait ensuite avec

une proportion de 14,56%. L'âge moyen était 33,98 ans. Plus de la moitié des patients (66,02%) étaient célibataires et 16,51% d'entre eux étaient mariés. Une proportion de 12,62% vivait en union libre et 4,85% étaient séparés ou veufs. La majorité des enquêtés (87,38%) résidaient en ville (69,93% pour la ville d'Abidjan, 18,45% pour les autres villes) et 10,68% dans les villages. 94,18% des patients avaient bénéficié d'une scolarisation. La majorité (69,90%) des enquêtés avait des activités sans revenu (femmes au foyer (24,27%), élèves – étudiants – stagiaires (37,86%) et sujets sans emploi 7,77%). 30,10% des enquêtés exerçaient une activité avec revenu.

Données cliniques

La majorité (67,96%) des patients étaient à leur première admission. On notait une proportion de 32,04% pour les réadmissions. La demande d'hospitalisation émanait principalement de la famille dans 73,79% des cas. En tenant compte de l'itinéraire, 60,19% des patients s'étaient orientés directement à l'hôpital psychiatrique de Bingerville (HPB) contre 17,47% pour les centres hospitaliers conventionnels. Les centres traditionnels et les centres religieux étaient sollicités dans les proportions respectives de 14,56% et 5,83%. La durée moyenne d'évolution de la maladie était de 4,75 ans avec des extrêmes allant de 04 jours à 29ans. Plus de la moitié (54,37%) des patients avaient présenté les premiers symptômes sur une période inférieure ou égale à 52 semaines avant leur hospitalisation. Les motifs d'hospitalisation étaient dominés par l'agitation psychomotrice (43,69%) et l'agressivité (27,19%).

TABLEAU I : Caractéristiques cliniques observées

SYNDROMES CLINIQUES		
	f	%
Comportements antisociaux	205	39,80
Troubles de la sociabilité	45	8,74
Troubles de l'activité générale	245	47,57
Troubles de l'adaptation	20	3,88
CATEGORIES DIAGNOSTIQUES		
	n=103	%
F00 - F09	15	14,56
F10 -F19	5	4,86
F20 -F29	60	58,25
F30 -F39	21	20,39
F60 -F69	02	01,94
F00-F09 : Troubles mentaux organiques y compris les troubles somatiques.		
F10 -F19 : Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives.		
F20-F29 : Schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants.		
F30- F39 : Troubles de l'humeur (affectifs).		
F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.		

Ressources du milieu d'habitation en structures sanitaires publiques de proximité (SSPP) et attitudes des patients à l'égard de ces structures

TABLEAU II : Répartition des patients selon les structures sanitaires publiques du milieu et leurs attitudes à l'égard de ces structures.

PRESENCE DE SSPP DANS LE MILIEU DE RESIDENCE DU PATIENT		
	n=103	%
Patients n'ayant pas de SSPP dans leur milieu	28	27,19
Patients ayant au moins une SSPP dans leur milieu	73	70,87
Non précisé	02	01,94
DEGRE DE SOLLICITATION DES SSPP FACE AUX TROUBLES MENTAUX		
	n=73	%
Patients n'ayant pas consulté la SSPP	59	80,82
Patients ayant consulté la SSPP	14	19,18
RAISONS DE LA CONSULTATION A LA SSPP		
	n=14	%
Accessibilité géographique	01	07,14
Ignorance de la nature des troubles	10	71,43
Urgence de la situation	03	21,43
RAISONS DE LA NON SOLLICITATION DE LA SSPP		
	n=59	%
Inadaptation de la SSPP	57	96,61
Proximité (peur des préjugés des voisins du fait des troubles mentaux. Adhésion aux soins à distance du milieu de résidence)	02	03,39

La majorité (94,52%) des patients ayant une SSPP dans leur milieu de résidence (73) avait affirmé accepter la prise en charge à la structure sanitaire de proximité si celle-ci était recommandée. Les raisons évoquées étaient dominées par l'accessibilité géographique (76,81%). Ces patients estimaient également que cela permettrait de lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale (21,74%). Les patients acceptant la prise en charge dans une SSPP (soit 69/73) refusaient l'HPB pour les motifs suivants :

- difficultés d'accès à l'HPB (43,48 %)
- préjugés sur l'HPB et ses conséquences (42,03%)
- mode de fonctionnement asilaire de l'HPB (14,49%)

Discussion

Données sociodémographiques

Notre effectif de 103 patients était constitué majoritairement d'adultes jeunes (76,70%) suivis des adolescents (14,56%) et une moyenne d'âge de 33,98 ans.

Nos résultats concordent avec la plupart des travaux scientifiques effectués en psychiatrie en Côte d'Ivoire. Ils reflètent un aspect de la population ivoirienne, celui d'être en majorité jeune [12]. En effet DJE Bi [5] dans son étude trouvait 68% d'adultes jeunes contre 18% d'adolescents sur

une population de 72 patients. YAPO [15] dans son étude a rencontré 70,89% d'adultes jeunes contre 18,9% d'adolescents. Quant à l'étude de BAMBA [3], elle a mis en évidence 78,1% de patients ayant moins de 35 ans sur une population de 845 patients. Cette tranche d'âge (adultes jeunes) constitue la saison de la vie au cours de laquelle l'homme est confronté, de manière constante, aux responsabilités sociales, aux problèmes de l'existence et aux préoccupations de l'avenir, à savoir : la fin des études, les échecs scolaires, le chômage, les difficultés d'accès à l'emploi, la pauvreté, la période d'orientation de la vie affective, le désir de paternité ou de maternité, la gestion de la vie conjugale, familiale et/ou professionnelle. Tout ceci constitue autant de situations pouvant précipiter la survenue de maladies mentales avec son corollaire de récidives et de rechutes.

En tenant compte du sexe, la population d'étude était composée en majorité d'hommes (61,17%) avec une sex-ratio de 1,57. Cette prédominance masculine dans notre effectif est fréquemment retrouvée dans les travaux consacrés à la maladie mentale à l'HPB.

Ainsi, dans son travail de thèse sur la contribution à l'étude descriptive des réadmissions à l'HPB de 1998 à 2002, BAMBA [3] a retrouvé sur une population de 845 patients, 70,5% d'hommes contre 29,5% de femmes avec une sex-ratio de 2,39.

Nos résultats concordent également avec ceux de MIESSAN. [9] portant sur l'accompagnement des malades mentaux hospitalisés dans lesquels il trouvait 59% de sujets de sexe masculin contre 41% de sexe féminin. YEO-TENENA. [17] de même, retrouvait dans son étude effectuée au dispensaire d'hygiène mentale de l'Institut National de Santé Publique (INSP), une sex-ratio de 2,9.

Sur le plan épidémiologique, certains troubles sont plus fréquents dans la population féminine, notamment la dépression connue pour être deux fois plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nous observons également que notre population d'étude est un effectif issu d'une population de patients hospitalisés à l'HPB. La prédominance des hommes pourrait être en rapport avec cette observation. Il nous est difficile de savoir pourquoi les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes. Des études complémentaires pourraient déterminer cette observation.

Concernant l'activité exercée, les patients sans revenu étaient plus représentés dans notre étude (69,90%).

Plusieurs travaux scientifiques sur la maladie mentale en Côte d'Ivoire notaient de même la prédominance de cette catégorie de patients. Nous pouvons faire mention des études de DJE Bi [10] et de YEO-TENENA [18] qui ont trouvé respectivement 76,4% et 90,2% de patients sans revenu.

Cette absence de garantie de revenu constitue à la fois un facteur de pathogénie et une conséquence de la maladie mentale ; surtout dans les pays du tiers monde où les sans emploi ne bénéficient pas d'aide de l'état contrairement à certains pays dits développés comme la France où les sans-emploi et chômeurs bénéficient mensuellement d'une

aide minimum d'insertion qui permet de faire face à leurs besoins. L'absence de revenu explique en partie les difficultés de prise en charge des patients, dont le volet financier repose sur les familles.

S'agissant du niveau d'instruction, nous observons que 94,18% des sujets de l'étude étaient scolarisés. Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que notre population d'étude soit population provenant essentiellement des zones urbaines du pays (87,38%) où le taux de scolarisation est très élevé en raison de la forte présence d'infrastructures de base (écoles, hôpitaux, routes...). Cependant le risque d'interruption de la scolarité est un risque réel. En effet, le nombre des malades qui vont poursuivre les études décroît de façon brutale et régulière avec le niveau d'instruction, décrivant sensiblement une fonction linéaire sur un graphique. Ce constat nous permet de dire que l'arrêt des études est fonction du niveau ou de la complexité des études.

Quant à la situation matrimoniale, notre étude était constituée majoritairement de célibataires (66,02%) suivis des mariés (16,51%). Le célibat est une donnée souvent retrouvée dans les travaux scientifiques consacrés à la maladie mentale. Nous pouvons citer comme exemples, les études d'AFFOU. [1] de YEO-TENENA [18] et de BAMBA [3] qui trouvent respectivement 78% ; 86,4% ; et 66,5% de patients célibataires.

Face à ces résultats nous pouvons évoquer quelques hypothèses à savoir : la jeunesse de notre population d'étude qui est majoritairement sans revenu ; la stigmatisation des malades mentaux qui ont plus de mal à se marier que les autres

En Afrique en général, et en Côte d'Ivoire en particulier, on a tendance à faire un lien direct entre avoir du travail, être productif et se marier.

Seulement 10,68% de nos patients résidaient en zone rurale contre 87,38% en zone urbaine avec 68,93% à Abidjan.

Nos résultats concordent avec la plupart des études effectuées à l'HPB sur la santé mentale. YEO-TENENA [18] trouvait : 98,5% en zone urbaine dont 87,2% à Abidjan contre 1,5% en zone rurale. AFFOU également trouvait 92,3% en zone urbaine dont 70% à Abidjan. Ces résultats pourraient être justifiés par la plus grande accessibilité des soins pour les sujets vivants dans les environs de la structure dispensatrice de soins psychiatriques. De plus, nous observons que le mouvement migratoire vers les villes, en particulier vers Abidjan, est nettement en hausse surtout à la faveur du conflit armé en Côte d'Ivoire. Le recensement général de la population en 1998 donnait à ce sujet 43% de citadins contre 39% en 1988 [6].

Le taux non négligeable (27,5%) de patients provenant des autres contrées plaide en faveur d'une extension des structures psychiatriques dans les régions qui n'en possèdent pas.

Aspects cliniques

Au début des années 1970, un sentiment de découragement gagnait les équipes soignantes de l'hôpital psychiatrique,

sentiment qui reposait sur l'impression que les patients psychiatriques revenaient assez souvent en hospitalisation. KONE [7] dans un travail effectué entre 1977 et 1981, indiquait que la réadmissions variaient entre 37,47% et 44,36%. BURGERMUSTER cité par KONE montrait également que les réadmissions dans le Valais de Suisse fluctuaient entre 38,15% et 54,13%.

Dans notre étude, ces réadmissions sont passées à 32,04%. Cette baisse progressive des taux de réadmissions témoigne sans doute, de l'effort de prise en charge extra hospitalière fourni par les services d'hygiène mentale de l'Institut National de Santé Publique, du service de consultation de l'hôpital psychiatrique de Bingerville et celui du CHU de Treichville.

Concernant le mode d'admission, la majorité des hospitalisations s'étaient faites à la demande de leur famille dans 73,79% des cas.

Selon les travaux de OUATTARA [10], 68% des admissions étaient également faites à la demande de la famille. Et cela s'explique par la totale dépendance du patient du fait de la pathologie psychiatrique dont il n'a souvent pas conscience, mais aussi du fait qu'il soit le plus souvent sans revenu. Cependant il faut remarquer que les autres troubles psychiatriques dont les manifestations peuvent faire l'objet d'une demande de soins en hospitalisation sont pris en charge à titre externe.

Pour ce qui est de l'itinéraire suivi, dans notre étude note que 60,19% des patients avaient directement recours à l'HPB. YEO-TENENA [16] faisait également le même constat avec 64,1% des patients de son effectif qui s'orientaient directement vers l'hôpital psychiatrique.

Les quelques 17,47% de nos patients qui ont sollicités les centres de santé implantés dans la proximité n'y ont pas reçu de soins. Ils ont tous été référés vers l'HPB.

L'hospitalisation directe devrait être évitée par une utilisation judicieuse du personnel médical et paramédical des structures sanitaires de proximité.

Mais cela ne se peut qu'avec la mise en place d'un système de santé approprié, abordable et accessible qui, par ailleurs réunit tous les éléments nécessaires à la promotion d'une approche collective et intégrée en matière de bien-être pour tous.

Quant à la durée d'évolution de la maladie, notre étude note une durée moyenne de 4,75 ans avant la première hospitalisation. Ce constat est également fait en 2008 dans une étude réalisée dans ce même hôpital par AKOSSI [2] sur les « facteurs associés aux réhospitalisations chez les patients admis pour la première fois en 2001 ». Il observait que le délai écoulé entre les premières manifestations de la maladie et la première admission était de 228,4 semaines soit 4,4 ans comme durée moyenne d'évolution de la maladie. TRAORE [12] a de même étudié cette variable qu'est la durée d'évolution de la maladie avant la première admission sur une population présentant un trouble de l'humeur et trouvait une durée de 5,63 ans.

Ces données mettent en évidence surtout un délai relativement long entre les premières manifestations de la maladie mentale et la première hospitalisation à l'HPB. Pendant cette période les modalités évolutives et thérapeutiques rapportées par TRAORE [12] peuvent être constatées. Il s'agit en particulier d'évolution favorable spontanément ou après traitement ambulatoire en psychiatrie voir hospitalisation dans un service de psychiatrie autre que l'HPB, dans un hôpital général ou chez un tradipraticien. Mais il faut aussi envisager l'éventualité selon laquelle les familles repoussent l'hospitalisation autant qu'elles le peuvent.

En ce qui concerne les motifs d'hospitalisation, cette étude nous permet de noter que toutes les admissions à l'HPB se font dans des situations d'urgences ou de crises suffisamment graves ne pouvant plus être tolérées par la famille ou ne pouvant être contrôlées par les structures ambulatoires. Nous avons noté une prédominance de l'agitation psychomotrice (43,69%) suivie de l'agressivité (27,19%).

- OUATTARA [10] trouvait l'agitation et l'agressivité comme étant deux motifs majeurs de consultation.
- YAO [13] dans ses travaux portant sur les premières admissions en milieu masculin, observait une fréquence de 79,63% pour ces deux motifs avec 44,91% des patients présentant une agitation psychomotrice et 34,72% qui consultent pour agressivité.
- YAPI [14] dans ses travaux portant sur les pathologies psychiatriques en milieu hospitalier féminin, observait une fréquence cumulative de 59,6% pour l'agitation psychomotrice et l'agressivité.

Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que ces deux motifs se situent au-delà du seuil de tolérance de la maladie mentale par la famille et par la société d'une manière générale justifiant ainsi l'urgence de la prise en charge.

Cependant, il faut noter qu'en plus de ces principaux signes, d'autres symptômes ont également motivé l'admission à l'HPB notamment l'inhibition psychomotrice (1,94%), le mutisme (0,97%), les troubles caractériels (4,85%), le retrait social (1,94%), la dangerosité (3,88%), l'errance (2,91%), les voies de fait (0,97%), les fugues (1,94%), la toxicomanie (0,97%), les tentatives de suicide (0,97%), l'absentéisme (0,97%), l'alcoolisme (0,97%), l'abandon immotivé des activités (1,94%), etc.

Au niveau des syndromes cliniques, l'analyse des phénomènes cliniques observés permet d'identifier quatre syndromes cliniques dominés par les troubles de l'activité générale (47,57%) suivis des comportements antisociaux (39,80%) et des troubles de la sociabilité (8,74%). MIES-SAN [9] dans son travail avait déjà souligné que les troubles de l'activité générale représentaient le motif principal de demande d'hospitalisation. YEO-TENENA [16] notait également dans son étude, une prédominance de ces troubles de l'activité générale suivis des troubles du comportement et des troubles de sociabilité.

Pour ce qui est des catégories diagnostiques, nous avons utilisé dans notre étude la classification du DSM-IV (annexe) pour classer les troubles mentaux.

Cinq catégories diagnostiques sont intéressées dans l'étude parmi lesquelles trois se sont exprimées avec un taux élevé :

- a. F20-F29 : 58,25% Il s'agit de la catégorie schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants
- b. F30-F39 : 20,38% Il s'agit de troubles de l'humeur (affectif).
- c. F00-F09 : 14,56% Il s'agit de troubles mentaux organiques y compris les troubles somatiques. Cette constatation est un argument en faveur d'une plus grande insertion de la psychiatrie au sein de la médecine.

L'étude de YAPI. [14] réalisée dans un service hospitalier féminin retrouve également une prédominance de ces mêmes catégories diagnostiques :

- F20-F29 : 58,9% contre 58,25% dans notre étude.
- F30-F39 : 21,9% contre 20,38% dans notre étude.
- F00-F09 : 12,04 contre 14,56 dans notre étude.

Ressources du milieu d'habitation en structures sanitaires publiques et attitudes des malades à l'égard de ces structures

Les patients provenaient pour la grande majorité (70,87%) d'un milieu pourvu au moins d'un centre de santé.

- 19,18% de ces patients ayant une SSPP y ont consulté.

Cette demande de soins formulée par ces patients était en grande partie liée à l'ignorance de la nature exacte des troubles (71,43%). En effet, les troubles psychiatriques et les symptômes qui les accompagnent peuvent prendre des masques de pathologies organiques donnant ainsi une valeur transnosographique à la séméiologie. L'orientation dans les SSPP pour les troubles psychiatriques est également dictée par l'urgence de la situation (21,43%) et par la proximité et l'accessibilité de la SSPP (7,14%).

- 80,82% de l'effectif n'avaient pas consulté ces centres de proximité.

L'inadaptation de ces SSPP a été relevée dans 96,61% des cas.

Les soins de santé primaires relatifs aux problèmes de santé mentale ne sont pas encore pris en charge au niveau des structures sanitaires de proximité (Centre de Santé Urbain, Centre de Santé Rural, Formation Sanitaire Urbaine.). Cette situation ne laisse donc d'autre choix aux malades que de recourir aux centres spécialisés de santé mentale.

Ces résultats démontrent que la prise en charge des troubles psychiatriques connaît de véritables problèmes sur toute l'étendue du territoire ivoirien. Le secteur psychiatrique fonctionne encore en réseau fermé en marge des autres disciplines de médecine générale avec l'HPB comme plaque tournante de ce réseau. Une telle fissure au niveau du système de santé pris dans sa globalité, contribue à renforcer la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux.

La presque totalité (94,52%) des patients ayant une SSPP ont affirmé qu'ils accepteraient volontiers d'y être pris en charge plutôt que de se rendre à l'HPB. L'accessibilité géographique (76,81%) était le motif le plus évoqué qui justifiait le choix de cette SSPP. L'absence de stigmatisation et

de discrimination au sein de ces établissements de proximité ne représentait que 21,74% des motifs.

Comparé aux centres de santé installés au sein des collectivités, l'HPB a été relégué en seconde position. Un certain nombre de motifs ont été évoqués : certains sont inhérents à l'institution psychiatrique elle-même (56,52%) tandis que d'autres sont d'ordre géographique (43,48%).

Pour ce qui concerne l'institution psychiatrique, sont incriminés :

1. Les préjugés sur l'HPB et ses conséquences. Il s'agit de l'entête des ordonnances et bulletins d'examen complémentaires avec l'usage de termes tels troubles du comportement.
Dans les rapports de l'HPB avec les autres services médicaux, les malades atteints de troubles psychiatriques se sentent stigmatisés et relèvent des difficultés de réinsertion dans la vie socio-professionnelle.
2. Le mode de fonctionnement de l'HPB, vécu par les patients comme asilaire dans le sens étranger par rapport à l'environnement socioculturel.

En plus de ces motifs liés aux préjugés et à la perception de l'hôpital psychiatrique, il faut ajouter les difficultés liées à l'accès à l'HPB (43,48%). L'accessibilité occasionne des dépenses supplémentaires pour les patients. L'HPB est situé à 17 kilomètres d'Abidjan. En situation d'urgence, les difficultés d'accès au transport médicalisé du patient (Service d'Aide Médicale d'Urgence, Groupement des Sapeurs-Pompiers et Militaires) peuvent être une équation difficile à résoudre pour les patients et leur famille.

Ainsi la prise en charge des problèmes de santé mentale dans la proximité notamment au niveau des établissements de premier contact où sont délivrés les Soins de Santé Primaire, s'avère être une nécessité. Ceci permettrait de banaliser la maladie mentale et partant, de lutter contre la stigmatisation et ses conséquences ; mais également de rendre les soins de santé mentale accessibles à tous tant du point de vue géographique que du coût.

Loin de nier l'utilité des hôpitaux psychiatriques, nous pouvons affirmer au vu de ces résultats qu'une politique d'intégration des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires est très souhaitable. Une telle action serait à n'en point douter très salutaire pour les populations.

Conclusion

Nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive portant sur l'insertion des soins de santé mentale dans les soins de santé primaires. Cette étude était menée à partir de l'interrogatoire de 103 patients admis à l'HPB au cours de notre période d'étude.

Ce travail nous a permis de concentrer notre attention sur les problèmes et les souffrances auxquels les usagers des services doivent faire face lorsque la santé mentale n'est pas incluse dans les soins primaires.

En dépit des obstacles envisageables en Côte d'Ivoire, de

nombreuses opportunités en faveur d'une insertion des soins de santé mentale dans les soins de santé primaire existent ; elles ne demandent qu'à être saisies. L'une de ces opportunités est la richesse du milieu en ressources humaines et matérielles (infirmiers, sages-femmes, travailleurs sociaux, médecins, et les structures sanitaires publiques ou privées). Cette réorientation des soins et des dispositifs de l'assistance au sein de la communauté bénéficie également d'un atout majeur que notre travail a montré, à savoir l'adhésion et la disponibilité des populations à accompagner ce processus parce qu'elles en voient la pertinence.

Les bénéfices d'une approche communautaire de la psychiatrie sont nombreux et indéniables. Ils sont économiques et d'un bon rapport coût/efficacité. Ils permettent un respect des droits humains, d'améliorer l'accessibilité, et de promouvoir la santé dans la région. Elle participe d'une certaine façon à la cohésion sociale.

Références

- 1- AFFOU F.R. : Contribution à l'étude de la prescription des thymo-régulateurs à l'HPB. À propos de 77 cas. Thèse de médecine, Abidjan-2005, n°4022, 137p.
- 2- AKOSSI G. : Les facteurs associés aux réhospitalisations chez les patients admis pour la première fois en 2001 à l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-2008.
- 3- BAMBA A. : Contribution à l'étude descriptive des réadmissions à l'HPB de 1998 à 2002. Thèse de médecine, Abidjan-2003, 77p.
- 4- CONSTITUTION DE L'OMS DE 1946, Article 1, ligne 2.
- 5- DJE BI I. J. : Psychiatrie et ethnie. A propos de 72 cas recensés chez les patients d'ethnie Gouro de l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-2005, n°4317 p102.
- 6- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE : Recensement général de la population et de l'habitat. INS-Abidjan, 1998.
- 7- KONE D. : Les réadmissions en milieu psychiatrique (réflexions sur leur signification) Thèse de médecine, Abidjan-1983, n°435 97p.
- 8- MANULA A, MANULA L., NICOLE M., et coll : Dictionnaire français de médecine. Edition et C.I.E, 1970.
- 9- MIESSAN A. A. : Accompagnement des malades mentaux hospitalisés. À propos de 100 cas colligés à l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-1999, n°2348.
- 10- OUATTARA N. : Réinsertion socio-professionnelle des malades mentaux stabilisés. À propos de 100 cas colligés à l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-1998, n°2036 172p.
- 11- RAPPORT DE L'OMS : Journée mondiale de la santé. Thème : « Non à l'exclusion oui aux soins » ; 2001. Genève : Organisation Mondiale de la Santé 2001.
- 12- TRAORE S. : Formes cliniques des troubles de l'humeur en hospitalisation psychiatrique de Bingerville en 2005. Thèse de médecine, Abidjan-2007.
- 13- YAO J.S. : Les premières admissions en milieu hospitalier masculin. A propos de 216 cas colligés à l'hôpital l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-2000, n°2521 97p.
- 14- YAPI H.T. : Pathologies en milieu hospitalier féminin. À propos de 142 cas colligés à l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-1999, n°2354, 80p.
- 15- YAPO G. : Aspects évolutifs des psychoses brèves cinq ans après une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique de Bingerville : À propos de 79 patients. Thèse de médecine, Abidjan-2007, n°2008, 80P.
- 16- YEO-TENENA Y.J.M. : Aspects étiologiques des troubles du comportement. A propos de 482 cas recensés à l'HPB. Thèse de médecine, Abidjan-1999, n°2477, 80P.
- 17- YEO-TENENA Y.J.M, YAO Y.P, TE-BONLE D. M. et coll. : Évaluation de la démarche diagnostique des schizophrénies au Dispensaire d'Hygiène Mentale de l'Institut National de Santé Publique. Revue internationale des sciences médicales, vol 7, n°1, 2005 ; 7-13.
- 18- YEO-TENENA Y.J.M, YAO Y.P, KAMAGATE M et coll. : Place des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge médicamenteuse des schizophrénies du Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan L'Information psychiatrique, 2008, 84 (5), 417-25.



De gauche à droite, nous avons Pr Amani N'goran, Pr Drissa Koné, Pr Roger Charles Joseph Delafosse et Pr YEO-TENENA (Photo prise au cours d'une séance de travail à l'hôpital psychiatrique de Bingerville).



Kolou Simliwa
Dassa¹



Amaèti Simliwa
Pitala²



Kokou Messanh
Agbémélé
Soedje³

Stress professionnel et burnout des enseignants du secteur formel à Lomé (Togo)

Résumé : l'objectif de cette étude était de déterminer les facteurs de l'environnement du travail à l'origine du stress et du burnout chez les enseignants. Il s'est agi d'une étude transversale dans la région Golfe-Lomé portant sur 410 enseignants sélectionnés par un sondage aléatoire simple. Les résultats tendent à montrer que le vécu du stress demeure associé à l'épuisement professionnel. Cette perception est confirmée chez 71,2% des enseignants. L'interaction entre l'épuisement professionnel et le stress est expliquée à 32% de la variance totale de la perception d'un épuisement professionnel par les enseignants stressés. Le sentiment de fatigue du travail, de frustration, de culpabilité, de départs précoces, de démissions relèvent de la conduite d'épuisement professionnel engendré par le stress au travail.

Mots clés : enseignement, stress, burnout, Togo.

Summary : the objective of this survey was to determine work environment factors causing stress and the burnout among the teachers. It was about a cross sectional survey in Région Golfe Lomé, including 410 teachers selected at random. The results have the tendency to show that lived with stress is associated to burnout. This perception is confirmed at 71.2% of the teachers. The interaction between the burnout and stress is explained by 32% the stressed teachers. The feeling of burnout, frustration, guilt, of precocious departures, resignations is a matter for the conduct of the burnout generated by stress to work.

Key words : teaching, stress, burnout, Togo.

Introduction

La nécessité d'être davantage à l'écoute des autres, la difficulté et les contraintes grandissantes à prévoir et à gérer la planification des besoins des organisations, sont autant de données qui induisent plus de stress et d'épuisement professionnel. La situation du travail induit plus de stress professionnel surtout dans les métiers à caractère social comme la santé, l'enseignement et de l'éducation [1, 2]. La profession d'enseignant est extrêmement exigeante, ce qui se traduit par un nombre élevé d'enseignants qui vivent un épisode d'épuisement professionnel [3].

1. Psychiatre, Professeur Agrégé

Clinique Psychiatrique, Chef de Service, CHU Campus, Lomé, Togo.

2. Psychologue

Clinique Psychiatrique, CHU Campus, Lomé, Togo.

3. Psychiatre, chef de clinique

Clinique Psychiatrique, CHU Campus, Lomé, Togo.

Correspondance : Dr Kolou Simliwa Dassa, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale.

Centre Hospitalier Universitaire CAMPUS. BP. 20 763 Lomé, Togo.

Courriel : kdassa@hotmail.com / valentincharles61@yahoo.fr

Au Togo, le désir d'abandon des enseignants, les démissions constatées, le conflit de rôles entre éduquer et instruire, les présences passives au travail signent l'état d'inconfort ou de stress vécu par les enseignants. Cette situation se traduit par ces propos de cet enseignant de 40ans : « *c'est comme si mon corps refusait brusquement d'obéir à mon cerveau..., mes muscles étaient devenus si lourds que lever le bras me semblait impossible* ».

Pour mieux comprendre ce phénomène et ses implications sur le bien être d'une personne, spécifiquement, cette recherche s'est fixé comme objectif de déterminer les relations entre le stress et l'épuisement professionnel des enseignants. Nous sommes partis de l'hypothèse selon laquelle les caractéristiques biographiques exposent différemment les enseignants au stress et à l'épuisement professionnel.

Méthode

Il s'est agi d'une enquête transversale menée sur 410 enseignants de la région Golfe-Lomé sur une période de six mois (du 1^{er} octobre 2012 au 31 mai 2013). La méthode



La ville de Lomé.

probabiliste et la technique d'échantillonnage par grappe ont été utilisées pour constituer l'échantillon. Ont été inclus dans cette étude, les enseignants des deux sexes du secteur formel présents durant la période de l'enquête, victimes des rapports et ou de l'environnement de travail et donnant leur accord verbal. Les enseignants des établissements supérieurs et ceux de la formation professionnelle, les enseignants refusant de participer à l'étude, absents lors de l'enquête, ou n'ayant pas été victimes de harcèlement psychologique n'ont pas été inclus dans cette étude. L'échelle de Cungi (1997) sur le stress et l'échelle de Maslach Burn Out (1999) sur l'épuisement professionnel ont été les instruments de mesure utilisés [11]. Le traitement des données quantitatives a été fait à l'aide des logiciels Sphinx Lexica Plus, du SPSS 18. L'analyse de la variance (ANOVA) et Khi-deux ont permis d'estimer les relations entre les variables.

Résultats

Données sociodémographiques

Des 410 enseignants qui constituent notre échantillon, 356 (86,83%) étaient des hommes. Ils sont âgés de 20 à 60 ans plus de 55% étant dans la moyenne d'âge compris entre 30 - 40 ans (Tableau I). Ils ont 09,40 ans d'expérience avec un écart-type de 7,31.

Tableau I : Répartition des sujets par âge et sexe.

Age (ans)	Féminin		Masculin		Total	
	E	%	E	%	E	%
20-30	14	25,9	50	14,0	64	15,61
31-40	30	55,6	198	55,6	228	55,61
41-50	4	7,4	82	23,0	86	20,98
Plus de 50	6	11,1	26	7,3	32	7,80
TOTAL	54	13,2	356	86,8	410	100

Données cliniques générales

Le nombre moyen présentant un épuisement professionnel est de 108,42 (écart type : 23,31) dont 88,3% souffrent d'un épuisement émotionnel élevé, 08,8% modéré et 02,9% bas. La dépersonnalisation était sévère chez 87,3% de sujets, modérée et faible chez respectivement 08,3% et 04,4% de sujets. Le non-accomplissement a été noté dans 78,5% contre 08,3% accomplis. Les enseignants qui ont déclaré être stressés au travail (71,2 %) sont significativement plus affectés par le burnout ($p = 0,001$).

Stress et secteur d'enseignement

Le stress a été détecté chez 10/32 femmes et 154/190 hommes du secteur public, contre 2/22 femmes sur 22/126 hommes du privé. Le niveau de stress était globalement élevé chez 71,2% des sujets, versus 28,8% qui n'étaient pas stressés. Selon l'analyse le niveau du stress dans l'enseignement n'est pas tributaire d'un secteur d'appartenance de l'enquêté, la différence étant non significative ($p(0,198) > 0.05$; NS). Cependant, les résultats montrent un léger dépassement de score du secteur public sur celui du privé ($M_{public} = 0,7387 > M_{privé} = 0,6809$) pour ce qui est du niveau de stress (tableau II). Le stress vécu et l'état d'épuisement professionnel ne sont pas forcément liés au secteur d'enseignement ou tout au moins, le secteur d'enseignement ne constitue pas un environnement de prédilection pour ces phénomènes.

Tableau II : Distribution de scores moyens du niveau de stress par secteur d'enseignement.

Secteur	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne	Borne>
PUBLIC	222	0,74	0,44	0,68	0,80
PRIVE	188	0,68	0,47	0,61	0,75
Total	410	0,71	0,45	0,67	0,76
$F=1,663$; $p<0,198$					

Stress, épuisement professionnel et genre

Malgré les faibles moyennes (tableau III), les hommes ont en moyenne des scores de niveau de stress plus élevés que les femmes ($M_{\text{masculin}} = 0,79 > M_{\text{féminin}} = 0,22$; $F = 88,15$, $p < 0,001$). Cette différence est significative $p < 0,001$.

De même dans toutes les dimensions de l'épuisement professionnel, les scores sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. Épuisement émotionnel ($M_{\text{masculin}} = 45,48$; $M_{\text{féminin}} = 39,78$; $F = 10,80$, $p < 0,001$), dépersonnalisation ($M_{\text{masculin}} = 20,57$; $M_{\text{féminin}} = 16,78$; $F = 14,82$, $p < 0,001$), non accomplissement personnel ($M_{\text{masculin}} = 44,24$, $M_{\text{féminin}} = 39,48$; $F = 17,71$, $p < 0,001$). La différence est significative au seuil $p < 0,001$. Globalement, les sujets émotionnellement épuisés et dépersonnalisés ont faible accomplissement personnel.

Tableau III : Distribution des scores moyens des niveaux de stress selon le genre.

Genre	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95%	
				Borne <	Borne >
FEMININ	54	0,22	0,42	0,11	0,34
MASCULIN	356	0,79	0,41	0,74	0,83
Total	410	0,71	0,45	0,67	0,76
$F = 88,145$; $p < 0,000$					

Stress, épuisement professionnel et âge

Pour la variable âge, l'analyse montre une évolution non linéaire, avec une forte augmentation du stress entre 20-30 ans ($M_{20-30\text{ans}} = 29,06$; $Ety = 9,95$), 30-40 ans ($M_{30-40\text{ans}} = 35,69$; $Ety = 10,62$) et 40-50 ans ($M_{40-50\text{ans}} = 42,79$; $Ety = 8,85$) puis une chute chez les personnes de plus de 50 ans ($M_{>50\text{ans}} = 41,50$; $Ety = 12,95$). Les différences entre les groupes sont significatives au seuil $p < 0,001$ ($F = 24,45$; $p < 0,001$), (figure 1).

L'analyse de l'épuisement émotionnel présente une forte évolution pour les tranches d'âge de 20-30 ans ($M_{20-30\text{ans}} = 1,53$; $Ety = 0,71$) et de 30-40 ans ($M_{30-40\text{ans}} = 1,89$; $Ety = 0,36$). De 40-50 ans ($M_{40-50\text{ans}} = 1,95$; $Ety = 0,21$),

on observe une évolution lente qui se stabilise au delà de 50 ans ($M_{>50\text{ans}} = 1,93$; $Ety = 0,24$); cependant la dépersonnalisation des enseignants, source de leur épuisement professionnel, connaît une évolution dans les trois premières tranches d'âge et c'est à la dernière tranche, 50 ans et plus ($M_{>50\text{ans}} = 1,81$; $Ety = 0,53$) que ce phénomène chute considérablement. Par contre, le niveau d'accomplissement des enseignants, très élevé dans la tranche d'âge de 20-30 ans ($M_{20-30\text{ans}} = 1,53$; $Ety = 0,71$), qui pratiquement marque les débuts de carrière, ne cesse de décroître au fil des années jusqu'à la dernière tranche 50 ans et plus où l'espoir est perdu ($M_{>50\text{ans}} = 0,00$; $Ety = 0,00$).

Il ressort de l'analyse des données que l'âge des enseignants est une source potentielle d'harcèlement psychologique. L'épuisement professionnel conséquence du stress en serait une conséquence logique car la différence est très significative, $p < 0,001$. L'analyse de régression montre que le stress est corrélé avec l'épuisement professionnel (VD) ($r_2 = 0,569$, $p < 0,000$).

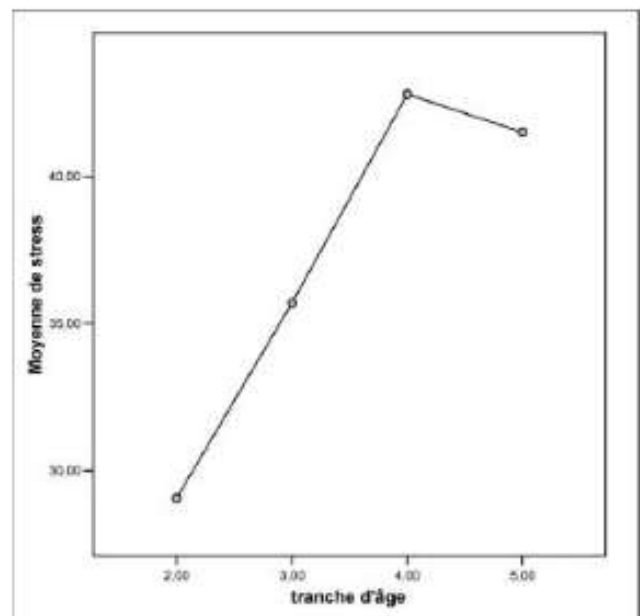


Figure 1 : Scores moyens des enquêtés en fonction du stress par âge.

Tableau IV : Distribution des scores moyens de l'épuisement professionnel selon le genre.

MBI	Sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance		F	Signification
					Borne <	Borne >		
Ep.Emot.	Féminin	54	39,78	9,91	37,07	42,48	10,80	,001
	Masculin	356	45,48	12,15	44,22	46,75		
	Total	410	44,73	12,03	43,56	45,90		
Dépers.	Féminin	54	16,78	6,23	15,08	18,48	14,82	,000
	Masculin	356	20,57	6,82	19,86	21,28		
	Total	410	20,07	6,86	19,41	20,74		
Accomplis.	Féminin	54	39,48	9,36	36,93	42,04	17,71	,000
	Masculin	356	44,24	7,47	43,46	45,02		
	Total	410	43,61	7,90	42,85	44,38		

Tableau V : Distribution des scores moyens du stress des enquêtés par âge

	Tranches d'âge	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance	
					Borne <	Borne >
STRESS	20-30 ans	64	29,06	9,95	26,58	31,55
	30-40 ans	228	35,69	10,62	34,31	37,08
	40-50 ans	86	42,79	8,85	40,89	44,69
	Plus de 50 ans	32	41,50	12,95	36,83	46,17
Total		410	36,60	11,23	35,51	37,69
F= 24,45 ; p<0,001						

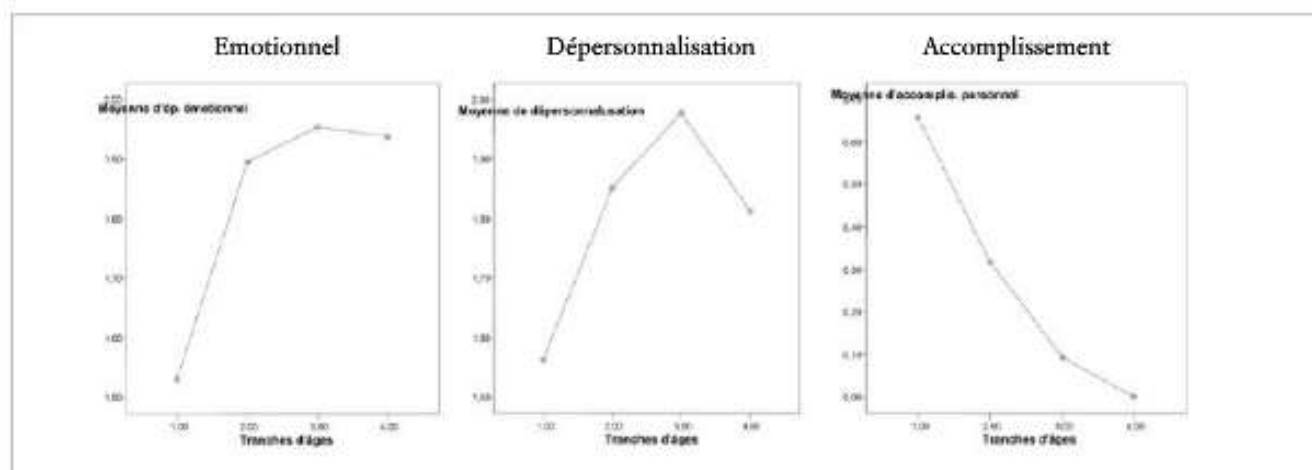


Figure 2 : les trois dimensions de l'épuisement professionnel selon l'âge.

Tableau VI : Distribution des scores moyens par niveau d'épuisement selon l'âge.

NIVEAU	Tranches d'âge	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne <	Borne >
Epuisement émotionnel	20-30 ans	64	1,53	0,71	1,35	1,71
	30-40 ans	228	1,89	0,36	1,85	1,94
	40-50 ans	86	1,95	0,21	1,91	1,99
	Plus de 50	32	1,93	0,24	1,85	2,03
	Total	410	1,85	0,42	1,81	1,90
	F=16,37; p<0,001					
Dépersonnalisation	20-30 ans	64	1,56	0,66	1,40	1,73
	30-40 ans	228	1,85	0,46	1,79	1,91
	40-50 ans	86	1,97	0,15	1,94	2,01
	Plus de 50	32	1,81	0,53	1,62	2,01
	Total	410	1,82	0,47	1,78	1,88
	F=10,12; p<0,001					
Accomplissement personnel	20-30 ans	64	0,65	0,82	0,45	0,86
	30-40 ans	228	0,31	0,62	0,23	0,40
	40-50 ans	86	0,09	0,29	0,03	0,16
	Plus de 50	32	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	410	0,29	0,61	0,24	0,36
	F=14,357; p<0,001					

Tableau VII : Distribution scores moyens de dimensions d'épuisement professionnel en fonction du stress

Type d'épuisement		N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne	
					Borne inférieure	Borne supérieure
Emotionnel	non stressés	118	36,39	12,56	34,10	38,68
	stressés	292	48,10	10,01	46,95	49,26
	Total	410	44,73	12,03	43,56	45,90
	F=98,73; p<,000					
Dépersonnalisation	non stressés	118	14,34	6,23	13,20	15,47
	stressés	292	22,39	5,65	21,74	23,04
	Total	410	20,07	6,86	19,41	20,74
	F=160,83; p<,000					
Accomplissement personnel	non stressés	118	41,68	9,97	39,86	43,50
	stressés	292	44,40	6,76	43,62	45,18
	Total	410	43,61	7,90	42,85	44,38
	F=10,17; p<,002					

Discussion

L'enquête de type transversal qui autorise la recherche d'associations ne nous a pas permis de conclure sur des relations de cause à effet bien qu'elle soutienne l'importance du stress comme déterminant de l'épuisement professionnel. Malgré les limites de cette étude, nous retenons un ensemble de résultats intéressants qui méritent d'être approfondis dans une étude longitudinale incluant le lien entre le type de personnalité et le stress.

Dans l'ensemble, les représentations des enseignants correspondent aux croyances populaires sur les causes et les symptômes d'un burnout.

Face aux exigences du métier, les enseignants sont soumis en permanence à divers stressseurs professionnels. Certains n'arrivent plus à s'adapter à cet environnement et finissent par développer un burnout. Cet épuisement engendre chez ceux-ci, souffrance psychologique et physique importantes avec pour conséquences, augmentation de l'absentéisme au travail, d'abandon et un sérieux désir de reconversion [4, 5]. Les facteurs de stress chez les enseignants est associés aux rapports de travail et des caractéristiques propres à l'organisation du travail. Suivant le modèle multidirectionnel de Friedman (1996), l'émergence de stressseurs au travail renvoie au sentiment de non-accomplissement professionnel et à l'impression d'être épuisé aux niveaux physique, émotif et cognitif.

L'épuisement professionnel est une réponse à la tension émotive générée par le travail auprès d'autres personnes, à l'accumulation de stress et à l'échec des stratégies d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1984).

Dans le cas particulier de l'enseignant, l'accumulation des échecs le rend moins efficace. Avec le temps, il a le sentiment global de l'inconséquence de son action. C'est le processus de burning out qui se traduit par une diminution de la satis-

faction professionnelle, de la motivation, de l'implication et des efforts que l'enseignant fournira au travail. C'est donc le décalage entre les efforts, le but idéal de l'enseignant, et le résultat de ces efforts qui mène progressivement à cet état de burnout. Deux voies (cognitive et émotionnelle), s'ouvrent sur l'épuisement professionnel de l'enseignant (Friedman, 1996). La voie cognitive vers une détérioration du concept de soi professionnel. Le processus cognitif débute par des attentes élevées au niveau de l'actualisation de soi qui cèdent le pas à un sentiment de non-accomplissement d'abord sur le plan personnel, puis sur le plan professionnel. La voie émotionnelle correspond à l'épuisement des énergies physiques et émotionnelles [13, 15]. Elle peut être perçue comme étant un sentiment de non-accomplissement professionnel en passant d'abord par l'impression d'être surchargé. Cette surcharge s'exprime par le sentiment de travailler trop fort, d'être fatigué avant même d'entrer en classe et d'être vidé à la fin d'une journée d'enseignement.

Il semble que la dépersonnalisation soit le mécanisme de défense auquel les enseignants ont recours lorsque le processus d'épuisement est rendu à un stade passablement avancé. Toutefois, la dépersonnalisation peut s'avérer être un mécanisme d'adaptation inefficace [8, 10].

Le cas échéant, l'enseignant évolue vers le point culminant de l'épuisement professionnel qui se traduit de façon ultime, par l'expression du désir de quitter l'enseignement, de démission et d'abandon.

Conclusion

Nous ne pourrions pas à cette étape préliminaire, conclure sur le travail. Les causes de stress sont multiples et le plus souvent intriquées. Elles sont essentiellement représentées par les conditions de travail pénibles, les rapports de travail souvent compliqués soit avec les collègues ou la hiérarchie

ou encore avec les élèves. Le stress vécu au travail, est un prédicteur avéré de l'épuisement professionnel des enseignants. Ce dernier apparaît lorsque le stress est provoqué et entretenu dans un environnement favorable. Il est souhaitable d'approfondir les perspectives de recherche dans le domaine de la prévention grâce à des interventions centrées sur une modification et une meilleure adaptation de l'environnement psychosocial et physique aux besoins et aux aspirations de l'enseignant.

Références

- Austin V., Shah, S., et Muncer, S. (2005). « Teacher stress and coping strategies used to reduce stress ». *Occupational Therapy International* 2005, 12 (2) : 63-80.
- Brunet L. «Stress et climat de travail chez les enseignants». *Revue Exercer* 2003, 68 : 64-87.
- Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris, Ed. Odile Jacob, 2000.
- Fernet T. *Le sentiment d'épuisement professionnel chez les enseignants : une analyse des facteurs contextuels et motivationnels liés à son évolution au cours d'une année scolaire*. Laval (Québec) : Thèse de doctorat, Université Laval, 2007.
- Laugaa D., Rascle N., et Bruchon-Schweitzer M. «Stress and burnout among French elementary school teachers». *European review of applied psychology* 2008, 58: 241-251.
- Lazarus R. S., et Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer, 1984.
- Légeron P. *Le stress au travail*. Paris, Editions Odile Jacob, 2001.
- Linhart D. *Perte d'emploi, perte de soi*. Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 2002.
- Linkemer B. 2000. *Travailler avec des personnes difficiles*. Paris, Marshall Editions, 2000.
- Loriol, M. 2006. *Je stresse donc je suis. Comment bien dire son mal-être*. Paris, Mots et Cie, 2006.
- Maslach C., Jackson S.E. *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, Consulting Psychologist Press Inc., CA, 1986.
- Obin J.P. 2003. *Enseigner, un métier pour demain*. Paris, la documentation française, 2003.
- Rivoli J. *L'homme stressé*. Paris : PUF, 1989.
- Wennubst C., et Fromaigeat D. (2000). *Souffrances psychologiques au travail*. Genève, Fondation Suisse pour la promotion de la santé et OCIRT, 2000.



Le grand marché de Lomé.



Moridofé Doukouré



Yessonguilana Jean
Marie Yéo Ténéna

Manie et adolescence : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique



Kémo Soumaoro



Solo Condé

Auteurs : Moridofé Doukouré¹, Yessonguilana Jean Marie Yéo
Ténéna³, Kémo Soumaoro¹, Solo Condé¹, Alain Lazard²

Résumé : dans ce travail, nous avons cherché à déterminer le taux de prévalence de la manie chez les adolescents, décrire les caractéristiques sociodémographiques, identifier les formes cliniques et évaluer les schémas thérapeutiques utilisés.

Cette étude prospective de 6 mois a porté sur 57 adolescents souffrant de manie. Ont été inclus dans notre étude tous les patients dont l'âge était compris entre 12 et 20 ans, chez qui le diagnostic de manie a été retenu selon les critères diagnostiques de la CIM-10, suivis en ambulatoire ou hospitalisés durant une période minimale de deux semaines.

La prévalence de la manie était de 25% avec une prédominance masculine (91,23%). Les grands adolescents représentaient 78,94% de notre échantillon et ils étaient élèves/étudiants dans 64,91% des cas. Le service de psychiatrie a été le premier recours dans 75,44% et les antécédents familiaux de troubles psychiatriques étaient notés chez 42,10%. La présence d'hallucination et/ou de délire était notée chez 52,63% des sujets. La manie avec symptômes psychotiques était prédominante (52,63%) et 84,21% des patients ont été hospitalisés. La majorité des sujets avait eu le thymorégulateur dans leur traitement et une amélioration était notée chez 75% à deux semaines de traitement.

L'épisode maniaque constitue un motif fréquent de consultation chez les adolescents surtout en urgence. Le tableau clinique rencontré au quotidien est superposable à celui décrit dans la littérature. L'épisode maniaque est très souvent considéré par l'entourage comme la conséquence de la consommation des substances psychoactives surtout le cannabis.

Mots clés : manie, adolescence, épidémiologie, Guinée

Summary : in this study, we sought to determine the prevalence of mania in adolescents, describe the sociodemographic characteristics, identify and evaluate clinical forms regimens used.

This 6-month prospective study examined 57 adolescents with mania. Were included in our study all patients whose age was between 12 and 20 years, in whom the diagnosis of mania was selected according to the diagnostic criteria of ICD-10, followed by ambulatory or hospitalized for a minimum period of two weeks.

1. Université Gamal Abdel Nasser de Conakry, Service de psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée).

2. Service universitaire de Pédiopsychiatrie CHRU de Brest – Hôpital de Bohars–29820 Bohars – France.

3. Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan, Service d'Hygiène Mentale de l'Institut National de Santé (INSP) d'Abidjan. BPV 47 Abidjan (Côte d'Ivoire).

Correspondant : Pr. Ag Moridofé DOUKOURE – Service de Psychiatrie de l'hôpital National Donka CHU de Conakry – BP : 5755 Conakry (République de Guinée) – Tél : (224) 657334194/ 622262070 – E-mail : moridofed@yahoo.fr

The prevalence of a mania was 25% with a male predominance (91.23%). Older adolescents accounted for 78.94% of our sample and were pupils / students in 64.91% of cases. The Department of Psychiatry was the first resort in 75.44% and family history of psychiatric disorders were noted in 42.10%. The presence of hallucinations and / or delusions was observed in 52.63% of subjects. Mania with psychotic symptoms was predominant (52.63%) and 84.21% of patients were hospitalized. The majority of subjects had mood stabilizer in the treatment and improvement was noted in 75% at two weeks of treatment. The manic episode is a frequent reason for consultation in adolescents especially in an emergency. The clinical picture is superimposed met daily to that described in the literature. The manic episode is often considered by the surroundings as a result of the consumption of psychoactive substances, especially cannabis.

Keywords : mania, adolescence, epidemiology, Guinea

Introduction

La manie est un syndrome psychotique aigu et paroxysmique associant un dérèglement de l'humeur dans le sens de l'expansivité, une accélération de tous les processus psychiques, une libération des pulsions instinctivo-affectives, une hyperactivité motrice et des perturbations biologiques et somatiques [26].

L'adolescence est une période décisive dans de multiples domaines, où il est capital d'entendre au plus tôt les manifestations des souffrances psychiques malgré leur caractère polymorphe et protéiforme, rendant tout diagnostic périlleux [5]. La durée de l'adolescence varie selon les époques, les cultures et l'histoire de chaque société. Elle se situe entre 12 et 20 ans [8].

Si les caractéristiques cliniques essentielles de la manie sont considérées comme identiques quelque soit l'âge dans les classifications internationales (DSM-IV, CIM-10), la majorité des auteurs s'accorde sur les difficultés rencontrées dans l'évaluation diagnostique de ce trouble chez l'adolescent [6,13]. Cette symptomatologie est proche de celle de l'adulte mais elle s'en différencie par des symptômes psychotiques plus fréquents [2, 32].

En effet les erreurs diagnostiques sont fréquentes à cette période de la vie, souvent par excès des symptômes psychotiques qui sont alors immédiatement assimilés à la schizophrénie. Le diagnostic à l'adolescence doit être considéré comme une hypothèse que l'on peut remettre en question régulièrement et précocement [28].

On retrouve dans la littérature un vaste éventail de symptômes chez l'adolescent. Ces symptômes comprennent : des perturbations affectives sévères et prolongées, une logorrhée, un niveau d'activité excessive, une faible tolérance à la frustration, une mauvaise concentration et des relations interpersonnelles désorganisées et un parcours psychopathique voire délictueux, avec conduites à risque. Il est probable qu'au sein de ces vastes ensembles de signes et de symptômes se nichent les préformes d'un trouble bipolaire dont l'expression clinique sera par la suite modulée par les processus de maturation et de développement [29]. Les conséquences psychologiques, affectives, sociales et familiales de ce trouble sont d'autant plus lourdes qu'elles

surviennent à un âge précoce s'intégrant au processus de maturation avec entrée dans l'âge adulte [10].

Dans le monde et en Afrique particulièrement, les données sur la manie chez les adolescents sont rares voire inexistantes. En Guinée, une étude portant sur l'accès maniaque en général avait retrouvé 21% de cas chez les moins de 20 ans [12] et ZOUMANIGUI S. [35] avait trouvé une fréquence de 20,58%.

Certaines données suggèrent que les thymorégulateurs pourraient avoir une certaine efficacité dans le traitement des épisodes maniaques chez les adolescents. Pour d'autres, les formes à début précoce chez le jeune adolescent répondraient moins bien au traitement thymorégulateur. Cette inefficacité serait liée à la mise en route au début des troubles d'un traitement inapproprié en raison de la méconnaissance du diagnostic : l'absence de traitement approprié entraînerait les risques de multiplications des troubles et une évolution péjorative ce qui rendrait plus difficile la prise en charge ultérieure [14, 20, 24]. Les études sur l'accès maniaque chez les adolescents sont très rares. Dans ce travail, nous avons voulu déterminer le taux de prévalence de la manie chez les adolescents, décrire les caractéristiques sociodémographiques, identifier les formes cliniques et évaluer les schémas thérapeutiques utilisés.

Patients et méthode

Notre étude a été réalisée au Service de Psychiatrie de l'Hôpital National Donka CHU de Conakry. Ce service est géré par une équipe composée de 9 Médecins dont 2 psychiatres et 1 pédopsychiatre, 7 infirmiers et 5 techniciens de surface. Il a une capacité de 62 lits. C'est le seul service de psychiatrie du pays qui s'occupe de la prise en charge des troubles mentaux et du comportement des adultes, des enfants et des adolescents et des personnes du troisième âge.

Notre étude a porté sur 57 adolescents souffrant de manie, les données ont été collectées à l'aide d'une fiche d'enquête qui avait été élaborée pour la collecte des données. Il s'agit d'une étude prospective descriptive et transversale d'une durée de 6 mois (allant du 1^{er} Décembre 2007 au 31 Mai 2008 inclusivement). Ont été inclus dans notre étude tous les patients dont l'âge était compris entre 12 et 20 ans, chez

qui le diagnostic de manie a été retenu selon les critères diagnostiques de la CIM-10, suivis en ambulatoire ou hospitalisés durant une période minimale de deux semaines.

Le recueil des données a consisté à remplir la fiche d'enquête pour tous les patients âgés entre 12 et 20 ans chez lesquels le diagnostic d'épisode maniaque était retenu pour la période d'étude choisie. Cette fiche d'enquête contenait les paramètres sociodémographiques (âge, sexe, profession, situation matrimoniale, niveau d'étude, provenance), cliniques (source de la demande de consultation, durée d'évolution des symptômes, antécédents psychiatriques, circonstances déclenchantes, itinéraire thérapeutique, symptomatologie, consommation des substances psychoactives, formes cliniques, et nombre d'hospitalisation), thérapeutiques et évolutifs (modalité de prise en charge, schéma thérapeutique, durée d'hospitalisation, l'évolution selon le schéma thérapeutique et la forme clinique).

Résultats

Durant la période d'étude, 228 adolescents ont été reçus et parmi eux, le diagnostic d'épisode maniaque a été retenu chez 57 soit un taux de prévalence de 25%. Les grands adolescents (17-20ans) étaient les plus représentés (78,94%) et ils étaient majoritairement de sexe masculin (91,23%). Concernant le statut matrimonial, 98,25% étaient célibataires contre 1,75% de mariés et les autres situations matrimoniales (divorcé/séparé et veuf) n'ont pas été retrouvées. En tenant compte du niveau d'instruction, 63,16% des sujets avaient le niveau d'étude du secondaire (tableau 1). Par ailleurs, en considérant la profession, 64,91% des sujets de l'étude étaient des élèves ou étudiants (secteur de formation formelle), les sans profession 24,56%, et 10,53% évoluaient dans le secteur informel (petit commerce, mécanique, conduite). La majorité des sujets (75,44%) provenait de la ville de Conakry.

91,23% des cas ont été orientés dans le service par les parents. Selon l'itinéraire thérapeutique, 89,47% des cas avaient eu recours en première intention à un service de soins conventionnel (75,44% au service de psychiatrie, 14,03% dans autre centre), contre 7,02% au centre de soins non conventionnel (tradithérapeute, centre de prière) et 3,51% des sujets avaient eu recours aux alternatives conventionnelles et non conventionnelles (tableau 2). Des facteurs déclenchants ont été notés chez 45,61% des sujets contre 54,39% où aucun facteur déclenchant n'avait été identifié.

Dans 59,63% des cas, aucun antécédent (personnels ou familiaux) psychiatrique n'avait été noté ; cependant chez 42,10% des sujets il y avait des antécédents familiaux psychiatriques (8,77% du 1^{er} degré et 33,33% du 2^{ème} degré) et 12,28% d'antécédents psychiatriques personnels. La durée de l'évolution des symptômes avant la consultation dans le service était inférieure à un mois chez 63,16%. Les substances psychoactives retrouvées étaient : le cannabis (70,17%), le tabac (59,65%), l'alcool (47,37%), la cocaïne

Tableau I : Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	N	%
Primaire	7	12,28
Secondaire	36	63,16
Sans niveau	14	24,56
Total	57	100

Tableau II : Répartition selon l'itinéraire thérapeutique

Niveau d'étude	N	%
Centres de soins non conventionnels	4	7,02
Autres centres de soins conventionnels	8	14,03
Centres de soins conventionnels et non conventionnels	2	3,51
Service de psychiatrie	43	75,44
Total	57	100

Tableau III : Répartition selon les formes cliniques.

Formes cliniques	N	%
Manie avec symptômes psychotiques	30	52,63
Manie sans symptômes psychotiques	21	36,84
Hypomanie	6	10,53
Total	57	100

Tableau IV : Evolution des patients selon le schéma thérapeutique à 2 semaines.

Schéma thérapeutique	Evolution	
	Rémission partielle N (%)	Pas de rémission N (%)
Association de NL	6 (40)	9 (60)
NL + Thymorégulateur	29 (74,35)	10 (25,65)
Thymorégulateur + Benzodiazépines	1 (33,33)	2 (66,67)

Tableau V: Evolution des patients selon le schéma thérapeutique à 4 semaines.

Schéma thérapeutique	Evolution		
	Rémission complète N (%)	Rémission partielle N (%)	Stationnaire N (%)
Association de NL	12 (80)	2 (13,33)	1 (6,67)
NL + Thymorégulateur	38 (97,43)	1 (2,57)	-
Thymorégulateur + Benzodiazépine	3 (100)	-	-

Tableau VI : Répartition selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	N	%
≤ à un mois	39	81,25
≥ à un mois	9	18,75
Total	48	100

(1,75%), le café et le thé forts (15,79%) et les tranquillisants (1,75%). Ces substances étaient le plus souvent associées. Chez 29,82%, il n'avait pas d'utilisation de substance psychoactives. La présence d'hallucination et/ou de délire était notée chez 52,63% des sujets. La manie avec symptômes psychotiques était la forme clinique la plus observée (tableau 3). 84,21% des cas ont été hospitalisés et parmi eux, 83,33% étaient à leur première hospitalisation, 12,50% à



Hospitalité guinéenne et geste de bienvenue.
Photo transmise par l'auteur principal.

leur 2^{ème} et 4,17% à trois et plus. Dans leur grande majorité (68,33%), ils ont eu comme traitement un neuroleptique sédatif (NLs) essentiellement la lovamépromazine et un thymorégulateur (carbamazépine essentiellement) ; par contre 26,32% avaient été traités par l'association de NLs et de neuroleptique incisif (NLI) : l'halopéridol et 5,35% par l'association de carbamazépine et de Benzodiazépine (Clonazépam).

En tenant compte de l'évolution sous traitement et selon le schéma thérapeutique, on notait une amélioration chez 75% de ceux qui étaient sous NLs et thymorégulateur après 2 semaines (tableau 4) et 100% de rémission complète à 4 semaines chez ceux qui avaient ce schéma (tableau 5). Quant à la durée d'hospitalisation, elle était inférieure ou égale à un mois chez 81,25% des sujets (tableau 6).

Discussion

Sur les 228 adolescents reçus dans le service durant la période d'étude, 57 cas de manie ont été diagnostiqués, ce qui correspond à une fréquence hospitalière de 25%. Cette fréquence est supérieure à celle trouvée par DOUKOURE M. et al. [12] et ZOUMANIGUI S. [35] qui ont rapporté respectivement 21% et 20,58% des cas chez les adolescents. Cependant, AGHANWA HS. [1] aux Iles Fiji a rapporté 47% des cas.

L'âge de nos patients était compris entre 12 et 20 ans avec une moyenne de 16 ans. Dans cette étude, nous avons trouvé que 78,94% des cas étaient des grands adolescents (17-20) contre 21,06% des jeunes adolescents (12-16 ans).

Selon l'étude de DOUKOURE M. et al. [12] 18% des cas étaient des adolescents âgés de 17 à 20 ans. C'est à partir de cette période que débute la majorité de des troubles de l'humeur surtout les épisodes de manie, avec une première hospitalisation se situant aux alentours de 18-19 ans. Elle est également caractérisée par l'augmentation des facteurs prédisposants (consommation des substances psychoactives) chez les grands adolescents [24].

Les deux sexes ont été atteints avec une prédominance masculine (91,23%) et 8,77% de sexe féminin soit un sex-ratio G/F de 10,4. La prédominance masculine est une constante épidémiologique retrouvée dans plupart des études réalisée en santé mentale guinéenne [12, 32] et Ivoirienne [7, 9, 13, 14, 33]

Nous avons constaté dans notre étude que les célibataires ont été les plus touchés soit un taux significativement élevé de 98,25% des cas. Ce constat doit certainement être en lien avec la prédominance masculine. Si le mariage précoce reste une pratique courante dans la société guinéenne, il concerne plus les filles surtout des milieux ruraux.

Concernant la profession, nous avons constaté que la majorité des adolescents (64,91%) évoluait dans le secteur de formation formelle (élèves et étudiants), et de niveau d'étude secondaire (63,16%). Nos résultats sont conformes aux données de certains auteurs [16, 18] qui définissent les sujets atteints de manie comme des personnes ayant un niveau éducatif élevé et une bonne efficacité sur le plan de l'intégration sociale. Les études constituent un facteur stressant dû aux difficultés qu'elles engendrent (l'acquisition des fournitures scolaires, l'assimilation des leçons, la perspective des examens). À la problématique de l'adolescence s'ajoutent les mauvaises conditions socio-économiques. En milieu urbain, les adolescents sont préoccupés par les exigences de la vie quotidienne. Les liens intergénérationnels se distendent et le statut traditionnel de l'adolescent change.

Dans notre série, 74,44% de nos patients provenaient de la ville de Conakry. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par la proximité du service et le niveau d'information qu'ont les parents sur le service de psychiatrie.

La majorité de nos patients ont été orientés par leurs parents

soit 91,23% de cas, car il s'agit d'une pathologie qui entraîne des grands troubles de comportements, bouleversant ainsi les relations sociales, sa survenue amenant les parents à consulter le plutôt possible. Chez 54,39% de nos patients il n'y avait pas de facteurs déclenchants, contre 45,61% de cas. Ce constat est conforme à certaines données de la littérature [4, 15, 17, 25, 27].

S'agissant des antécédents, 59,65% des sujets n'avaient pas d'antécédent psychiatrique. Ce constat rejoint celui de Wolkmar FR [32].

Ce taux élevé de sans antécédent psychiatrique pourrait s'expliquer d'une part par le fait que nos patients sont à leur première décompensation d'autre part par le fait que dans le contexte culturel guinéen, le caractère tabou des affections psychiatriques et les sentiments de honte et d'humiliation qu'elles engendrent rendent difficile la recherche des antécédents psychiatriques.

Dans notre étude, 70,17% de nos patients consommaient du cannabis et dérivés, 59,65% du tabac et 47,37% de l'alcool. Ce résultat est comparable à celui de BASTIN P. et al. [3] qui ont noté que 70% des maniaques utilisaient des substances psychoactives. MERIKANGAS KR. et al. [21], qui ont retrouvé chez 24-40% des personnes présentant un trouble de l'humeur la consommation de substances psychoactives.

Chez la majorité de nos patients le temps mis avant la consultation était inférieur à un mois soit 63,16%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le caractère aigu et bouleversant de la manie, qui, entraîne des grandes agitations psychomotrices, nécessitant une consultation psychiatrique en urgence.

Quant à la symptomatologie, nous avons trouvé au cours de notre étude l'euphorie de l'humeur, l'insomnie, le défaut d'insight et l'hypersyntonie chez tous nos patients soit 100% de cas, suivi de l'hyperactivité 84,21%, la logorrhée 82,46%, la présentation caractéristique 80,70% et hallucination/délire 52,63%. Nos données sont superposables à la symptomatologie décrite dans la littérature [7, 11, 22, 30, 31]. Au cours de notre étude, 52,63% de nos patients ont présenté la manie avec symptômes psychotiques, 36,84% de manie sans symptômes psychotiques et 10,5% d'hypomanie. Ce résultat est superposable à celui de DOUKOURE et al. [12] qui ont trouvé 59,63% de manie avec symptômes psychotiques, 36,14% de cas de manie sans symptômes psychotiques. Alors que OTHMAN S. et al. [23] en Tunisie ont rapporté 47,8% d'épisodes maniaques purs, 34,7% d'épisodes maniaques avec symptômes psychotiques et 4,3% d'épisodes hypomaniaques.

D'autres auteurs [2, 34] ont également constaté la prédominance de la manie avec symptômes psychotiques.

La majorité de nos patients avait été suivie en hospitalisation soit 84,21%. Ce résultat est comparable à celui de ZELICOURT et al. [19] qui ont rapporté respectivement 63% à 70% de cas d'hospitalisation. Ce taux élevé des cas d'hospitalisation pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un

état psychotique aigu entraînant de très grandes agitations psychomotrices, perturbant les relations interpersonnelles. C'est pourquoi l'hospitalisation constitue le premier moyen thérapeutique employé pour la prise en charge le plus souvent à la demande d'un tiers (HDT).

La plupart de nos patients étaient à leur première hospitalisation soit 85,96%. Ce taux élevé pourrait s'expliquer par le fait que la plupart de nos patients étaient à leur premier épisode.

En ce qui concerne l'itinéraire thérapeutique, 75,44% de nos patients ont été directement adressés au service de psychiatrie, traduisant ainsi qu'une frange importante des familles sait s'orienter en cas de troubles du comportement. Mais 7,02 % avaient eu recours aux alternatives non conventionnelles (tradithérapie, prières). Ce chiffre suscite plusieurs interrogations : est-ce dû à l'interprétation culturelle de la maladie ? Au manque de moyens financiers ? Il faudrait une étude pour apprécier le niveau de revenus des parents et l'interprétation de la maladie, étant donné que la majorité des consultations était demandée par la famille. 3,51% avaient eu recours à la fois aux alternatives modernes (centre de soins conventionnels) et non conventionnelles (tradithérapie, prières). Cette attitude n'est pas sans danger pour les malades, dans la mesure où il existe un risque de potentialisation des effets des psychotropes (association tradithérapie et chimiothérapie moderne) [33]. Ce constat attire également l'attention sur la place que pourraient occuper les tradithérapeutes dans la prise en charge de la maladie et des pathologies chroniques en général.

Concernant le schéma thérapeutique, 70,18% de nos patients ont bénéficié de l'association thérapeutique neuroleptiques et thymorégulateurs. Depuis environ 3 à 4 ans, l'utilisation des thymorégulateurs dans la manie et les troubles bipolaires s'impose dans le service.

L'évolution clinique sous traitement (neuroleptiques + thymorégulateurs) était bonne dans 75% après deux semaines de traitement et 100% après quatre semaines de traitement. Ce résultat est conforme à ceux de certains auteurs [20, 34, 39]. Ce qui confirme la meilleure indication des thymorégulateurs dans la manie.

La durée de séjour hospitalier était inférieure ou égale à un mois dans 82,46% des cas. Ce résultat est comparable à celui de M. de ZELICOURT et al. [19] qui ont trouvé une durée moyenne de séjour hospitalier de 32,4 jours.

Conclusion

Au terme de notre étude nous avons retenu que l'accès maniaque représente le deuxième motif de consultation des adolescents dans le service après la dépression avec une fréquence hospitalière de 25%. Les grands adolescents surtout du niveau secondaire ont été les plus touchés, sont en majorité célibataire et de sexe masculin. Tous les signes cliniques ont été retrouvés avec la prédominance de l'excitation psychomotrice, l'exaltation de l'humeur et de l'insomnie. La manie avec symptômes psychotiques était la forme clinique prédominante. L'hospitalisation a été le

premier recours de la prise en charge de nos patients avec une durée inférieure ou égale à un mois dans la majorité des cas. L'association neuroleptiques et thymorégulateurs était le schéma thérapeutique le plus utilisé. L'évolution clinique était bonne après quatre semaines de traitement chez la majorité de notre population d'étude. Cependant une étude sur une longue période serait souhaitable afin de mieux évaluer la prévalence, l'incidence et de la prise en charge de la manie chez les adolescents qui constitue de nos jours un problème de santé publique dont le coût économique est considérable pour les familles.

Références

- AGHANWA HS. Recurrent unipolar mania in a psychiatry hospital setting in the Fijian Islands. *Psychopathology* 2001; 34: 312-317.
- BALLENGER (J.-C.), REUS (V.-I.), POST (R.-M.) The «atypical» clinical picture of adolescent mania, *Am.J. Psychiatry*, 1982, 139: 5, 602-604.
- BASTIN P. Facteurs sociaux des toxicomanies : in les Aspetudes. Abus et états de dépendance : Alcool, Tabac, Médicaments, Drogues. Edition de l'Université de Bruxelles, 1983 : p. 28-9.
- BAYLE H.M.C. A 80 : syndrome maniaque : la revue du praticien, Paris, 1992 ; 42-7, pp : 925-928.
- BOCHEREAU D., CORCOS M. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence : aspects épidémiologiques et cliniques : *Presse Méd.* 2000 ; 29 : 157-60.
- BOUVARD M., MALLET M. Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent. In : Bourgeois M. Verdoux H. editors. Les troubles de l'humeur. Paris: Masson; 1995 P. 135-44.
- BOWDEN C.L., DAVIS J., MORRIS D. et al. Effect size of efficacy measures comparing, divalproex, lithium and placebo in acute mania : *Depression & Anxiety*, 1997; 6, P.26-30.
- Brigitte DEBEILH1, BOURGEOIS2 M. *Annales de psychiatrie*, Bordeaux 1991 P. 119-126.
- CONSOLI S. Pré-Internat : *Psychiatrie*, Paris, Méditations, 1986 ; pp : 113-158.
- LERVOY P. CORCOS M. BOCHEREAU D. Les traitements thymorégulateurs dans la psychose maniaco-dépressive, *perspectives psy.* Vol.38 no 1 1997 : 187-9. 1990; 18, P
- DOUBLE D.B. The factor structure of manic rating scales J. affect dis., 1990; 18, P. 113-119.
- DOUKOURE M., SOUMAORO K., DIALLO A., KONE D., SAMOURAM. La manie : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au service de Psychiatrie de l'Hôpital National Donka ; *Guinée Médicale* No 53 Avril-Mai-Juin 2007
- FINDLING R., GRACIOUS BL., Mc NAMARA NK et al Continuous cycling and psychiatric comorbidity in paediatric bipolar I disorder. *Bipolar disorder* 2001; 3: 202-10.
- GELLER B. DELBELLO MP. *Bipolar disorder in childhood and early adolescence.* New York Guilford Press, 2003.
- GOUDMAND M., Thomas P. A 69 syndrome maniaque: la revue du praticien (Paris) 1995, 45, pp: 773.
- GUELF J.D. *Psychiatrie de l'adulte*; Paris, ellipses; 1985, pp 464.
- GUELF J.D., BOYER P. CONSOLI S., MARTIN R.O. *Psychiatrie*; Paris, P.U.F., 1996, pp: 145-146.
- HIRSCHFELD RMA. Schizoaffective disorder and psychotic mania *psychiatric annals* 1990; 20 (suppl7): 5435-9.
- Mc CLELLAN (J.-M.), WERRY (J.) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia, *J. Am. Acad Child Adolesc. Psychiatry*, 1994, 33: 5, 616-635
- Mc CLELLAN J. WERRY JS. Practice parameters for the assessment treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1997 ; 36 : 138-57.
- MURPHY D.L., BEIGEL A. Depression, elation and lithium carbonate, response in manic patient subgroups: *Arch. Gen. Psychiatry*, 1974,31, P. 643-648.
- NSWANLNT. B. Fumeur et opportunité du maintien de la législation. Mémoire de licence en Droit, université de Kinshasa, 1972, 60 pp.
- OTHMAN S., BAILLY D., BOUDEN A., HALAYEM M.B. Troubles bipolaires chez l'enfant et l'adolescent. *Annales Médico-Psychologiques* 163 (2005) 138-146.
- PAVULURI MN. et al. Recognition and treatment of pediatric bipolar disorder. *Contemp psychiatry*; 1: 1-10.
- PERETTI C.S., DEBACQ C. A 65: Syndrome maniaque : la revue du praticien 2000. 50 pp : 2195-2200.
- POROT A. Manuel Alphabétique de Psychiatrie 6ème édition P.410-414
- ROUILLON FREDERIC Guide Pratique de psychiatrie: édition MMI Mars 1999, p. 125-130.
- SCHULZ SC., FINDLING RL., FRIEDMAN L., et al. Treatment and outcomes, in adolescents with schizophrenia, *J. Clin. Psychiatry*, 1998, 59: 1, 50-56.
- STROBER MA. La maladie bipolaire. IN : Mouren-Simeoni MC, Klein RG., eds. Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions. Paris : expansion scientifique publication, 1997 : 187-96.
- WANN A.C., BOWDEN C.L., MORRIS D. et al. Depression during mania: treatment response to lithium or divalproex. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1997 ; 54. P. 37-42.
- SWANN A.C., SECUNDA S.K., KATZ M.M. et al. Lithium treatment of mania : clinical characteristics : specificity of symptom change and outcome: *Psychiatry Res.* 1986 (8), P. 127-141.
- VOLKMAR FR. Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35: 7, 843-851.
- YEO-Tenena YJ-M, YAO YP, KAMAGATE M, DOUKOURE M, KADJI PCG, KOAME M et al. Plce des neuroleptiques atypiques dans la prise en charge médicamenteuse des schizophrénies du service d'hygiène mentale d'Abidjan. *L'information Psychiatrique.Vo 84, n° 5- Mai 2008, p :417-425.*
- VOLKMAR FR. Childhood and adolescent psychosis: a review of the past 10 years, *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 35: 7, 843-851.
- ZOUMANIGUI S. Trouble de l'humeur chez les adolescents ; Thèse de Doctorat en Médecine université de Conakry n° 306 ; 2007



Jan Cimický



Omar Mounir

La dégradation des relations ou l'évolution inévitable ? (dégradation fatale ou transformation inéluctable ?)

Motto: « Au cours des dernières décennies, plusieurs événements ont influé sur la dégradation du climat général en Tchéquie... »

Résumé : vingt-trois ans se sont écoulés depuis la « Révolution de velours » en 1989. L'évolution a pris une toute autre tournure et a causé à la plupart des gens une déception. « La vérité et l'amour » devaient, selon l'ex-président Vaclav Havel, vaincre « le mensonge et la haine » ; cela ne s'est pas réalisé. Les rapports humains changent de façon quasi dramatique, l'arrogance et l'agressivité ayant pris le dessus.

Le système politique précédent refusait le droit à la liberté d'expression et la liberté de voyager, mais il garantissait la sécurité de l'emploi et la gratuité des soins médicaux.

Les « réformes » actuelles ne sont faites ni pour les patients ni pour les médecins, ni pour le secteur de la Santé en tant que système fonctionnel et économique. Les lois sont faites pour les bénéfices des groupes médicaux.

Après la destruction de la Santé publique, l'accès aux soins et leur qualité seraient pour l'Etat et surtout pour les citoyens de plus en plus coûteux. Les entrepreneurs du commerce médical ont très bien compris que chaque malade donne tout ce qu'il peut pour être guéri !

Les malveillants disent que chaque changement ne peut être que pire... Eh bien, laissons-nous surprendre.

Mots clés : évolution inévitable, dégradation fatale, transformation inéluctable, allocations sociales, climat social, relation médecin-malade, crise mondiale.

Abstract : twenty-three years have passed since the „Velvet Revolution „in 1989. The evolution took a different turn and caused most people to disappointment. “Truth and Love” according to former President Vaclav Havel, did not defeat lies and hatred, the arrogance and aggressiveness won.

The previous political system denied freedom of speech and the freedom to travel, but it guaranteed job security and free medical care.

The current “reforms” are made not for patients or doctors, not even for the health sector as a functional and economic system. Laws are made for profit of medical and business groups. After the destruction of public health, access and quality of care would be for the state and especially for citizens harder and increasingly expensive. Medical providers have understood very well that each patient will pay every price to be healed!

Malicious say that every change can only be worse... Well, let us surprise.

Keywords : inevitable evolution, fatal degradation, inescapable transformation, social allowances, social climate, relation doctor-patient, world-wide crisis

Vingt-trois ans se sont écoulés depuis la « Révolution de velours » en 1989. L'évolution qui promettait des changements fondamentaux dans le domaine social et l'amélioration des relations entre les gens a pris une toute autre tournure et a causé à la plupart des gens une déception. « La vérité et l'amour » devaient, selon l'ex-président Vaclav Havel, vaincre « le mensonge et la haine » ; cela ne s'est pas réalisé. Au lieu de cela, les rapports humains changent de façon quasi dramatique, l'arrogance et l'agressivité ayant pris le dessus. Le système politique précédent refusait le droit à la liberté d'expression et la liberté de voyager, mais il garantissait la sécurité de l'emploi et la gratuité des soins médicaux. À la pharmacie comme chez le médecin, les patients ne payaient pas de suppléments. Evidemment, des tentatives d'obtention de soins, moyennant une menue corruption, existaient. Le peuple tchèque a toujours compensé un certain manque de liberté par de l'humour. Le fait que les postes dirigeants étaient souvent occupés par des « moins doués », mais ayant la carte du bon parti politique, a toujours fait l'objet de commentaires :

« Celui qui ne fait rien, ne gâche rien,
celui qui ne gâche rien, est complimenté,
celui qui est complimenté, monte en grade,
celui qui monte en grade ne fait rien... »

Cela s'appelait le « *perpetuum mobile* » socialiste. La devise principale en ce temps-ci était : « Celui qui ne vole pas, vole sa famille », sous-entendu qu'il fallait voler l'État pour enrichir sa famille. Cette devise était véritablement appliquée. Le fonctionnement de l'État est bien commenté par l'aperçu suivant :

1. Tout le monde a du travail, le chômage n'existe pas.
2. Même si tout le monde a du travail, personne ne fait rien.
3. Bien que personne ne fasse rien, le programme est accompli.
4. Bien que le programme soit accompli, tout manque.
5. Même si tout manque, on peut tout se procurer.
6. Même si on arrive à tout se procurer, partout on vole.
7. Même si on vole partout, rien ne manque nulle part.

Ma collègue Jirina Siklova, sociologue, qui à l'époque dite de « normalisation » (après l'entrée de l'Armée soviétique en Tchécoslovaquie en 1968), a dû quitter la faculté et aller travailler comme aide-soziale à l'hôpital, a résumé d'une façon pertinente les vingt dernières années :

« Il y a 20 ans, la fin du règne des communistes dans notre pays était très proche et nous avions tout fait pour qu'elle arrive. Vingt ans plus tard, beaucoup d'entre nous, grâce à leur savoir, leur assiduité et leur intelligence, ont connu succès professionnel et réussite dont on ne pouvait que rêver du temps des communistes.

La construction de ce succès personnel, nous l'avons payée en remettant la destinée de la chose publique entre des mains avides et concupiscentes. Aujourd'hui, nous ne pouvons que suivre les scandales des politiciens avec le même dégoût qu'autrefois des dirigeants communistes bornés. A travers tout le pays, s'est étendu un système de corruption au niveau communal, régional et central, sans précédent. »

Être membre ou être apparenté à l'un des grands partis politiques ouvre les portes aux postes lucratifs au sein des entreprises et organisations semi-publiques aux budgets se chiffrant en milliards.

On ne s'étonne pas que dans un pays où la main d'œuvre est trois fois moins chère qu'en Europe Occidentale, un kilomètre d'autoroute revient 2 fois plus cher. On ne s'étonne pas que des appels d'offres chiffrés en milliards sont attribués à la société d'un ministre, même si momentanément cette société est détenue par un propriétaire anonyme, car ses actions sont au porteur. On ne s'étonne pas que l'ex-premier ministre a gagné des dizaines de millions dans une transaction à la bourse sur des actions d'une société dont le dirigeant a bénéficié d'une importante dotation, grâce au Premier ministre. On ne s'étonne pas que la fabrication des cartes munies d'une puce électronique pour les transports publics coûte dix fois plus cher à Prague qu'à Londres ou à Paris.

Les longues enquêtes policières, si elles ont lieu, se terminent par la conclusion que l'objet de l'accusation n'a pas pu être prouvé.

Si les fonctionnaires d'une mairie se retrouvent dans le filet de la police, alors c'est la police suisse, pas la police tchèque. Il est facile de survivre à un scandale dans notre pays, car au bout de quelques jours, il est surpassé par un autre scandale qui fait oublier le précédent.

Le chef d'État, occupé par sa propre vanité et la lutte contre le danger de l'intégration européenne, ne daigne s'attarder sur la corruption, pas même par un demi-mot. Même si aujourd'hui c'est moins flagrant, les médias savent bien sur quoi écrire plus, sur quoi moins, et sur quoi rien.

Alors que pendant l'ère communiste nous devions surmonter la peur, aujourd'hui le plus grand obstacle est notre propre fainéantise. Nous nous laissons tondre comme des moutons. Nous sommes fainéants de nous informer, de créer, de faire valoir et défendre notre opinion. Au lieu de capter et exploiter les informations, nous procédons au lavage des cerveaux par des séries télévisées stupides. Au lieu de lire la presse sérieuse, nous lisons la presse à scandales sur la vie privée des célébrités, pour savoir qui trompe qui et avec qui. Notre cynisme national se repaît de façon masochiste de la terrible situation qui règne et nous ne faisons rien sinon raconter des anecdotes. Les gens simples se fâchent en entendant parler des salaires en centaines de milliers de couronnes, mais les affaires frauduleuses en milliards leur échappent. Nous excusons notre fainéantise en philosophant que de toute les façons « tous sont pareils », éventuellement « ceux-ci seront pires que les précédents ».

Les deux plus grands partis ont morcelé ce pays avec l'idée que nous sommes obligés de toutes les façons de choisir l'un d'eux, sans faire cas de la manière dédaigneuse dont ils vont se comporter envers nous. Ils pensent qu'il suffit de faire ressortir des épouvantails, de jouer sur la corde des sûretés sociales pour les uns, et sur la corde du minimum d'impôt pour les autres. Cependant, leur façon de gouverner exclut sur le long terme l'un et l'autre. Dans notre pays, le monopole d'un parti a été remplacé par l'alternance poli-

tique au plus haut niveau et par le règne en commun des deux partis au niveau communal, car ils arrivent toujours à s'entendre plus ou moins. Il est évident que même les partis moins importants du spectre politique utilisent leurs « partisans » aveuglément loyaux, qui sont prêts à leur pardonner n'importe quoi.

Combien de fois nous avons entendu qu'« il n'y a personne pour qui voter ». Certains citoyens ne veulent pas voter et ne vont pas aux urnes. Aucun de nous ne se fait la moindre illusion que les petits partis sont meilleurs et plus honnêtes que les grands. Le pouvoir corrompt toujours. Mais le pouvoir absolu corrompt de façon absolue...

De la proclamation émotive, une seule voie mène à l'évaluation sobre de la situation actuelle en Tchéquie. C'est une analyse pour savoir pourquoi les relations se dégradent d'une manière générale. C'est peut-être là où réside la réponse, s'il s'agit d'une évolution inévitable (du moins chez nous).

La crise mondiale a été provoquée par des instituts financiers affamés de gains et malhonnêtes aussi bien que des sociétés de rating. Le monde de la finance mondiale a trompé dans des pratiques malhonnêtes, certains possèdent même les filiales en République tchèque. A cause de la crise, de nombreuses banques ont enregistré des pertes dans le monde ; mais les filiales tchèques ont déclaré des bénéfices qu'elles reversent depuis le début de la crise à leurs maisons mères à l'étranger. Les Tchèques couvrent ainsi les pertes provoquées ailleurs par d'autres. Les fonctionnaires de l'État ne se consolent pas facilement avec le fait de devoir payer pour des escroqueries dans le secteur le plus riche.

L'État est endetté et cette dette s'explique par deux raisons principales : le détournement, dans le meilleur cas la distribution des richesses lorsque la droite était au pouvoir. Également par une mauvaise gestion, et cela même au moment où la gauche était au pouvoir, au moment où on pouvait épargner pour les temps difficiles. Il a fallu rembourser des dommages causés par des gouvernements précédents et continuer le « vol » profitant des appels d'offres publics. Pour l'exemple, un concierge d'une école d'Uherske Hradiste en Moravie ne comprendrait pas pourquoi les politiciens qui ont assisté au vol des biens et des deniers de l'État, veulent maintenant qu'il participe lui aussi aux remboursements. Son raisonnement est d'une logique indiscutable.

L'État doit faire des économies, car ses dépenses et les dépenses des institutions publiques dans des projets surévalués et d'autres choses inutiles sont sans précédent. Nous pouvons trouver de nombreux exemples au cours des deux dernières décennies, qui se chiffrent par des centaines de milliards inutilement dépensés. Rien qu'au cours des derniers jours, nous pouvons rappeler quelques cas :

1. *L'achat pour les hôpitaux des thermomètres à cinq mille couronnes pièce qui ne sont pas fiables, car ils enregistrent un écart de presque 2 degrés (alors qu'un thermomètre précis en papier ne coûte que 5 couronnes).*
2. *Les mèches pour les explosifs d'une validité de 2 ans achetées pour 40 millions de couronnes, donc une quantité suffisante pour 225 ans.*

3. *Au moins la moitié de la dotation publique de 50 milliards pour la construction des ponts et chaussées est dépensée pour des constructions qui sont soit surenchères ou qui n'ont aucun effet économique.*

Le déficit public n'est pas si élevé parce qu'il est bouffé par les retraités, les chômeurs et les femmes au foyer. Il est si élevé parce qu'on a dépensé sans réfléchir et on a volé. S'agissant des allocations payées à ceux qui ne travaillent pas même s'ils le pouvaient, elles l'étaient aussi bien par la gauche que par la droite. Ni les infirmières ni les pompiers ne sont responsables. Ce ne sont pas les allocations sociales qui ruinent l'État, mais plutôt des milliards destinés à la consolidation des banques et des aciéries déficitaires. C'est l'aide publique aux « grands entrepreneurs ». Ce sont des entrepreneurs riches qui reçoivent les plus grandes « allocations sociales », sous forme de dotations. Nous pouvons dire que plus ils sont riches, plus il est facile pour eux de prendre une part plus importante pour les divers vagues projets de l'UE. Nous faisons comme s'il s'agissait de l'argent de l'Union - mais c'est insensé - car il s'agit de notre argent que nous avons envoyé à l'Union européenne et qui revient et profite la plupart du temps à certains individus seulement. Il faut faire des économies. Si le gouvernement demande aux gens de se sacrifier pour les tricheries des autres, il devrait le faire d'une façon moins arrogante. Au contraire, il devrait se mettre à genoux et prier humblement pour que les citoyens lui prêtent cet argent.

Ce sont des réflexions d'un jeune et talentueux entrepreneur, Tomio Okamura, qui a vécu une partie de sa vie au Japon, car son père est japonais. Il voit très clairement la situation et une grande majorité des habitants de la République tchèque est d'accord avec son point de vue.

Pour pouvoir transposer ce sondage de la situation actuelle en République tchèque dans le secteur de la Santé, je cite les conclusions officielles de la conférence à la Faculté de médecine à Prague, en novembre 2011 :

Les réformes ont la même base en Slovaquie, en Hongrie, en Pologne et en République tchèque. Il est fort probable que derrière elles se cachent des assurances maladie américaines par l'intermédiaire de la Chambre de commerce américain, éventuellement des gens de la Banque mondiale du commerce. Il s'agit d'un ensemble de lois semblables, entre 5 et 7, qui ont pour but de désétatiser le secteur et permettre de privatiser au maximum aussi bien des hôpitaux que des assurances maladie. L'objectif des soi-disant « réformes » est de créer des conditions pour que la Santé soit dominée par un seul fournisseur des « services ». Le système ainsi privatisé est en réalité un trust commercial, dont l'objectif primaire est de produire des bénéfices pour ses actionnaires.

La dégradation progressive du climat social se reflète dans les rapports traditionnels médecin – patient. Nos patients se plaignent le plus des prix, des suppléments et des taxes, qui sont en augmentation constante, sans que la qualité des soins s'améliore pour autant. L'ancienne autorité du médecin a joué un rôle important, car elle sécurisait le malade qui savait que son médecin « maîtrisait son métier » et qu'il

pouvait lui faire confiance. Aujourd'hui, la mise en doute constante des connaissances du médecin introduit le doute chez le malade, lequel a désormais du mal à croire qu'il reçoit des soins appropriés et meilleurs. Le patient devient un simple consommateur et la santé un article de commerce. La disproportion entre la médecine qui est un sacerdoce et sa commercialisation est inacceptable, en particulier dans le cas des gens âgés. Elle fut gratuite pendant une quarantaine d'années. Aujourd'hui, le complément nécessaire au paiement d'une journée de séjour à l'hôpital, pour de soi-disant services d'hébergement, est arrêté à 100 couronnes. Pour un malade chronique cela représente la somme de 3.000 couronnes par mois. Le plus souvent un patient senior, malgré son hospitalisation, doit continuer à payer le loyer, actuellement d'au moins 5.000 couronnes plus différentes charges (eau, électricité, chauffage), alors que la retraite moyenne est de 8.000 couronnes. Quant à la nourriture et le transport, n'en parlons pas. J'ai connu des situations où le patient a refusé une hospitalisation indispensable uniquement pour des raisons rationnelles d'existence.

Dans la relation médecin – malade, l'éthique se dégrade également. Quelques exemples à titre d'illustration :

Un professeur oncologue de renommée rejette les soins préparatifs psychologiques comme inutiles. Car ce n'était pas nécessaire auparavant.

L'avis d'un jeune médecin, qui étudiait à l'étranger pendant neuf mois des relations optimales envers le malade, est rejeté et ridiculisé.

L'un de mes patients, jeune garçon de seize ans, atteint d'un sarcome à la jambe, a appris d'une infirmière, entre deux portes, à la veille de l'opération, que sa jambe sera amputée. L'infirmière est venue lui dire de préparer ses affaires, car, après l'intervention, dont il n'est pas informé, il sera transféré dans un autre service...

La relation médecin – patient se dégrade d'une façon importante et s'« américanise ». Des annonces de cabinets d'avocats proposent d'aider les clients à gagner des procès contre des hôpitaux et des médecins pour obtenir des grandes compensations financières.

La presse crée des scandales autour des interventions médicales échouées, mettant en doute l'érudition des médecins, sans attendre que leur culpabilité directe soit prouvée. Ceci crée systématiquement une haine primitive du public contre les médecins. Le médecin est décrit comme un être avare impitoyable. L'escalade de la tension s'est manifestée au début de l'année 2011 par la démission de 3000 médecins en protestation contre les bas salaires, inférieurs aux salaires dans d'autres pays européens. L'appel à l'éthique médicale a eu finalement son effet. Les médecins ont retiré leurs démissions, mais les promesses données par le gouvernement et par le ministre de la Santé n'ont pas encore été suivies d'effet. La tension dans le domaine de la Santé ne fait donc qu'accroître.

Faut-il continuer ?

En conclusion à propos de la réforme tchèque : les « réformes » actuelles et passées ne sont faites ni pour les

patients ni pour les médecins, ni pour le secteur de la Santé en tant que système fonctionnel et économique. Les lois sont faites pour les bénéfices des groupes médicaux. Tant que les spécialistes et les Conseils des médecins ne se feront pas entendre, d'ici quelques années nous allons avoir un seul fournisseur des soins comme c'est le cas en Slovaquie. En Slovaquie c'est Penta, en Tchéquie, ce sera Angel. Dans leurs conséquences, les soi-disant lois de « réforme » :

- menacent en République tchèque un système médical fonctionnel ;
- diminuent la qualité des soins fournis ;
- limitent d'une façon fondamentale les droits des citoyens aux soins de qualité garantis par la constitution et les assurances ;
- menacent la vie privée et la sécurité des citoyens ; menacent l'exercice libre de la profession de médecins et des petits cabinets médicaux ;
- soutiennent franchement des grands trusts des hôpitaux et cliniques avec toutes les conséquences que cela a pour les citoyens et pour tout notre système de Santé.

Après la destruction de la Santé publique, l'accès aux soins et leur qualité seraient pour l'État et surtout pour les citoyens de plus en plus coûteux. Les entrepreneurs du commerce médical ont très bien compris que chaque malade donne tout ce qu'il peut pour être guéri !

Il semble que les perspectives européennes ne sont pas très réjouissantes. Nous en sommes de plus en plus convaincus dans notre petit pays au milieu de l'Europe. Les malveillants disent que chaque changement ne peut être que pire... Eh bien, laissons-nous surprendre.



Prague 2010.

Les congrès et colloques de *Psy Cause*

X^e congrès international francophone Psy Cause

Les 19 et 20 octobre 2014 à Kyoto
Psy Cause au Japon : Rencontre des cultures

Ces deux journées s'intègrent dans un congrès/séminaire avec découverte du patrimoine historique et culturel du 16 au 25 octobre 2014, avec extension à Tokyo jusqu'au 27 octobre 2014.

Les temps forts : (programme à lire sur le site <http://www.psychause.info>).

- journée de communications au Kyoto Karisuma convention hall, le 19 octobre avec, entre autres, des intervenants japonais dont les thèmes déjà retenus sont : « le sauvetage de l'âme par la religion au Japon », « l'identité de la femme médecin dans la culture japonaise », « la thérapie de Neikan », « la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent au Japon » ;
- le 20 octobre, matinée sur la thérapie de Morita, dirigée par le Pr Shigeyoshi Okamoto. La visite de l'hôpital Sansei

spécialisé dans cette thérapie, s'effectuera le 21 octobre, couplée avec une méditation Zen au temple Shinko ;

- le Pr Shigeyoshi Okamoto a obtenu la présence à nos travaux du prêtre Zen qui fait autorité au Japon, Eshinn Nishimura, Professeur émérite de l'Université Zen-bouddhiste d'Hanazono à Kyoto, Directeur de l'Institut de la culture Zen.

Inscription : Morgan Tours : courriel ancrages.clutz@gmail.com et téléphone 06 15 90 93 15, et, pour les droits d'inscription, la trésorière : courriel chantal.roose@bbox.fr.

Propositions de communication : jbossuat@numericable.fr.

Présidents du congrès : Pr Shigeyoshi Okamoto et Dr Jean Paul Bossuat. **Vice Présidentes :** Drs Catherine Lesourd et Patricia Princet.

XVI^e colloque interrégional de Psy Cause en France

Le samedi 28 mars 2015 au château de Roche-gude
Les troubles bipolaires

La formule du colloque à Roche-gude (dans la Drôme) sur les états limites a été plébiscitée par les participants, le 29 mars 2014. Nous avons donc convenu avec le Dr Jean Louis Griguer, co-organisateur et psychiatre chef de pôle à Valence, de mettre en place un « Roche-gude II » le dernier samedi de mars 2015. Cette fois ci, avec la même approche critique du concept clinique, nous débattons ensemble de la pertinence de cette catégorie nosographique très médiatisée : maladie à part entière, vérité structurelle, invention artificielle commerciale du lobby pharmaceutique, nouvelle pathologie sociétale ?



Le château de Roche-gude.

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 Samuel Mampouza, de Gérard Pirlot, de Raymond Tempier et de Jean-Marie Y Yéo Ténéna.

■ 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)

Adjoint à l'Amérique du Nord : Jean-Paul Olivier (Belfort, 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)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Elena Bessa (Montréal, Québec, Canada)

Andrew Brewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Bteich (Beyrouth, Liban)

Patrick Chaltiel (Paris, France)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Kolou Simliwa Dassa (Lomé, Togo)

Jean Philippe É Daoust (Ottawa, Ontario, Canada)

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Anne Laure Donskoy (Bristol, Angleterre)

Moridofé Doukouré (Conakry, Guinée)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Jean-Yves Feberrey (Nice, 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)

Mamady Mory Keita (Conakry, Guinée)

Drissa Koné (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Kapouné Karfo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Baba Koumaré (Bamako, Mali)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec, Canada)

Catherine Lesourd (Martinique)

Ola Lindgren (Karlstad, Suède)

Myriam Livolant (Luzes, France)

Sinziana Veronica Loiso (Fains Veil, France)

Daniel Malulu (Victoria, Seychelles)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Youssef Mourta (Le Mans, France)

Naasson Munyandamutsa (Kigali, Rwanda)

Corentin Nascimento (Niamey, Niger)

Valère Nkelzok (Maroua, Cameroun)

Marc Oeynhausen (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville, Congo)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

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)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrassat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Avignon, France)

Pascal Schindelholz (Lavaur, France)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Chak Thida (Phnom Penh, Cambodge)

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 Ari (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benriq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova

(Ostrava, Tchéquie)

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

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Jacques Dubuis (Lyon, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi

(Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeniy Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Gyöngygy Szilagyi (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 (Martignes, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martignes, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Metge (Martignes, 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.

**PsyCause au Japon :
Rencontre des cultures
X^e Congrès international
francophone Psy Cause**



Les 19 et 20 octobre 2014 à Kyoto

Congrès/séminaire avec découverte du patrimoine historique et culturel
du 16 au 25 octobre 2014, et extension à Tokyo jusqu'au 27 octobre 2014

Programme scientifique : en lire la version régulièrement actualisée sur le site <http://www.psychause.info>.

Inscription : Morgan Tours : courriel ancrages.clutz@gmail.com et téléphone 06 15 90 93 15, et, pour les droits d'inscription, la trésorière : courriel chantal.roose@bbox.fr.

Propositions de communication : jpbossuat@numericable.fr

Présidents du congrès : Pr Shigeyoshi Okamoto et Dr Jean Paul Bossuat.

Vice Présidentes : Drs Catherine Lesourd et Patricia Princet.