

Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Études psychologiques en Côte d'Ivoire
- Incendie du Grand Marché de Lomé
- Louanges panégyriques dans la transmission au Bénin
- Le stress des infirmiers psychiatriques en Tunisie

Mario Mella
EDITION

Prix : 15 €
Isbn : 978-2-912071-49-1

Sommaire

PsyCause I – Études psychologiques en Côte d'Ivoire	3
Du normal dans le pathologique : le cas de la dépression	
Yapi Lawrence	4
Consommation de drogue chez l'adolescent et réactions parentales	
Denis Koménan Dagou	8
Différences individuelles dans le langage	
François Boroda N'Douba	19
Représentation de la maladie et adhérence thérapeutique	
chez les personnes diabétiques en Côte d'Ivoire	
Adou Pascal Gnamba	24
Familiarité avec le jeu d'awélé, genre, et	
modes d'apprentissage du jeu	
Assandé Gilbert N'guessan	33
PsyCause II – Togo, Bénin et Tunisie	42
Les « Nana Benz » et l'incendie du grand marché de Lomé :	
organisation d'une prise en charge médico-psychologique	
et culturelle	
Kokou Messanh Agbémélé Soédjé, Bassantea Kpassagou,	
Late Mawuli Jean-Paul Lawson, Ogma Hatta, Saliou Salifou,	
Damega Wenkourama, Simliwa Kolou Dassa	43
Louanges panégyriques des enfants : où en sommes-nous	
dans la transmission ?	
Émilie Fioffi Kpadonou, Anselme Djidonou, Magloire Grégoire	
Gansou, Francis Tchégnoni Tognon, Thérèse Agossou	48
Impact du stress sur l'apparition de la dépression	
chez les infirmiers d'un hôpital psychiatrique	
Sana Ellini, Faten Ellouze, Leila Chennoufi, Mejda Cheour,	
Mohamed Fadhel Mrad	52

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



Focus sur l'Afrique

Ce second numéro de l'année 2014 est essentiellement consacré aux publications de la Côte d'Ivoire. En proportion du nombre de professionnels de la psy, ce pays est le plus engagé dans notre revue, bien plus que la France. Avec 28 abonnés au tarif normal, 11 articles en attente de publication, l'engagement de la Société Ivoirienne de Psychiatrie et l'implication de nombreux psychologues et d'anthropologues, *Psy Cause* en Côte d'Ivoire est une revue ivoirienne coordonnée sur le terrain par le Professeur Y. Jean Marie Yéo Ténéna, Professeur des Universités du CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur). Les Professeurs Drissa Koné et Y. Jean Marie Yéo Ténéna représentent au Conseil d'Administration de *Psy Cause* International, une section « *Psy Cause Côte d'Ivoire* ».

Ce N°66 de la revue internationale francophone *Psy Cause* est leur. Le Professeur Y. Jean Marie Yéo Ténéna a choisi pour ce dossier Spécial Côte d'Ivoire, de prioriser la parole des psychologues ivoiriens afin d'associer pleinement le département universitaire de psychologie à la revue *Psy Cause*. Nous avons également réservé un espace pour un petit nombre d'articles hors Côte d'Ivoire, dans un souci d'ouverture et en accord avec les Ivoiriens. Dans cet espace, un article togolais, un article béninois et un article tunisien complèteront ce champ africain.

En 2014, le positionnement de l'Afrique est central dans notre revue avec en août une réunion rédactionnelle et associative qui lui est consacré, par notre partenariat privilégié avec la Société Africaine de Santé Mentale voté par cette dernière en février, avec la perspective de projets pilotes dans plusieurs pays de l'Afrique de l'Ouest et au Congo Kinshasa. Nous avons également été invités au premier congrès de psychiatrie unitaire de Tunisie en octobre prochain, dans lequel *Psy Cause* sera représentée, bien qu'en même temps que notre congrès de Kyoto, par un membre du bureau international.

Nous n'oublions pas en Afrique Équatoriale, le positionnement particulier de l'association « *Psy Cause Cameroun* » dont le champ de recherche est principalement anthropologique. Ni le Rwanda qui a fait le choix politique du passage à l'anglais, mais où un certain nombre de professionnels de la psy sont susceptibles de constituer un groupe francophone « *Psy Cause Rwanda* » autour de notre rédacteur, le Dr Naasson Munyandamutsa.

Ce N°66 de la revue *Psy Cause*, après un N°64 consacré au Cambodge, un N°65 faisant état de publications de huit pays différents, est africain comme le fut le N°58 qui, fin 2010, lançait *Psy Cause* en tant que revue francophone internationale. Ce numéro, essentiellement constitué par un important dossier sur les publications béninoises, témoignait du rôle pionnier du Bénin dans notre revue, depuis le congrès de Parakou en février 2008. En 2014, l'Afrique est bien vivante dans *Psy Cause* et ce N°66 en témoigne.

Avignon et Aix en Provence le 17 août 2014

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne

Études psychologiques en Côte d'Ivoire

La revue Psy Cause m'a confié la construction de ce dossier consacré aux travaux d'auteurs ivoiriens. Si, historiquement, ce sont des psychiatres qui ont initié le rôle de la revue Psy Cause comme support pour des publications validantes de professionnels de notre pays, notre réseau ivoirien impliqué dans la rédaction d'articles, n'en est pas moins résolument pluridisciplinaire dans le champ de la santé mentale. À côté de celles des psychiatres, les contributions des psychologues ivoiriens à Psy Cause ont également toute leur place. Ce dossier leur est consacré.

Le premier article interroge, à propos de la dépression, les intrications entre le normal et le pathologique.

Le second étudie des problématiques de la consommation du cannabis chez l'adolescent.

Le troisième visite les différences individuelles dans l'acquisition et l'emploi du langage.

Le quatrième texte s'inscrit dans le champ de la « psychologie de la santé » : « cette recherche vise à connaître la représentation que les sujets diabétiques ont de leur maladie et d'évaluer l'influence de leur représentation du diabète sur l'adhérence thérapeutique. » Le diabète est un fléau majeur en Afrique Subsaharienne et mobilise aussi bien les médecins, que les psychologues et les anthropologues.

Nous clôturons ce dossier avec une étude très originale sur le jeu d'Awélé, jeu de compétition intellectuelle traditionnel dont l'auteur s'interroge sur les causes de sa désaffection en Côte d'Ivoire.

Au total, nous espérons par ces cinq articles d'auteurs psychologues qui ont fait appel à notre revue, avoir présenté un premier échantillon de différentes facettes de la recherche psychologique en Côte d'Ivoire.

Yessonguilana Jean-Marie Yéo Ténéna
Professeur des Universités du CAMES
Secrétaire de rédaction à l'Afrique Subsaharienne
et membre du Comité de Lecture
dans la revue Psy Cause



Université Félix Houphouët-Boigny à Abidjan.



Yapi Lawrence

Du normal dans le pathologique : le cas de la dépression

Résumé : suffisamment répandue pour être reconnue comme pathologie du psychisme, la dépression ne cesse de questionner sa participation à la dynamique psychopathologique. Au-delà des atermoiements et des coups de spleen, la pathologie dépressive signale un état de crise entre deux états que d'aucun dirait d'âme d'autre morbides. Dans les deux cas de figure, elle est la manifestation tantôt sourde, tantôt criante d'une difficulté à faire face à des positionnements, des ajustements psychologiques jonglant maladroitement avec des réalités mal investies, et des désirs non adaptés. Période d'entre deux, la dépression s'offre comme un espace où se jouent les butées et fixations, les remises en question et frustrations. Une période pour se dire enfin!

Mots clés : dépression, spleen, psychopathologie, période d'entre deux.

Summary : widely spread to be well recognized as a psychic pathology, depression keeps questioning its involvement with the psychopathology dynamic. Far away from the hurt feelings and "spleen bangs", depression fingers out, a state of crisis - ones could call state of spirit, other mind say state of morbidity. Whatever it is, both aspects, vividly visible or not, talk about a real difficulty to cope with psychological postures, psychological adjustments juggling uneasily with badly invested realities and some non adapted desires. An in-between period, depression offers to someone a space for hit bumps and fixations, self questioning and frustrations. A period to oneself revealing at least!

Key words : dépression, spleen, psychopathology, in-between period

Problématique ou position du problème

La prévalence de la dépression est telle que l'on peut imaginer qu'un individu la rencontrera, sous une forme ou une autre, au moins une fois dans son existence. Polymorphe et polysémique, la dépression s'offre autant comme un mouvement d'humeur passager que comme une pathologie morbide.

Le problème de la maladie dépressive touche à deux aspects conjugués. L'un – comme on l'a déjà avancé – touche à ses variations polysémiques et polymorphiques qui se déclinent de la « dépressivité » à la maladie dépressive morbide. L'autre concerne sa fréquence et sa récurrence.

Le point commun reste cet étrange sentiment de mal-être nimbé de douleur.

Partant de là, on peut se demander si cette occurrence et diversité du phénomène dépressif, n'a pas quelque chose d'inhérent à l'individu, de naturel et de nécessaire au psychique afin de réévaluer une situation et s'y adapter.

Réellement alors posons la question de ce qu'il ya de normal dans la pathologie dépressive?

Scientifiquement parlant, il devient intéressant de comprendre ce que le pathologique a ou peut avoir de normal et du coup accepter que la maladie dépressive¹ n'est pas une « faiblesse de l'esprit » ni même un anathème mais bel et bien une réalité de la dynamique psychologique. Un mode et moyen de restructuration et d'adaptation de l'appareil psychique.

Étayages théoriques

La dépression est discutée par les auteurs de la psychanalyse tels que Mélanie Klein² et la position dépressive du nourrisson. Henry Chabrol ne manque pas de donner sa version de la dépression de l'adolescent tout en exposant la version proprement psychiatrique de la pathologie dépressive. Quant à la dépression de l'adulte, elle est débattue par JP. Olié³ et confrères entre aspects endogènes et aspects réactionnels.

1. Maladie trahissant une fragilité du psychisme à un moment donné

2. Klein, M. (1967), Contribution à la psychogenèse des états mania-co-dépressifs, in Essais de psychanalyse (1921-1945), Paris, Payot, 67, pp. 311-336.

3. Olié, JP, Poirier, MF, Léo, H. (1995), Les maladies dépressives, Médecines Sciences, Paris, Flammarion.

Nous retiendrons d'un ensemble touffu de concepts que la dépression est plurielle. Modification de l'humeur pour les uns⁴, troubles ou dispositions affectives pour les autres⁵, la dépression balance entre affects et humeur⁶ sans se départir jamais de l'un au profit de l'autre. Elle se décline ainsi équitablement au temps de l'émotionnel, du sentiment et de l'affectif. Pierre Hardy⁷ ne manquera pas de surenchérir en soulignant que c'est cette « alchimie » particulière qui fait soupçonner l'intrusion dans la dynamique psychique d'une manifestation dépressive latente.

Le concept duel de normal et de pathologique trouve un support théorique avec l'ouvrage de H. Beauchesne sur l'histoire de la psychopathologie. Le normal est fermement extrait du pathologique. A. Ribaud pose lui le problème de manière plus nuancée et moins dichotomisée. R. Bastide insiste sur le fait que normal et pathologique sont des entités répondant aux contextes et déterminismes culturels et sociétaux. Enfin, pour G. Canguilhem, normal et pathologique sont, dans une perspective biologique, tout à fait relatifs. Toutefois, que la position de Canguilhem a cela d'intéressant, qu'elle fait intervenir une ligne de continuité et d'homogénéité aux extrémités de laquelle se situent les pôles adaptation/normal et mal-adaptation/a-normal. Un indice de tolérabilité fait office de fluctuateur. L'auteur subodore cependant, que le normal s'émancipe d'une norme - établie sous divers contextes - qui répondrait à quelque chose de stable ou d'adaptée et par delà laquelle s'impose un a-normal. Cet a-normal répond par logique et déduction à ce quelque chose qui est en dehors de la norme. L'a-normal féconde le déséquilibre qui fait encourir le risque d'une mal-adaptation. Et le déséquilibre manifeste par des conflits psychiques une intolérance susceptible de générer du mal-être, mal-aise, du douloureux et de la souffrance. En somme, le pathologique surgit au bout des efforts vains de la structure de se maintenir dans la normalité/adaptation - où règne une certaine homéostasie de confort, ou seuil de tolérance.

Avec Emmy Gut⁸ on découvre une liaison particulière et synchrétique du couple normal et pathologique. En effet, elle plaide en faveur de l'état normal de la dépression. Elle pose cette normalité dans l'axe d'une réponse potentiellement adaptative. La réponse dépressive aurait ici une visée positive. Ce choix de référence repose sur l'idée qu'il existe un processus d'adaptation dans l'organisation psychique. Ce processus suivrait un ordre onto et phylogénétique ayant une participation active tout au long de la vie. L'auteur postule que le psychisme a - comme le corps somatique

- des défenses de types réactiogènes prêtes à agir contre les impasses, les difficultés. Et ces réponses sont - d'une part - de nature dépressive ou dépressogène - et d'autre part - les plus saines et les plus spontanées face à la menace d'une décompensation plus imposante. La dépression pathologique est une réponse normale.

La dépression, une crise salutaire car elle s'initie dans un mouvement double de la rupture - signifiant très clairement la difficulté du moment - et le changement-impliquant des enjeux de bouleversements, transformations, maturations. René Kaës⁹ aborde la crise et ses élaborations comme « des acquisitions spécifiant le mode d'existence de la psyché humaine ». L'homme, autrement dit est un être de crise car sa psyché est, comme le dit M. Klein, le précipité actif de l'état de crise infantile. Crise entre équilibre et déséquilibre qui élabore constamment des dispositifs palliatifs, des « anti-crise ». Ces passages de l'un à l'autre R. Kaës les nomment « moments de rupture et de suture », tous deux contenus dans une aire de transitionnalité dite d'éveil.

Au bout de ce panorama théorique, nous formulons l'hypothèse suivante : la pathologie dépressive à cela de normale qu'elle s'impose comme réaction à un mal-être diffus et qu'elle s'inscrit dans la zone de transitionnalité du deuil.

Au fil de ce constat d'auteurs nous pouvons nous demander si plus exactement l'appareil psychique - face à ses impasses et par devers elles - n'utilise pas la pathologie dépressive comme moyen de dépassement et de maturation de ses fonctionnements archaïques et délétères.

Cette recherche permet d'établir au-delà de la nature véritablement complexe de la maladie dépressive, qui serait alors vécue comme un outil de « lutte » contre un état atrophique et marasme inadapté aux réalités actuelles, une caractéristique normale et transitive de l'événement en cours qui augure de la thérapeutique clinique. D'un point de vue thérapeutique, en clinique psychologique particulièrement, le travail de deuil n'est plus de libérer le deuil mais de le saisir comme espace et lieu du dit et du faire d'une stase, d'un ajustement, d'une mise au point. En effet l'accompagnement du deuil - aussi douloureux qu'il soit car il désigne une perte que le réel impose tant à l'imaginaire qu'à la symbolique psychologique - se réalise dans une prise de conscience de ce réel et de son acceptation. Progressivement et corrélativement à cette approche du patient face à sa perte une réorganisation de déplacement des sentiments humoraux attachés à l'objet perdu devient un objectif nécessaire de dépassement. Puis, un travail de remplacement du vide laissé par l'absence apparaît comme un travail psychique drastique, dramatique et douloureux - d'où les visages du pathos - car il demande un lâcher-prise du connu et une avancée à tâtons vers un inconnu et son éventuel ancrage.

4. Pichot, P., Gueff, J.D., Pull, C.B. (1980), Séméiologie de la dépression, *Encyclopédie Médicale Chirurgicale*, Paris Masson, 37110, A10, 12.

5. Hollande, C. (1976), L'humeur dépressive comme défense contre la dépression, *Revue Française de Psychanalyse*, 5-5, 1081-1091.

6. Les DSMIII-R et CIM 10 parlent aussi d'humeur et d'affect en formule paroxysmique et pluri-catégorielles

7. Hardy, P. & al. (1990), la dépression. *Etudes, Médecine et Psychothérapie*, Paris, Masson, 5-27.

8. Gut, E. (1993), Dépression productive et improductive. Réussite ou échec d'un processus vital. Paris, PUF.

9. Kaës, R. & col. (1979), Crise rupture et dépassement. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. Inconscient et Culture, Paris, Dunod.

Méthode

Sur six patients nous ne présenterons que trois cas. Le choix de ces cas parmi l'ensemble des participants répond aux révélations libres et spontanées des items de recherche préalablement définis mais tus aux personnes dans un souci de non influence.

L'investigation de recherche a tenu compte d'un aspect fondamental inhérent à la chape de « pudeur » qui entoure la maladie dépressive. A ce titre, un questionnaire semi directif a été proposé aux personnes sollicitées qui au cours d'un entretien préalable ont déclaré avoir vécu une « forme » de dépression. Une large partie récit est offerte à l'épanchement et à la confiance.

Nous recherchons à travers cet outil les notions de temporalité, d'espace et fonctionnement psychologique particulier, inhabituel voire a-normal. Ces aspects visent à mettre en évidence la spécificité processuelle de la maladie c'est-à-dire une souffrance pathologique et révéler l'existence d'un fonctionnement normal de cette activité dépressive.

D'avantage, ils cherchent à lever un pan sur le un fonctionnement spécifique à la maladie dépressive qui rend compte à la fois de et à sa normativité et de son exceptionnalité.

L'étude clinique

Après avoir discriminé les signes cliniques courants pouvant qualifier l'état du patient de dépressif, nous lui soumettons un questionnaire ouvert dans lequel il lui est demandé de décrire les mouvements de sa dépression. Par ce travail, nous nous attendons à voir émerger une temporalité, une rythmicité et un espace « clos » dans lequel se joue une partie de la problématique ; à savoir la réponse réactiogène de la dépression.

La récolte des données procède d'une analyse au niveau diachronique, synchronique et sémantique. Ces trois aspects congruents permettent de :

- discriminer les valeurs et variables pathologiques selon le DSM IIIR et la CIM 10,
- discriminer l'origine et la cause de l'événement dépressif narré,
- discriminer et reconnaître dans le récit les trois variables de temporalité, espace, fonctionnement psychologique.

Résultats :

les résultats¹⁰ sont bien révélateurs des trois points de discrimination. Plus spécifiquement au regard des visées de cette recherche, les notes révèlent l'entre-deux spatio-temporel et le fonctionnement de crise au cours duquel se joue des « désajustement-réajustement », des déplacements, des lâcher-prises, des conscientisations douloureuses, des stases, des dépassements et des remplacements d'objets. Enfin, des réinvestissements adroits et durables ou pas et une régression de l'événement dépressif avec retour à un



Masque béninois sur la dualité. Photo Psy Cause.

fonctionnement dit normal¹¹ avec cependant, de nouvelles accommodations.

Discussion

L'aperçu du fonctionnement réactiogène de la maladie dépressive à travers ces patients cherche à montrer que la maladie vient à propos signifier un temps de rupture et un temps de suture. Dans l'interstice de ce couple rupture-suture il y a un tiers-temps de la remise en question de ce qui ne va pas ou plus en soi et dont on ne peut plus faire l'économie. Ce tiers temps est celui de la crise et avec elle son agent à la fois pathogène et réparatoire ; le deuil.

Pathogène, parce que le deuil suscite la douleur, la surprise, le rejet, le refus, le déni et la résistance au changement, au lâcher-prise, au dépassement. Réparatoire, parce qu'il intime une liquidation, une mise en demeure pour la structure de se débarrasser de ses états délictueux, improductifs et mortifiants. L'injonction qui est faite à la structure est celle de la réorganisation avant décompensation, car au final ce serait là l'ultime conséquence à persévérer dans la morbidité.

11. Du moins du point de vue de la souffrance qui n'est plus l'état principal d'existence, mais une traînée de souvenir tant de la perte que de l'événement dépassé.

10. Voir annexe

Annexe

Temporalité	Spatialité	Réaction dépressive	Causalité Externe
• Le soir • Le matin	• Le lit	• Ralentissement moteur • (Retrait, repli, refuge, refus de se lever) • Ralentissement psychique • (manque d'envie, a-dynamisme) • Douleur morale • (dévalorisation, pleurs, sentiments d'incapacité) • Troubles somatoformes • (peur, stress)	• Chômage

Patient n°1

Temporalité	Spatialité	Réaction dépressive	Causalité Externe
• Avant • Pendant • Après (le divorce)	• Plusieurs espaces de consultations thérapeutiques	• Etat morbide • Ralentissement psychique • (culpabilité, trouble de l'humeur) • Douleur morale • (dévalorisation, négativisme, idées noires) • Troubles somatoformes • (troubles digestifs, problèmes de mémoire)	• Divorce

Patient n°2

Temporalité	Spatialité	Réaction dépressive	Causalité Externe
• Plusieurs hospitalisations	• Bureau • Maison • hôpital	• Ralentissement moteur • (Retrait, isolation, dormir) • Ralentissement psychique • (incapacité à penser, à communiquer) • Douleur morale • (envie de crier, sentiment de subir, victimologisme, colère) • Troubles somatoformes • (pleurs, stress, alcoolémie)	• Enfance douloureuse

Patient n°3

Ensemble, ils visent à mettre fin à une situation d'impasse. La crise comme signal d'alarme et état d'alerte pousse à la prise de conscience des mouvements et organisations délétères inappropriés¹² et dangereux pour le sujet et sa structure. Le deuil sanctionne la nécessité du renoncement et de dépassement. Renoncer à jouir d'une libido (objectale) hallucinée ou d'une libido (narcissique) mal investie.

Le volet de ce travail a révélé ce que l'on pourrait désigner comme l'aspect formel de la maladie dépressive. Nous nous sommes focalisées sur sa dynamique et ses tourments, ses effets et ses répercussions. Au-delà de cette prémisse, nous nous animons déjà d'un nouvel intérêt et anticipons sur les questions du contenu réel de ce qui est mis en demeure de se dire, de se libérer, de se mettre en deuil.

Bibliographie

Gut, E. Dépression productive et improductive. Réussite ou échec d'un processus vital, Paris, PUF, 1993.

12. R. Kaës dira même qu'il s'agit d'une « tentative effrontée et inappropriée » de réorganiser quelque chose de l'histoire du sujet. Op cit.

Hardy, P. & al, La dépression. Etudes, *Médecine et Psychothérapie*, Paris, Masson, 1990, 5-27.

Hollande, C., L'humeur dépressive comme défense contre la dépression, *Revue Française de Psychanalyse*, 1976, 5-5, 1081-1091.

Jacobson, E., Les dépressions. Etats normaux, névrotiques et psychotiques, *Sciences de l'Homme*, Paris Payot, 1979.

Kaës, R. & col, Crise rupture et dépassement. Analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle et groupale. *Inconscient et Culture*, Paris, Dunod, 1979.

Klein, M., Contribution à la psychogenèse des états mania-co-dépressifs, in *Essais de psychanalyse*, Paris, Payot, 1967, pp. 311-336.

Lôo H., Lôo P., La dépression, *QSJ 2579*, Paris PUF, 1996.

Olié, JP, Poirier, MF, Lôo, H., Les maladies dépressives, *Médecines Sciences*, Paris, Flammarion, 1995.

Pichot, P, Guelfi, JD., Pull, CB., Sémiologie de la dépression, *Encyclopédie Médicale Chirurgicale*, Paris Masson, 37110, A10, 12, 1980.

Roussillon, R. & al., Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale, *Psychologie*, Paris, Masson, 2007.



Denis Koménan Dagou

Consommation de drogue chez l'adolescent et réactions parentales

Résumé : face à un adolescent qui consomme du cannabis, nous voulons comprendre si la réaction parentale peut s'inscrire dans un processus conduisant à l'arrêt ou au contraire renforcer cette consommation. En plus des entretiens, nous avons mené ce travail avec trois questionnaires. Le premier évalue la perception de la qualité de l'attachement de l'enfant par rapport à ses parents et ami(e)s. Le deuxième montre la perception de l'enfant du style d'éducation des parents. Le troisième étudie le degré de gravité de la consommation du cannabis. Nos analyses avec la théorie de l'attachement montrent que le comportement déviant du fils est une réaction contre l'absence de rapports sociaux et affectifs entre les parents et l'adolescent, surtout entre son père et lui. Pour que l'adolescent puisse totalement décrocher, il faudrait qu'il soit reconnu par son père, comme une personne qui, en plus des besoins cognitifs, a aussi des besoins sociaux, affectifs et idéologiques.

Mots clés : adolescence, parents, drogue, cannabis, attachement, communication, éducation

Summary : faced with a teenager who uses cannabis, we want to understand whether parental reaction can fall within a process leading to the break or in contrary reinforce this use. Besides interviews, we carried out this work through three questionnaires. The first one evaluates the perception of the child's attachment quality in relation to his parents and friends. The second one shows the child's perception of education style of parents. The third one studies the seriousness degree of cannabis use. Our analyses with the attachment theory show that the son's deviant behavior is a reaction against the lack of social and emotional relationships between parents and teenager, especially between his father and him. So that teenager can fully give up, his father should recognize him as a person who, in addition to cognitive needs, has social, emotional and ideological needs as well.

Key words : teenage, parents, drug, cannabis, attachment, communication, education

Position du problème

Notre démarche s'inscrit dans la logique des travaux et des pratiques qui examinent les liens entre la qualité des relations parentales, la présence de difficultés personnelles ou l'engagement des adolescents dans des comportements déviants comme la consommation de drogue (Michel et Eric 2001). C'est avec le concept d'attachement que nous analysons, avec certains auteurs (Claes et Lacourse, 2001; Claes, 2004; Delage, 2008), la nature des relations parents/adolescent.

L'attachement en général fait non seulement référence à la capacité d'amour entre l'enfant et ses parents mais aussi à la capacité des parents à saisir les demandes, les besoins de l'enfant et d'y répondre adéquatement. À l'adolescence, l'attachement va prendre deux tournures nous dit Claes (2004). La première orientation est cognitive. Ici, l'adolescent à la recherche d'un sentiment de sécurité se demande si ses parents sont des personnes sur lesquelles il pourra compter en cas de difficulté et de détresse. Quant à la seconde orientation, elle est dans la logique d'une diversification des objets d'attachement. Désormais, contrairement à l'enfant, l'adolescent abandonne progressivement la relation exclusive avec ses parents pour se tourner vers les pairs. Avec ces derniers, il doit trouver une place dans un groupe et se faire accepter tout en évitant l'hostilité. En fait, le groupe de pairs qui offre une opportunité d'identification apparaît aussi

Psychologue clinicien, Enseignant-chercheur
Université Felix Houphouët Boigny, Abidjan-Cocody-UFR SHS, Département de Psychologie, dagou_denis@yahoo.fr



Masques Baoulés.

comme un lieu d'expérimentation sociale de ce qu'on peut et de ce qu'on ne doit pas faire (Tourette, 2010). Dans son rapport au groupe, pour ne pas être rejeté l'adolescent peut se trouver dans une relation d'allégeance qui le contraint à passer à l'acte à travers certains comportements comme l'hétéro agressivité, la consommation d'alcool, de cannabis. Ces comportements qui peuvent être l'expression d'une détresse psychologique peuvent aussi s'inscrire dans le développement normal de l'adolescent. Toutefois, selon les spécialistes, l'intensité des comportements et leur caractère parfois cruel, l'absence de remord, leur répétition et leur durée permettent de faire l'hypothèse que l'acte posé s'inscrit dans une logique du mal-être de l'adolescent.

Dans tous les cas, que la conduite de l'adolescent s'inscrive dans la normalité ou dans l'anormalité, la nature de la relation parent/adolescent ou l'attachement parental joue un rôle important dans l'adaptation du futur adulte. Ainsi, il est démontré aujourd'hui que les adolescents qui entretiennent de très bonnes relations avec leurs parents ont moins de signes de détresse psychologique comme la dépression et l'anxiété et s'engagent moins souvent dans les actions délinquantes comme la toxicomanie ou dans le comportement autodestructeur comme le suicide (Claes, 2004).

A ce sujet, des études effectuées auprès d'adolescents et adolescentes canadiens (Hotton et Haans, 2004), Gauthier, Karine et Nolin (2010) et espagnols (Buelga et Musitu, 2006) montrent que les drogues licites (tabac et alcool) et le cannabis sont non seulement les substances psychoactives les plus expérimentées et consommées chez les adolescents mais aussi l'ajustement de l'adolescent par rapport à ces drogues s'avère plus problématique lorsqu'il y a un dysfonctionnement familial. Il s'agit d'un contexte où la communication parents/adolescent est défectueuse et où les relations parents/enfant sont souvent caractérisées par la colère, les menaces et l'application incohérente de règlements. En

revanche, l'ajustement évolue favorablement dans un cadre où la cohésion, la flexibilité, la communication parent/adolescent et la promotion de l'estime de soi sont valorisées. L'importance de la communication parent/adolescent sur l'adaptation familiale et sociale de l'adolescent n'est pas un fait nouveau dans la recherche sur les relations parents/adolescent. C'est ce que Cloutier et Groleau ont relevé il y a un quart de siècle. Pour ces auteurs, la communication parent/adolescent fondée sur le respect et l'ouverture au point de vue de l'autre pour la recherche commune de la meilleure décision et la recherche honnête de solutions avec le parent deviendraient garants de la santé mentale de l'adolescent(e) dans sa famille tandis que la rupture dans la communication serait reliée à l'inadaptation (Cloutier et Groleau, 1988). Ces données semblent soutenir que l'encadrement parental est un facteur déterminant dans la prévention du risque et de la consommation abusive de substances psychoactives comme le cannabis. L'encadrement parental, qui intègre également les sanctions en cas de transgression, est le rôle actif joué par les parents auprès de leurs enfants en vue de promouvoir le respect des règles et des conventions sociales. Cet encadrement va se décliner soit en contrôle psychologique soit en contrôle comportemental. Dans le premier cas, il s'agit d'une présence intrusive des parents qui ne respectent pas la vie privée de l'adolescent tout en lui dictant les conduites à suivre et en lui imposant des modes de pensée. Le contrôle psychologique réduit l'accès à la maturité et à l'autonomie ou tout ce que l'adolescent peut faire dans l'organisation de la vie quotidienne sans en référer à l'autorité parentale (Tourette, op.cit.).

Quant au contrôle comportemental, il vise à encadrer la vie familiale et scolaire de l'adolescent en fixant les règles et les limites qui ne pourront pas être franchies. Ce contrôle propose des guides et des balises qui agissent comme protection contre la déviance.

La nature des sanctions en cas de déviance est importante pour l'équilibre psychologique de l'adolescent. Ainsi les stratégies disciplinaires permissives ou absence de réactions parentales face à la transgression entraînent des comportements déviants comme manquer des cours et consommer des drogues douces. Les pratiques coercitives ou punitions corporelles, insultes, menaces créent chez l'adolescent un sentiment de rejet et d'hostilité. Les conduites parentales inductives ou conduites qui favorisent la participation de l'adolescent à la recherche de solution par l'échange et la négociation permettent une meilleure adaptation sociale.

De ce qui précède, nous avançons avec Delage (2008) que certaines difficultés psychiques de l'adolescent peuvent s'externaliser sous la forme de troubles du comportement, de conduites addictives comme l'alcool et la toxicomanie. Ces manifestations, qui selon Delage (op.cit.) témoignent de l'impossibilité pour l'adolescent de gérer sa vie émotionnelle et de la mentaliser, nécessitent une intervention des parents. Cette intervention est incontournable pour l'équilibre social et psychologique de l'enfant soulève le problème de l'éducation parentale face à la consommation de substances psychoactives de leur enfant. La question est donc de savoir, tout en ne tolérant pas le comportement déviant, comment les parents doivent-ils intervenir auprès de leur enfant qui consomme de la drogue ? Dans une rencontre clinique, il était question pour nous de comprendre l'évolution de la dynamique relationnelle parent /adolescence dans un contexte de consommation de cannabis par le fils. Autrement dit, les interventions parentales auprès de leur enfant qui consomment du cannabis constituent-elles des facteurs de risque ou de protection ?

En définitive, pour mieux ajuster le dispositif de prise en charge, nous voulons comprendre à travers l'étude du cas Pierre, si la réaction parentale face à la consommation de cannabis du fils, peut s'inscrire dans un processus conduisant à l'arrêt ou à défaut à la réduction de la consommation de cannabis de l'adolescent ou alors renforcer cette consommation.

Cette préoccupation est d'autant plus importante que la lutte contre la consommation de drogue chez l'adolescent ne peut donner des résultats positifs que si les parents, premiers interlocuteurs de l'enfant, ne sont pas dépossédés de leur parentalité et sont de ce fait intégrés dans les dispositifs des centres de désintoxication. L'implication des parents dans la prise en charge de l'adolescent toxicomane est plus qu'un impératif dans un pays comme la Côte d'Ivoire où il existe peu d'institution pour ce type de population.

Méthode

Ce travail est issu de notre pratique clinique. Il se fonde sur des données relatives aux relations parents /adolescent dans un contexte de consommation de cannabis par l'enfant. Nous nommons l'adolescent Pierre.

Présentation

Pierre est un adolescent de 17 ans. Il est en classe de première. Il a deux sœurs cadettes âgées respectivement de 10 et 13 ans. Son père est médecin et sa mère comptable dans une entreprise de la place. L'adolescent nous a été adressé par le médecin de l'institution où sa mère travaille. Pierre est venu au rendez-vous accompagné de sa mère. Celle-ci le décrit comme un adolescent consciencieux, intelligent et travailleur à l'école. Jusque-là, Il se comportait plutôt bien à la maison et en dehors de la cellule familiale. Les parents convoqués à la police, ont été surpris d'apprendre que leur fils et ses amis consomment du cannabis. Depuis lors, les relations entre Pierre et ses parents en général et en particulier avec le père sont difficiles et violentes. La mère nous sollicite pour les aider (elle et son époux) à mieux communiquer avec leur fils et aussi pour que celui-ci arrête de consommer du cannabis.

Afin de proposer une intervention adaptée à la demande, nous avons analysé à l'aide de questionnaires d'autoévaluation la nature et la qualité des relations parents/enfant du point de vue de l'adolescent. Dans cette optique, pour éviter des confrontations directes parents/enfant nous avons prévu, après le premier entretien (Pierre, sa maman et moi) des rencontres avec les parents sans leur enfant.

Outils de collecte

Par rapport à la demande initiale de la mère qui souhaiterait avoir une meilleure communication avec son fils, nous avons utilisé deux Echelles ou questionnaires d'autoévaluation concernant les représentations de l'attachement chez l'adolescent. Il s'agit de :

- l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs d'Armsden et Greenberg.
C'est une échelle qui permet d'évaluer la perception de la qualité de l'attachement de Pierre par rapport à sa mère, à son père et à ses ami(e)s proches. Elle évalue trois dimensions de l'attachement : confiance, communication et sentiment d'abandon. Chaque dimension comporte 25 items. Les réponses sont indiquées selon une échelle en 5 points, de 1(presque jamais vrai) à 5(presque toujours vrai).
- l'échelle des styles d'éducation parentaux perçus par l'enfant d'Egna Minnen Beträffande Uppfostran.
C'est une échelle qui permet d'évaluer la perception du style d'éducation de Pierre par rapport à son père et à sa mère. Elle est utilisée à partir de 7 ans jusqu'à l'âge adulte. Quatre dimensions sont évaluées : chaleur émotionnelle (19 items), rejet (17 items) surprotection (12 items), sujet « préféré » (4 items). Les réponses sont indiquées selon une échelle en 4 points, de 1(Non, jamais) à 4 (Oui, presque toujours).

Ces deux échelles nous permettent donc d'évaluer la dynamique relationnelle entre Pierre et ses parents du point de vue de l'adolescent.

Pour ce qui concerne la problématique de la drogue, nous avons utilisé la Grille de dépistage de consommation pro-

blématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes ou. DEP-ADO de Germain, M., Guyon, I., Tremblay, J., Brunelle, N., Bergeron, J. Version 3.2 septembre 2007.

C'est une grille qui permet de dépister précocement les problèmes de consommation chez l'adolescent de certaines drogues. Nous l'utilisons pour saisir le degré de gravité de la consommation de Pierre du cannabis.

Procédure de collecte des données

Nous avons recueilli ces données dans le cadre d'une consultation d'une mère et de son fils qui consomme du cannabis. C'est le compte rendu de quatre séances sur une période d'un mois en raison d'une rencontre par semaine. Nous livrons ici certains aspects de nos entretiens et de l'évolution des rencontres. Les comptes rendus des entretiens sont faits juste après la fin de nos séances.

La première rencontre : la maman de Pierre, Pierre et moi puis Pierre et Moi

la maman de Pierre, Pierre et moi

La mère et le fils sont venus en consultation sur les conseils du médecin de l'entreprise où la mère de Pierre travaille. Nous avons reçu en consultation la mère accompagnée de son fils. À cette première rencontre, la mère et le fils sont arrivés avec 30 minutes de retard. La mère explique qu'alors qu'il avait donné son accord la veille, son fils ne voulait plus venir car il estime qu'il n'a pas de problème. Pierre confirme ce que sa mère a dit et ajoute qu'il n'a pas envie de parler à un psychologue parce qu'il n'est pas fou.

Je n'avais pas de réponses à donner, je garde le silence une à deux minutes environs. La mère reprend la parole et dit à son fils qu'il n'est pas fou, mais il est important qu'il s'ouvre à moi parce que le Dr (le médecin d'entreprise) a dit que je pouvais l'aider « à régler son problème ».

J'interviens pour dire à la mère que nous ne pouvons parler du problème de Pierre que si celui-ci est d'accord. Puis m'adressant à l'adolescent, je lui dis que si sa maman a pris un rendez-vous avec moi, c'est qu'elle est sans doute préoccupée par une situation difficile le concernant. Je lui demande s'il voudrait qu'on en parle. Sinon, on pourra mettre fin à notre rencontre.

Après un autre moment de silence où le fils et la mère se regardaient, Pierre dit sur un ton monocorde « maman si tu veux tu peux lui dire ». La mère pousse un long soupir, baisse les yeux et me dit que son fils se drogue depuis un an. Elle ajoute : « il est très intelligent et il est en train de gâcher sa vie, Dr aidez-nous pour qu'il arrête. » Elle précise que l'adolescent ne s'entend plus avec son père. Le père en mission a donné son accord pour ce rendez-vous mais selon son épouse, il ne croit pas trop en l'intervention d'un psychologue.

Je dis à Pierre que même si sa maman a parlé c'est pour lui que le rendez-vous a été pris et que je souhaiterais avoir un entretien avec lui. Il donne son accord et la mère sort de la salle.

Pierre et Moi

Pour lui sa maman « exagère » et il estime qu'elle le surveille trop en suivant tous ses faits et gestes. Elle fouille parfois dans ses affaires. Il a été battu par son père et depuis lors, ils se parlent à peine. Mais son père dit de lui qu'il est d'autant plus fâché qu'il sait qu'il n'est pas « bête » et qu'il se laisse « entraîner par des voyous. »

Aujourd'hui; même si ses parents (surtout le père) ont des doutes, il a arrêté de fumer parce qu'il sait qu'il est la honte de la famille et tout le monde en parle à la maison. Il ne voit plus ses amis car entre temps, il a changé d'établissement scolaire. Aujourd'hui ses parents ont son emploi du temps de classe. Le trajet entre la maison/l'école/maison est assuré par un car de ramassage ce qui fait que même s'il le voulait, il ne peut plus voir ses amis.

Il souhaiterait que son père s'intéresse plus à lui et qu'il soit « moins dur » avec lui. Pour lui cela ne veut pas dire que son père aime plus ses sœurs que lui. Son père estime qu'en tant qu'aîné, il doit donner l'exemple. À ce sujet il doit être irréprochable à l'école à travers de bonnes notes de classe. À la maison, il ne doit pas répondre aux provocations de ses sœurs car il est l'aîné. Il termine en ajoutant : « j'ai tout dit et je n'ai plus rien à vous dire ».

Je lui demande alors comment on pourrait résoudre les problèmes entre ses parents et lui ? Il répond qu'il ne sait pas. Je lui demande alors si selon lui une rencontre avec ses parents est possible ? Il dit qu'« avec maman oui mais avec papa ». Il souhaiterait que sa mère lui transmette le compte rendu de nos échanges. Nous terminons l'entretien sur un accord « vous avez tout dit mais je propose qu'on se voit dans une semaine pour aborder d'autres aspects de vos relations avec vos parents et aussi vos rapports au cannabis. Cela me permettra de mieux discuter avec votre maman. Je vous remettrai trois documents à remplir sur les relations parents/adolescent et aussi sur la consommation de drogue. C'est pour aider les adolescents et les parents à mieux se comprendre comme vous l'aviez souhaité. Il a donné son accord et nous sommes séparés. J'ai souhaité que Pierre vienne seul au prochain rendez-vous. La ma mère m'a fait entendre qu'elle préfère l'accompagner.

La deuxième rencontre : Pierre et moi

Nous avons fait passer l'inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs d'Armsden et Greenberg puis l'échelle des styles d'éducation parentaux perçus par l'enfant de Egna Minnen Beträffande Uppfostran et enfin la Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes ou DEP-ADO.

Pour la troisième rencontre, nous avons demandé la présence des deux parents. Nous voulons les rencontrer après la restitution des résultats à Pierre. Nous précisons qu'au-delà des résultats, les différentes échelles ont servi de médiation pour pouvoir parler avec Pierre de ses problèmes relationnels avec ses parents et de son rapport au Cannabis.

La troisième rencontre : Pierre et moi, puis la maman de Pierre, Pierre et moi

Restitution des résultats à Pierre

Nous (Pierre et moi) avons commenté ensemble les résultats globaux (tableaux 1 à 8). Pierre en consultant les tableaux 1 à 8 a souhaité que ses parents ne voient pas l'ensemble des résultats sauf certains points. Je peux seulement discuter avec ses parents d'un certain nombre de sujets.

Par rapport à son père, il aimerait pouvoir lui raconter ses problèmes et tracas et que si son père sait que quelque chose l'embête, il aimerait qu'il lui demande ce qu'il y a. Il souhaiterait passer du temps avec lui. Il pense aussi que son père s'intéresse trop à ses notes de l'école mais ne fait pas beaucoup attention à lui.

Par rapport à la mère, il dit qu'elle s'intéresse également trop à ses notes, elle le surveille trop et fouille dans ses affaires pour voir s'il n'y a pas de drogue et pourtant, il lui a dit qu'il a arrêté sa consommation. Il dit qu'il ne supporte plus cette présence de sa mère dans sa chambre. A par cela tout va bien avec maman termine-t-il.

Restitution de certains résultats à la maman de Pierre

Le père en mission n'est pas venu au rendez-vous. Nous avons alors restitué les résultats à la mère sans la présence du fils. La mère a promis me téléphoner pour un rendez-vous dès le retour de son époux avant la fin de la semaine (on était mercredi). Quant à elle, elle va essayer d'être moins présente dans la vie de son fils.

Je lui dis qu'il me semble qu'entre elle et son fils il y a une crise de confiance. Elle me répond qu'avec « ce problème de drogue », elle ne sait pas quand elle aura encore confiance en son fils. Je lui demande s'il est possible en accord avec son époux de confier un certain nombre de responsabilité à son fils. En fonction de l'accomplissement de ses tâches, ils pourront peut-être évaluer le crédit qu'ils peuvent à nouveau accorder à leur fils. Quant à savoir quels types de responsabilité, je lui dis que c'est à eux de voir. Seulement, la mission ne doit pas être au-dessus des capacités de Pierre.

Pour ce qui concerne le rapport à la drogue, nous avons transmis les résultats à la maman en soulignant que sa consommation si elle doit interpeller les parents, elle n'est pas encore problématique si on se réfère aux résultats de notre évaluation et ce que son fils m'a dit. La mère a promis me téléphoner pour un rendez-vous dès le retour de son époux.

La quatrième et dernière rencontre : la maman de Pierre, Pierre et moi

La mère et son fils arrivent avec une heure de retard. Le fils demande à être reçu en présence de sa mère. Je les reçois tout en demandant les raisons d'un tel retard. « Il ne voulait plus venir » répond la mère. Elle continue pour dire qu'elle a fait le point de nos rencontres à son époux et que celui-ci a promis à Pierre d'échanger avec lui dès son retour d'une autre Mission et que « les choses changeront entre eux ». Pierre dit qu'il pense qu'il n'a plus rien à me dire et qu'il souhaiterait qu'on arrête nos rencontres.

J'ai rappelé à la mère que son époux et elle ont donné leur accord pour une rencontre avec moi. Elle a promis nous téléphoner pour un rendez-vous. Elle précise toutefois qu'elle ne sait pas si son mari aura le temps de venir me voir. Elle n'a plus téléphoné. La rencontre a duré environ 20 mn. Nous n'avons pas pu explorer davantage les relations parents/enfant du point de vue des parents. Dans les lignes suivantes nous vous livrons les principaux résultats des questionnaires d'autoévaluation de Pierre.

Analyse des résultats

Nous rappelons qu'il est question pour nous de comprendre si la réaction parentale face à la consommation de cannabis du fils, peut s'inscrire dans un processus conduisant à l'arrêt ou à défaut à la réduction de la consommation de cannabis de l'adolescent ou alors renforcer cette consommation. Pour répondre à cette question nous avons analysé à l'aide de questionnaires d'autoévaluation la nature et la qualité des relations parents/enfant du point de vue de l'adolescent.

Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs d'Armsden et Greenberg

Rappelons que cette échelle évalue trois dimensions de l'attachement: le degré de confiance mutuelle et le respect de l'autre, la qualité de la communication et le sentiment de colère et d'abandon.

Pour simplifier notre travail, nous relevons dans chacune des sous-échelles les particularités de la perception de l'attachement de Pierre à ses parents et ami(e)s. Nous considérons, ici les items pour lesquels les réponses de Pierre se situent soit sur le versant négatif, soit sur le versant positif de l'attachement. Pour nous dans une perspective qualitative et avec un projet thérapeutique, ces réponses devraient constituer les axes des sujets de nos échanges avec Pierre ou avec ses parents dans notre dispositif de praticien.

Nous estimons que les réponses « Presque jamais ou jamais vrais(1) » et « Pas très souvent vrai(2) » sont sur le versant négatif de la perception, tandis que les réponses « souvent vraies (4) » et « Presque toujours ou toujours vrais (5) » sont sur le versant positif de la perception de l'attachement. Les réponses « Parfois vrai(3) », signifient que la perception est ambivalente : sa valence est tantôt positive tantôt négative.

Confiance

9. Ma mère attend trop de moi					
9. Mon père attend trop de moi					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Mère	X				
Père					X
13. Ma mère a confiance en mon jugement					
13. Mon père a confiance en mon jugement					
	1. Presque jamais ou jamais vrai	2. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	4. souvent vrai	5. Presque toujours ou toujours vrai
Mère			X		
Père					X

Tableau 1 : Eléments de perception de la confiance parentale selon Pierre

Pour Pierre, son père a confiance en son jugement et attend trop de lui, alors que sa mère, a une confiance ambivalente en son jugement et n'attend pas trop de lui.

Communication

14. Ma mère a ses problèmes, alors je ne l'embête pas avec les miens					
14. Mon père a ses problèmes, alors je ne l'embête pas avec les miens					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Mère		X			
Père					X
16. Je peux raconter mes problèmes et tracas à ma mère					
16. Je peux raconter mes problèmes et tracas à mon père					
24. Je peux raconter mes problèmes et tracas à mes ami(e)s					
	1. Presque jamais ou jamais vrai	2. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	4. souvent vrai	5. Presque toujours ou toujours vrai
Mère					X
Père		X			
Amis proches					X
25. Si ma mère sait que quelque chose m'embête, elle me demande ce qu'il y a					
25. Si mon père sait que quelque chose m'embête, il me demande ce qu'il y a					
25. Si mes amis savent que quelque chose m'embête, ils me demandent ce qu'il y a					
	1. Presque jamais ou jamais vrai	2. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	4. souvent vrai	5. Presque toujours ou toujours vrai
Mère				X	
Père			X		
Amis proches					X

Tableau 2 : Eléments de perception de la communication parentale selon Pierre

Pierre pense que sa mère et ses amis sont plus réceptifs et se préoccupent plus de ses problèmes que son père.

Sentiment d'abandon

17. Je me sens en colère contre mon mère					
17. Je me sens en colère contre mon père					
18. Je me sens en colère contre mes ami(e)s					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Mère				X	
Père				X	
Amis proches		X			
18. Ma mère ne fait pas beaucoup attention à moi					
18. Mon père ne fait pas beaucoup attention à moi					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Mère	X				
Père				X	
23. Ma mère ne comprend pas ce que je vis ces jours- ci					
23. Mon père ne comprend pas ce que je vis ces jours- ci					
10. Mes ami(e)s ne comprennent pas ce que je vis ces jours- ci					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Mère		X			
Père				X	
Amis proches		X			
11. Je me sens seule(e) ou à l'écart quand je suis avec mes ami(e)s					
	5. Presque jamais ou jamais vrai	4. Pas très souvent vrai	3. Parfois vrai	2. souvent vrai	1. Presque toujours ou toujours vrai
Amis proches	X				

Tableau 3 : Eléments de perception du sentiment d'abandon parental selon Pierre

Pierre éprouve de la colère à l'égard de son père et de sa mère. Quand il s'agit de ses amis, sa colère se dissipe. Sa mère et ses amis font beaucoup attention à lui et comprennent ses difficultés du moment, contrairement à son père. Par ailleurs, il se sent intégré dans le groupe de pairs.

Conclusion à l'échelle «Inventaire de l'attachement aux parents et aux pairs.»

Au niveau de la confiance (Tableau 1), nous retenons que du point de vue du fils, par rapport à la mère, le père a plus confiance en lui et est plus exigeant à son égard. Quant à la communication (Tableau 2), nous constatons que celle-ci est positive entre le fils, sa mère et ses amis et qu'elle est négative avec le père. Pour ce qui concerne le sentiment d'abandon (Tableau 3), nous avançons que Pierre se sent abandonné par son père alors qu'il est accepté par sa mère et ses amis.

Styles d'éducation parentaux perçus par l'enfant de Egna Minnen Beträffande Uppfostran

Rappelons qu'avec cette échelle l'adolescent donne sa perception de la chaleur émotionnelle parentale, du rejet, de la surprotection du sujet « préféré » par les parents. Comme dans la précédente échelle, nous nous intéressons aux items pour lesquels par rapport aux styles d'éducation parentaux perçus, les réponses de Pierre se situent soit sur le versant négatif, soit sur le versant positif. Nous estimons que les réponses « Non, jamais (1) » et « Oui, parfois(2) » sont sur le versant négatif, tandis que les réponses « Oui, presque toujours (4) » et « Oui, souvent » sont sur le versant positif de la perception des styles d'éducation parentaux.

Chaleur émotionnelle

3. Est-ce que tu penses que tes parents t'aiment ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père	X			
mère				X
20. Est-ce que tes parents sont intéressés par tes notes à l'école ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père				X
mère				X
25. Est-ce que tes parents te montrent d'une manière évidente qu'ils t'aiment ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père	X			
mère				X
28. Est-ce que tu as le sentiment que tes parents aiment être avec toi ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père	X			
mère				X
52. Si tu fais quelque chose vraiment bien, est-ce que tes parents ont l'air d'être vraiment fiers de toi ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père				X
mère				X

Tableau 4: Eléments de perception de chaleur émotionnelle parentale selon Pierre.

Pierre pense que sa mère l'aime et qu'elle lui montre d'une manière évidente cet amour et qu'elle aime être avec lui. Ce qui n'est pas le cas de son père. Il soutient que ses parents sont intéressés par ses notes de classe et sont fiers de lui quand il fait quelque chose vraiment bien.

Rejet

16. Est-ce que tes parents te tapent plus que tu ne le mérites				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père			X	
mère	X			
42. Est-ce que tes parents te donnent parfois une gifle alors que tu ne t'attends pas ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père				X
mère	X			
44. Est-ce que tes parents parfois te tapent ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père			X	
mère	X			
45. Est-ce que tes parents font ressentir parfois que tu es petit ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père	X			
mère	X			

Tableau 5: Eléments de perception du rejet parental selon Pierre.

Du point de vue de Pierre, il est considéré par ces deux parents comme un grand garçon. Il est battu par son père et non par sa mère.

Surprotection

27. Quand tu as un secret, est-ce que tes parents veulent le connaître aussi ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père	X			
mère				X
33. Est-ce que tu penses que tes parents ont de grandes attentes en ce qui concerne tes résultats scolaires, exploits sportifs ?				
	1. Non jamais	2. Oui parfois	3. Oui souvent	4. Oui presque toujours
Père				X
mère			X	
47. Est-ce que tu penses que tes parents sont trop inquiets qu'il t'arrive des choses ?				
	Non jamais	Oui parfois	Oui souvent	Oui presque toujours
Père		X		
mère				X

Tableau 6 : Eléments de perception de la surprotection parentale selon Pierre.

Pierre relève que sa mère veut connaître ses secrets et s'inquiète trop que quelque chose lui arrive. Quant à son père, son inquiétude à son égard est ambivalente et ne veut pas connaître ses secrets. Les deux parents ont de grandes attentes par rapport aux résultats scolaires et exploits sportifs de leur enfant.

Conclusion à l'échelle « Styles d'éducation parentaux perçus par l'enfant »

Par rapport à la chaleur émotionnelle (Tableau 4), nous relevons que de façon générale, le fils se sent émotionnellement proche de la mère que du père. De façon spécifique, les deux parents partagent des émotions avec leur enfant lorsqu'il pose un acte positif comme avoir de bonne note en classe. Quant au rejet (Tableau 5), le constat est que Pierre se sent rejeté par son père mais pas par sa mère. Nous terminons avec la surprotection (Tableau 6) pour retenir que contrairement à son père, pour Pierre, il est surprotégé par sa mère. En dehors de la cellule, familiale, il pourra compter sur ses amis.

DEP-ADO ou Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes. Version 3.2 septembre 2007

C'est une grille qui permet de dépister précocement les problèmes de consommation chez l'adolescent de certaines drogues. Nous l'utilisons pour saisir le degré de gravité de la consommation de Pierre du cannabis.

Le total des points de l'évaluation est de 10. Selon la grille d'interprétation, ce chiffre signifie qu'il n'y a « aucun problème évident de consommation » et partant, « aucune intervention nécessaire ». Pierre dit qu'il a commencé à fumer le cannabis à 16 ans pour trois raisons : tout le monde en prenait dans son groupe, il voulait voir l'effet que cela produisait sur le corps. Il voulait aussi et enfin combattre sa timidité. Par rapport à ses difficultés liées à la consommation de cannabis, Pierre dit qu'il y a eu perte de poids que les relations familiales, notamment avec son père se sont détériorées. Il relève aussi qu'il dépensait pratiquement tout son argent de poche non pas pour sa consommation mais pour aider ses amis.

Discussions des résultats

Par rapport à sa mère et à ses amis, Pierre éprouve un sentiment de sécurité. C'est la dimension cognitive de l'attachement à l'adolescence qui est exprimée ici. Pour solliciter une tierce personne pour l'aider à résoudre ses problèmes sociaux et émotionnels, Pierre a plus confiance en sa mère et ses amis qu'en son père. Cela est d'autant plus vrai que sa mère et ses amis font beaucoup attention à lui et comprennent ses difficultés du moment, contrairement à son père. (Tableau 3). Alors qu'il se sent intégré dans le groupe de pair, Il est rejeté par son père qui le bat comme l'atteste les réponses du Tableau 5 et les éléments de l'entretien avec sa mère.

Si Pierre n'a pas confiance en son père par rapport à sa capacité ou sa volonté à l'aider en cas de difficulté et de détresse psychologique parce que celui-ci est moins réceptif que sa mère et ses amis (tableau 2), ce n'est pas le cas du père qui a confiance en son fils par rapport à ses capacités de jugements (tableau 2) et à ses potentialités intellectuelles (voir entretien, première rencontre). La question de la confiance entre le père et le fils ne porte pas donc pas sur la même réalité.

En effet, Pierre cherche à avoir confiance en un père pour l'aider à gérer ses problèmes sociaux et affectifs alors que celui-ci a confiance en un fils qui a des aptitudes et le jugement nécessaires pour réussir à l'école. A cet effet, les seuls moments où le père et le fils sont proches c'est lorsqu'il a de bonnes notes scolaires donc lorsqu'il fait une action positive (Tableaux 4 et 6).

Tout se passe comme si depuis toujours pour le père, Pierre n'existe que par rapport aux bonnes notes obtenues en classe. Les seuls besoins de l'enfant consistent alors en la mise en place des moyens matériels et d'un cadre idéal pour les études. Il n'y a donc pas de place pour le sujet social et affectif. Parlant de l'école, la réussite scolaire est donc au

centre des préoccupations du père et de la mère de Pierre. C'est à ce niveau que les premières mesures ont été prises dès qu'ils ont appris que leur enfant consomme du cannabis: changement d'école dans un autre quartier d'Abidjan pour éloigner Pierre de ses amis, avoir son emploi du temps de classe, utilisation du car de ramassage avec un horaire qui ne laisse pas le temps à Pierre d'avoir d'autres activités avant de rentrer à la maison après la classe. Il faudrait désormais avoir l'œil sur le fils. C'est ce que la mère fait en fouillant toujours ses affaires (entretien, troisième rencontre) et en lui disant de ne pas lui cacher ses secrets (tableau 6) et en voulant presque toujours être avec lui (tableau 4 et entretien, première rencontre). Si on peut interpréter cette présence massive de la mère dans la vie de Pierre comme une preuve d'amour (4), elle n'est pas moins étouffante d'où la colère que le fils éprouve à son égard (tableau 3 et entretien, troisième rencontre). Les rapports à ce niveau entre la mère et le fils ne sont pas loin de se transformer en une sorte de contrôle psychologique.

Pour nous résumer, face à la consommation de cannabis, du fils, le père a mis avant l'importance de l'école pour l'avenir socio-professionnel de son fils et agi par la violence physique. Or nous savons que les pratiques coercitives face à la transgression des limites imposée par les parents, plutôt que de pousser l'adolescent à adopter le comportement socialement valorisé, créent chez lui un sentiment de rejet et d'hostilité. D'où la colère de Pierre contre son père qui selon lui l'abandonne au moment où il a besoin d'un soutien social et affectif (Tableau 3 et éléments de l'entretien). Quant à la mère, elle a également mis en avant l'importance de l'école pour l'intégration sociale de son fils puis a exercé un contrôle psychologique sur celui-ci. Nous savons qu'un tel contrôle marqué par la présence intrusive des parents dans la vie de l'adolescent réduit l'accès à la maturité et à l'autonomie.

Pour nous, de façon générale, les réactions des parents de Pierre s'inscrivent plus dans une dynamique qui oriente l'enfant vers le comportement délictueux qu'est la consommation de cannabis que vers son arrêt ou à défaut sa réduction. En nuanciant nos propos, nous faisons l'hypothèse que la décision de la consultation a permis à Pierre de reconsidérer la perception de ses relations avec ses parents, surtout avec la mère. Ceci mérite une explication. En effet, la mère en plus de son intérêt pour les besoins cognitifs de son fils et au-delà de son caractère envahissant et parfois étouffant pour l'adolescent, se préoccupe des besoins sociaux de son fils. Sur cet aspect, elle a demandé de l'aide au médecin de son entreprise qui l'oriente vers nous. Nous pensons que nos rencontres, en dehors même de leur contenu sont une preuve pour Pierre que selon sa mère, il n'est pas seulement le sujet intellectuel dans sa famille, il est aussi un sujet social qui a besoin que ses parents s'occupent de tous les aspects de sa vie pour mieux affronter le monde des adultes avec ses incertitudes.

Vu sous cet angle, nous faisons l'hypothèse que la consommation de cannabis de Pierre est un cri de détresse. Pour mieux comprendre cet appel, nous supposons que les difficultés relationnelles entre Pierre et ses parents ont commencé bien avant sa consommation de cannabis. On pourrait alors penser qu'au départ, face à la défaillance paternelle et une mère trop protectrice, c'est vers ses amis que l'adolescent, qui est dans une logique de diversification des objets d'attachement, s'est orienté. Pour se faire accepter par ceux-ci, comme la plupart des bandes d'adolescents et surtout pour exister autrement que dans sa famille, il a expérimenté le cannabis et devient le principal soutien financier du groupe (Voir commentaire DEP-ADO). Dans cette perspective, le comportement déviant de leur fils est une réaction contre l'absence de rapports sociaux et affectifs acceptables et viables psychiquement pour l'adolescent qui doit construire sa vie autonome. L'adolescent, c'est connu, tout en recherchant à mettre fin à l'emprise parentale de l'enfance, a encore besoins de ses parents pour se construire. D'ailleurs on ne peut se séparer des objets parentaux et construire une vie indépendante que si la relation parent/enfant est de bonne qualité. Le choix d'objet de l'adolescent s'étaye toujours sur l'image de personnages parentaux qui ont pu l'aider pendant ses moments de détresse et de fragilité affectives puis sociales. De bonnes relations parent/enfant réduisent donc la détresse psychologique de l'adolescent et lui permettent de mieux faire à la toxicomanie (Picard, L., Claes, M., Melançon, C., et Miranda, D. (2007). Buelga et Musitu, (2006)) ne disent pas autre chose, lorsqu'ils avancent que l'adolescent résistera plus aux mauvaises influences extérieures s'il est reconnu au sein de sa famille comme une personne ayant des besoins sociaux, des besoins affectifs, des besoins idéologiques et des besoins cognitifs. Nous remarquons que selon Pierre ses parents ont mis l'accent sur les besoins cognitifs.

Conclusion

Pierre a décidé d'arrêter sa consommation. C'est peut-être parce qu'il estime que par notre canal, il a réussi à faire passer son message à ses parents et comme sa mère a décidé d'être moins présente dans sa vie et que son père a promis discuter avec lui dès son retour de mission, « il n'avait plus rien à faire avec nous ». Ses parents ont-ils suivi sa logique ? En acceptant d'être le porte-voix de Pierre auprès de ses parents, ceux-ci ont-ils, trouvé leur voie pour mieux communiquer avec leur fils ou alors dans le cas contraire nous n'avons pu répondre à leur attente. L'intention comportementale de Pierre s'est-il traduit en acte ? C'est différentes questions resteront sans réponse. C'est la limite majeure de ce travail car c'est en les abordant avec les parents que nous pouvons approfondir selon leur prisme les aspects problématiques de leur relation avec Pierre.

Bibliographie

- Aborder le sujet de drogue avec son adolescent. (2008). Consulté le 25/11/2011, sur <http://www.preventiondes-drogues.gc.ca>
- Cannabis- en parler avec les ados. (2010). Consulté le 25 11, 2011, sur www.addiction-info.ch
- Bouvard, M., & Jacob-Aulard. (2008). Questionnaires de temperament ou de personnalité et de l'attachement. Dans M. Bouvard, *Echelles et questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent. volume 2* (pp. 71-91). Issy-les moulineaux: Elsevier Masson.
- Braconnier, A. (2009). L'adolescence. Dans F. Marty, *Les grandes problématiques de la psychologie clinique* (pp. 47-62). Paris: Dunod.
- Buelga, S., & Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. Dans M. Zabalia, & D. Jacquet, *Adolescences d'aujourd'hui* (pp. 17-35). Rennes: Puf.
- Claes, M. (2004). Les relations entre parents et adolescents: un bref bilan des travaux actuels. *L'orientation scolaire et professionnelle* [en ligne], 33/2 /2004, mis en ligne le 15 décembre 2009. Consulté le 05 /12/2012, sur [/index2137.html](http://index2137.html); DOI:10.4000/osp.2137
- Claes, M., & Lacourse, E. (2001). Pratiques parentales et comportements déviants à l'adolescence. (Puf, Éd.) *Enfance*, 53(4), pp. 379-399.



- Cloutier, R., & Groleau, G. (1988). Responsabilisation et communication: les clés de l'adolescence. *Santé mentale au Québec*, 13(2), pp. 59-68.
- Delage, M. (2008). L'attachement à l'adolescence. Application thérapeutique. (D. B. Université, Éd.) *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(40), pp. 79-97.
- Gauthier, B., Bertrand, K., & Nolin, P. (2010). Famille et traitement de la toxicomanie chez les adolescents : étude de cas ». *Enfances, Familles, Générations*(13), pp. 129-150.
- Jiménez, T., Lehalle, H., Murgui, S., & Musitu, G. (2007). Le rôle de la communication familiale et de l'estime de soi dans la délinquance adolescente. (P. U. Grenoble, Éd.) *Revue internationale de Psychologie sociale*, 20(2), pp. 5-26.
- Landry, M., Tremblay, J., Guyon, L., Bergeron, J., & Brunelle, N. (2004). La grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et adolescentes (DEP-ADO): développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, 3(1), pp. 20-37.
- Le Blanc, M., & Gisèle, O. (1988). Système familial et conduite délinquante au cours de l'adolescence à Montréal en 1985. *Santé mentale au Québec*, 13(2), pp. 119-134.
- Michel, C., & Eric, L. (2001). Pratiques Parentales et comportements déviants à l'adolescence. *Enfance*, 53(4), pp. 379-399.
- Picard, L., Claes, M., Melançon, C., & Miranda, D. (2007). Qualité des liens affectifs parentaux perçus et détresse psychologique à l'adolescence. (Puf, Éd.) *Enfance*, 59, pp. 371-392.
- Stop-cannabis.ch. (2010, juillet 1). *Comment prévenir le risque d'une consommation abusive de cannabis?* Consulté le 25/11/2011, sur [Stop-cannabis.ch: http://www.stop-cannabis.ch/fr/famille/prevenir-d-une-consommation-abusive](http://www.stop-cannabis.ch/fr/famille/prevenir-d-une-consommation-abusive)
- Tina, H., & Haans, D. (2004, mai). Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence. *Rapports sur la santé (Statistique Canada, no 82-003 au catalogue)*, 15(3), pp. 9-21.
- Tourrette, C. (2010). Le développement de l'enfant. Dans A. Lieury, *Manuels visuels. Psychologie pour l'enseignant* (pp. 1-31). Paris: Dunod.

Œuvre d'Arlette Imbault, 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.



François Boroda N'Douba

Différences individuelles dans le langage

Résumé : la variabilité des conduites, d'un individu à l'autre, est un fait massif. Classiquement, la psychologie différentielle décrit cette variabilité en définissant des dimensions, traits, aptitudes au long desquelles il est possible d'ordonner les individus. Elle étudie aussi l'organisation de ces dimensions et cherche l'origine des différences observées. C'est dans ce dernier paradigme que s'inscrit le présent travail qui veut apprécier les processus à la base des variations dans l'acquisition et l'emploi du langage.

Mots clés : différences individuelles, langage, psychologie différentielle, variation de conduite.

Abstract : the changeableness of behaviours from an individual to another is a notable fact. Classically speaking, differential psychology describes this changeableness while defining some dimensions, features, aptitudes through which it is possible to classify individuals. It also studies the organization of these dimensions and looks for the origin of these observed differences. It is the latter paradigm that the present work deals with, and which aims at estimating the process which stands as the basis of variations in the language acquiring and use.

Keywords: individual differences, language, differential psychology, change of behaviour.

Position du problème

Le 3^e millénaire, dans lequel nous sommes entrés, est celui de la communication dans la mesure où nous sommes de plus en plus dans une situation qui banalise, voire supprime les distances et les barrières du fait de la transmission ultra rapide, sinon instantanée des informations. Or, cette transmission n'est possible que par le seul canal du langage, que celui-ci soit articulé, ou qu'il relève d'autres codes. La communication s'établit et se déroule parce qu'une personne transmet quelque chose à une autre personne. En communiquant, nous informons. Or, informer c'est doter un ensemble de phénomènes d'une forme, d'une structure ; c'est façonner ; c'est former. En un mot, informer c'est donner des connaissances. Dès lors l'information devient un élément de connaissance. Or, quand on a la connaissance, on détient une des clés pour s'imposer et se faire valoir dans le monde, c'est-à-dire devenir en quelque sorte universel. Mais la connaissance n'est pas détenue de façon démocratique,

tant on observe, dans sa maîtrise et dans son contrôle, des différences de toutes sortes à travers le monde, au sein d'un même pays et, pire, entre les individus d'une même famille. Et nous voici au cœur du problème des différences individuelles.

L'étude des différences individuelles en tant que champ d'étude scientifique dans le cadre d'une psychologie nomothétique est d'un intérêt récent dans l'histoire de la psychologie scientifique qui commence officiellement en 1879 avec Wundt à Leipzig en Allemagne. Par rapport à ce paradigme, et par exemple, dans le domaine du langage qui est le support par excellence de la communication dont nous sommes parti, et que nous voudrions examiner ici, c'est seulement à partir des années 1970 que les chercheurs ont commencé à mentionner, dans leurs travaux, des variations dans l'apprentissage du langage chez l'enfant. Ainsi, ils ont relevé des différences au plan du développement phonologique et lexical, dans la manière de construire le discours, et dans la façon dont le langage est utilisé en fonction du contexte.

Plusieurs facteurs ont joué en faveur de ce nouveau centre d'intérêt. On pourrait retenir l'attention croissante de la théorie linguistique, due à Chomsky au début des années

1960, pour les aspects sémantiques et dogmatiques du langage adulte, ainsi que la distance prise à l'égard de l'intérêt exclusif porté jusque-là à la syntaxe du langage chez l'enfant. Par exemple, à partir d'études sur de grands échantillons, les chercheurs ont observé des différences entre les enfants au triple plan de la signification, de la fonction, et de la forme du langage. Un autre facteur qui a contribué à la mise en évidence de la variation dans le langage est relatif à l'attention désormais accordée à l'enfant ainsi qu'à ses expressions langagières. Par exemple, plusieurs enfants sont exposés au même langage adulte, mais ils imiteront de façon sélective ou individuelle ce langage adulte (Negro et Chanquoy, 2007 ; Peters, 1983 ; Snow, 1981, 1983). Comment des paroles imitées sélectivement peuvent aider l'enfant à induire les règles relatives à la structure du langage, et servir comme un moyen pour conduire la conversation chez un individu, en l'occurrence l'enfant, aux ressources linguistiques limitées ? C'est là, nous semble-t-il, tout le problème de la variabilité dans le langage. Et le fait d'accorder de l'attention à ce trait constitue une démarche importante si nous voulons élaborer une théorie appropriée du développement différencié du langage. Par exemple, un auteur comme Baudier (2003 b), qui a examiné, de façon spécifique, ce problème des différences individuelles dans le développement lexical chez des enfants, a trouvé que ces derniers présentent des variations dans le vocabulaire lorsqu'il s'agit de se livrer à des exercices de dénomination. Ainsi, il y aurait, d'une part des sujets dits « référentiels », et d'autre part des sujets dits « expressifs ». Les référentiels se caractérisent par l'emploi de mots qui désignent des objets, et cette orientation précoce fait qu'ils s'exprimeront plus à propos des objets plutôt qu'à propos des personnes ; ils acquièrent plus rapidement les mots ; ont un vocabulaire plus étendu, et forment peu de phrases. Quant aux sujets expressifs, ils suivent une voie différente. Ils désignent peu les objets, mais utilisent plus des pronoms, des modificateurs (qualificatifs), des mots-fonctions ; ils acquièrent plus d'expressions prosociales, et construisent des phrases de plus d'un mot ; ils sont plus lents dans l'acquisition des nouveaux mots. Nelson pense que de telles différences sont le reflet des hypothèses différentes que les sujets formulent en ce qui concerne la façon dont le langage est utilisé. Ainsi, les sujets référentiels, lorsqu'ils apprennent le langage, ils apprennent à s'exprimer au sujet des objets, et à catégoriser les objets de l'environnement ; quant aux expressifs, ils sont orientés plus socialement, et font l'acquisition de moyens qui leur permettent de s'exprimer à propos des personnes et d'eux-mêmes. Des travaux ultérieurs ont fait remarquer que la dimension « référentiel-expressif » ne constitue pas une dichotomie, mais un continuum sur lequel chaque individu peut trouver sa place (Bretherton, Snyder et Bates, 1983 ; Goldfield, 1987 ; Nelson, 1981). Au-delà de ces quelques exemples, ce qui importe, nous semble-t-il, c'est d'examiner comment les mots sont utilisés, et comment certains apparaissent plus fréquemment et peuvent se montrer comme des indicateurs plus sensibles des différences individuelles.

En effet, l'objectif ultime, en ce qui concerne la psycholo-

gie génétique différentielle, c'est de comprendre comment l'enfant maîtrise les trois composantes principales du langage que sont : la signification, la forme et l'emploi (usage), car lorsque les enfants diffèrent sur au moins une de ces dimensions, nous pouvons observer quels sont les facteurs cognitifs et/ou sociaux qui accompagnent cette variation au niveau linguistique. En d'autres termes, le fait de chercher à étudier les différences individuelles ici, ne signifie pas que nous limiterons notre regard au seul développement, mais que nous viserons à comprendre les processus qui sont à la base des variations dans l'acquisition et l'emploi du langage. Les travaux réalisés en la matière suggèrent des variations ordonnées essentiellement autour de trois axes principaux : l'organisation cognitive de l'action et du monde par le sujet ; l'environnement du langage du sujet ; l'interaction du sujet avec les agents dispensateurs de soins.

L'organisation cognitive

L'organisation cognitive renvoie à la manière dont le sujet sélectionne, structure et planifie en représentation les éléments de connaissance qui lui parviennent, ou dont il est détenteur. Et cette organisation, qui fonde la communication qui va naître et se développer entre les différents partenaires, présente une forme et un contenu différenciés qui se manifesteront très tôt dans l'existence du sujet. En effet, il semblerait, selon Baudier (2003 b), que les différences dans l'organisation conceptuelle pré-linguistique chez l'enfant interviendraient dans la préférence précoce pour le vocabulaire « référentiel », ou « expressif ». Baudier pense que certains bébés organisent leur monde autour des objets, alors que d'autres le font en se focalisant sur les personnes. Ainsi, il y aurait, d'emblée, une organisation différente de l'expérience, laquelle organisation déterminerait l'orientation du langage, soit vers le monde inanimé, soit vers le monde vivant principalement humain. Les mères des enfants référentiels, en rapportant que leurs enfants favorisent plus souvent les jeux de manipulation, ne font que confirmer l'idée selon laquelle des différences cognitives originaires préexistent et pourraient influencer le style du discours de l'enfant.

Dans cet ordre d'idées, on pourrait citer deux travaux sur le langage et le jeu qui suggèrent que les enfants orientés vers l'objet acquièrent un langage plus référentiel, alors que les enfants orientés plus vers le social acquièrent un langage plus expressif. Par exemple, Lehalle et Mellier (1977) ont trouvé que les enfants qui ont tendance à apprendre des dénominations (désignations) générales montrent un niveau d'attention visuelle plus élevé à l'égard des jouets, sont plus prompts (montrent un temps de latence plus court) à toucher les jouets, persistent plus dans les tâches, et présentent moins d'interactions sociales. Les enfants qui préfèrent des mots pro-sociaux et orientés vers les personnes passent moins de temps à jouer et étalent plus de comportements tournés vers les adultes. De la même façon, Chanquoy et Negro (2004) rapportent, après une étude longitudinale, que les enfants montrent une préférence précoce systéma-

tique pour un des deux styles de jeu symbolique. Un premier groupe d'enfants qu'on pourrait qualifier de « bricoleurs » préfère explorer toutes les possibilités d'un objet rencontré dans le monde, notamment ses caractéristiques physiques et son emplacement dans l'espace ; de tels sujets excellent à construire des maisons à deux-trois dimensions. Le vocabulaire de ces « bricoleurs » comporte une forte proportion de noms d'objets, d'animaux et de lieux (endroits). Par la suite, ils développent un vocabulaire qui se rapporte plus fréquemment aux couleurs, à la taille, aux nombres et aux termes en relation avec la physique. Le second groupe d'enfants appelés « dramaturges ou metteurs en scène » s'implique plus dans le jeu social. Ces enfants préfèrent reproduire des aspects d'interaction humaine dans leurs jeux symboliques, et choisissent le matériel et les activités (poupées, téléphone sous forme de jouets) qui les mettent en rapport avec leurs intérêts. Ces dramaturges disposent plus précocement de mots qui se rapportent à des noms propres, à des compliments, à des expressions qui traduisent des sentiments. Par la suite, ces enfants développent un vocabulaire qui met en évidence les émotions, des humeurs ou sentiments, et les qualités des personnes. En faisant la synthèse de ces deux travaux, on pourrait, a priori, penser que la seule présence physique des objets est suffisante pour créer les différences observées.

Toutefois, à la suite d'autres travaux, Goldfield (1985 /86, 1987) a suggéré que ce sont les épisodes d'attention partagée pour les objets, c'est-à-dire les expériences vécues in situ avec ces objets qui pourraient avoir contribué à l'acquisition du langage référentiel plutôt que la seule qualité d'objets ou de manifestations comportementales à caractère social. Goldfield a fondé ce point de vue sur un travail qui a consisté à observer des enfants de 12, 15 et 18 mois d'âge au cours d'activités de jeu pratiquées à la maison. Les mamans tenaient un genre de journal qui consistait à enregistrer les 50 premiers mots de l'enfant. Ainsi, il a été noté que les enfants qui acquerraient relativement plus de noms de désignations ne différaient pas de leurs pairs référentiels en ce qui concerne la mesure du temps consacré à jouer avec des jouets, ou en ce qui concerne la fréquence des comportements sociaux. Néanmoins, les enfants qui disposent de plus de noms de désignations, recourent plus fréquemment à des objets pour capter l'attention de leur mère. Par exemple, de tels enfants se saisissent souvent d'un jouet pour désigner leur mère. Les enfants qui développent un discours plus expressif, ne se montrent pas nécessairement moins intéressés par les objets, ou plus sociables que leurs pairs. Ces enfants expressifs sont plus à même d'interrompre ou d'abandonner leurs jouets pour chercher une attention sociale plutôt que de partager ou exhiber un jouet.

Les enfants, qu'ils soient référentiels ou expressifs, n'apprennent pas, ex-nihilo, le langage. Ils l'apprennent au quotidien grâce aux communications que les adultes établissent avec eux. Dans ce registre, les mères occupent une position particulière qui ferait d'elles le centre névralgique de l'environnement de l'enfant.

L'environnement du langage

En effet, le langage naît et se développe dans un environnement fondamentalement humain, tant la forme et le contenu de la communication entre parent-enfant traduisent le sentiment même dudit parent à interagir avec son bébé. Dans cet ordre d'idées, des différences stables ont été notées en ce qui concerne le style maternel de conversation, incluant notamment le recours préférentiel de la mère pour un comportement direct, pour une conversation de clarification, ou pour un ordre à l'enfant (Olsen-Fulero, 1982). De ce qui précède, il se dégage qu'au moins quelques aspects du style maternel influencent l'acquisition par l'enfant, soit du langage référentiel, soit du langage expressif. Ainsi, on note d'une part que le langage référentiel de l'enfant est associé au fait que la mère use d'expressions qui se réfèrent à des objets ou décrivent des objets, des expressions qui renforcent les noms des objets (Furrow et Nelson, 1984). D'autre part, un vocabulaire socialement expressif est relié à un langage maternel qui se réfère aux personnes plutôt qu'aux objets, et c'est cela qui dirige et régule la conduite de l'enfant. Toutefois, le nombre de noms par opposition au nombre de pronoms dans le discours maternel n'est pas relié au style de langage de l'enfant. Ainsi, il semble que ce soit le caractère dogmatique du discours maternel, plus que l'aspect quantitatif, comme nous le relevions plus haut, qui influence le langage de l'enfant.

Ces différences suggèrent que les mères des enfants expressifs ou référentiels offrent des opportunités différentes au plan de l'interaction et de la communication. A cet égard, un bon exemple pour illustrer l'origine du langage référentiel de l'enfant peut être pris dans la façon routinière de désigner les jeux. En effet, Dore (1974) a trouvé que la plupart des manières du bébé d'étiqueter et de répéter les choses apparaissent dans les modèles routiniers proposés par la ou les personnes qui prennent soin quotidiennement de l'enfant. C'est notamment le cas lorsque par exemple, le personnel domestique a une façon habituelle de désigner les animaux, les ustensiles de cuisine, les visiteurs. Nelson (1973) a noté aussi que 28% des 50 premiers mots acquis par les enfants référentiels se rapportent aux parties du corps, et le sont, à coup sûr, sur ce mode de l'habitude. Par contre, aucun des enfants expressifs n'a acquis la désignation des parties du corps. Les enfants expressifs font l'acquisition de beaucoup d'expressions sociales conventionnelles (exemple : au revoir, s'il te plaît, merci, mon cher, allons-y) qui marquent de façon typique des événements tels que : l'arrivée, le départ, les échanges. Les mères des enfants expressifs semblent recourir plus souvent à des propos stéréotypés (Lieven, 1980).

Certes, il est indéniable que la mère influence le style de langage pratiqué par l'enfant, mais l'environnement de l'enfant n'est pas que maternel. En effet, il y a d'autres personnes qui interviennent quotidiennement dans le milieu immédiat de l'enfant. C'est notamment le cas de la nurse qui peut avoir à dispenser directement et plus régulièrement des soins à l'enfant, et qui, à ce titre, crée un environnement

fait d'interactions permanentes plus ou moins déterminantes pour la formation du style de langage de l'enfant.

L'interaction avec les nurses

En d'autres termes, le milieu dans lequel évolue l'enfant peut connaître des variations plus ou moins considérables à cause de ou grâce à la personne qui lui dispense des soins. Par rapport à ce paradigme, des auteurs comme Rondal et al. (2009) soulignent que certaines activités, comme lire des livres ou magazines, peuvent constituer des contextes particulièrement effecteurs pour les progrès observés dans la désignation des objets. En outre, il y a d'autres situations qui prennent place dans la vie de l'enfant. Nous pouvons citer, par exemple, les situations de : manger, s'habiller, jouer avec les frères et sœurs, jouer avec des jouets, jouer sans règles, écouter les chants et les rythmes qu'entonne la nurse et participer à ces chants et rythmes. Certes, il s'agit de situations standard, mais ce que nous voudrions souligner ici, c'est la manière idiosyncrasique de chaque nurse d'intervenir. En effet, faudrait-il mentionner que chaque nurse constitue une entité à part, caractérisée par un personnage physique, des sentiments propres, un niveau intellectuel, une appartenance socio-économico-culturelle. Ainsi, la diversité dans les modes d'intervention des nurses viendra de la complexité même des lignes de combinaison et d'implication de ces différentes dimensions. Dès lors, il devient aisé de soutenir que les nurses vont fournir des contextes tout à fait différents pour l'acquisition et la maîtrise du langage par l'enfant. De telles données pourraient offrir des indications fort utiles au moment du choix du personnel domestique, à condition que les éventuels employeurs en soient imprégnés et convaincus. Etant donné, comme l'a signalé Nelson (1981), que le contexte dans lequel tout langage est utilisé détermine la forme et la fonction de ce qui est acquis, il ne faut pas s'étonner que les contextes variant, les opportunités pour apprendre le langage se présentent également différentes pour les enfants. En d'autres termes, il ne faut pas s'étonner que les enfants se présentent inégaux devant le langage, et montrent une diversité inimaginable dans le maniement, le niveau de maîtrise et de contrôle de la langue, et dans le niveau de pertinence des contenus véhiculés dans leurs communications.

Par ailleurs, et dans la mesure où la nurse et l'enfant, tout en contribuant à déterminer le contexte, sont avant tout des êtres vivants, il s'impose à nous de prendre en compte leurs intérêts. En effet, ces intérêts vont façonner les habitudes et les événements quotidiens qui mettront ensemble la mère et l'enfant. Dans cet ordre d'idées, Goldfield a trouvé que les meilleures prédictions dans les différences lexicales entre enfants peuvent être opérées en prenant en compte à la fois les variables que constituent l'enfant et la nurse. Ainsi et par exemple, les enfants acquièrent plus le langage référentiel, si les nurses créent pour eux plus souvent des occurrences qui leurs permettent de recourir à des objets pour attirer l'attention maternelle, et si, en retour, les mères nomment

et décrivent souvent des objets en termes de jouets. Les enfants acquièrent plus le langage expressif lorsqu'ils sont classés bas sur ces deux indicateurs (fréquence d'utilisation des objets pour attirer l'attention maternelle, et propension de la mère à s'exprimer à propos des jouets).

En guise de synthèse de ces travaux, et concrètement, on retiendra de ces données qu'elles suggèrent, de façon intéressante pour la psychologie génétique différentielle, que les enfants qui montrent une nette tendance pour les noms d'objets pourraient avoir connu une histoire développementale individuelle faite intensivement d'interactions et de communications qui ont tourné essentiellement autour des objets. Dès lors, les parents et les éducateurs sont invités à savoir, ou à apprendre à connaître les compétences qu'ils choisissent de développer ou de neutraliser chez leurs enfants, s'ils souhaitent que leurs enfants soient aptes à recevoir, à transformer et à transmettre de façon effective les informations ou connaissances que véhicule justement la communication.

Conclusion

En mettant en évidence des différences individuelles dans l'acquisition et la maîtrise du langage, nous avons voulu surtout attirer l'attention sur l'existence plurielle de voies par lesquelles les enfants parviennent à faire l'apprentissage du langage, que ces enfants soient normalement développés, ou présentent des handicaps. En donnant la mesure et le type des différences individuelles sous cet angle, cela peut nous aider à construire une théorie qui prenne en compte tous les patterns que présentent les enfants, ainsi que tous les processus auxquels recourent ces enfants lorsqu'ils sont dans la situation d'apprentissage du langage. Finalement et dans l'ordre de la praxis, en rappelant qu'il y a beaucoup de manières pour apprendre le langage et que même les enfants normaux peuvent différer les uns des autres quant à leurs façons de s'acquitter des tâches proposées par le canal du langage, cela pourrait nous aider à penser de façon plus créative les problèmes de thérapie, d'intervention et d'éducation liés au langage, car et par exemple, une méthode thérapeutique qui a réussi pour un enfant issu d'une couche socio-économique favorisée ne réussira pas nécessairement chez un autre enfant issu d'une couche socio-économique défavorisée, et vice versa.

Références bibliographiques

- 1-Baudier, A. La pensée symbolique et le développement du langage. In P. Mallet, C. Meljac, A. Baudier, F. Cuisinier (Eds), *Psychologie du développement. Enfance et adolescence*, Paris: Belin; 2003; 10: 29-35.
- 2-Bretherton, I., McNew, S. & Snyder, L. Individual differences at 20 months: analytic and holistic strategies in language acquisition. *Journ. of Child Language*, 2003 ; 21 : 395-424.
- 3-Chanquoy, L. et Negro, I. *Psychologie du développement*. Paris : Hachette, 2004.

- 4-Della, M., Benedict, H. & Klein, D. The relationship of pragmatic dimensions of mothers' speech to the referential-expressive distinction. *Journ. of child language*, 2005; 24: 37-46.
- 5-Dawes, R.M. *Rational choice in an uncertain world*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 2003.
- 6-Dore, J. A pragmatic description of early language development. *Journ. of Psycholinguistic Research*, 2002; 14: 350-359.
- 7-Evans, J.S. *Bias in human reasoning: causes and consequences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2001.
- 8-Furrow, D. & Nelson, K. Environmental correlates of individual differences in language acquisition. *Journ. of Child Language*, 2004; 23: 513-524.
- 9-Goldfield, B. Referential and expressive language: a study of two mother-child dyads. *First Language*, 2005; 25: 129-142.
- 10-Goldfield, B. The contributions of child and caregiver to referential and expressive language. *Applied Psycholinguistics*, 2006; 17: 277-291.
- 11-Harris, R.J. Comprehension of pragmatic implications in advertising. *Journ. of Applied Psychology*, 2000; 75: 803-808.
- 12-Howard, D. *Cognitive psychology: memory, language and thought*. NY: Mcmillan, 2003.
- 13-Lieven, E.V.M. *Language development in young children*. Unpublished doctoral dissertation. Cambridge University, 2004.
- 14-Lehalle, H. et Mellier, D. *Psychologie du développement. Enfance et adolescence* (2^{ème} éd). Paris : DUNOD, 2005.
- 15-Miller, G.A. *Language and speech*. N Y: W.H. Freeman, 2002.
- 16-Negro, I. et Chanquoy, L. Le développement du langage. In A. Blaye, P. Lemaire (Eds), *psychologie du développement cognitif de l'enfant*, Bruxelles : De Boeck, 2007 ; 14 : 35-63.
- 17-Nelson, K. Individual differences in language development : implications for development and language. *Developmental psychology*, 2003; 27: 180-197.
- 18-Olsen-Fulero, L. Style and stability in mother conversational behavior: a study of individual differences. *Journ. of Child Language*, 2002; 20: 553-574.
- 19-Peters, A.M. Language learning strategies: does the whole equal the sum of the parts? *Language*, 2005; 63: 580-593.
- 20-Rondal, J.A., Espéret, E., Gombert, J.E., Thibaut, J-P. et Comblain, A. Développement du langage oral. In *manuel de psychologie de l'enfant*, Sprimont : Mardaga, 2009 ; 11 : 479-564.
- 21-Snow, C.E. & Hoefnagel-Hohle, M. The critical period for language acquisition: Evidence from second language learning. *Child Development*, 2000; 69: 1214-1228.
- 22-Snyder, L.S. & Bretherton, I. Content and context in early lexical development. *Journ. of Child Language*, 2001; 20: 597-605.
- 23-Taylor, I. *Psycholinguistics: learning and using language*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 2000.
- 24-Tracy, K. Staying on topic: an explication of conversational relevance. *Discourse processes*, 2004; 17: 337-364.



Dialogue entre adultes et enfants à Ililikimou (Bénin). Photo Psy Cause 2008.



Adou Pascal Gnamba

Représentation de la maladie et adhérence thérapeutique chez les personnes diabétiques en Côte d'Ivoire

Résumé : cette recherche qui s'inscrit dans le cadre de la psychologie de la santé, vise à connaître la représentation que les sujets diabétiques ont de leur maladie et d'évaluer l'influence de leur représentation du diabète sur l'adhérence thérapeutique. Cette étude, se fondant sur les théories sociocognitives que sont le Modèle d'Auto-Régulation de Leventhal, Zimmerman & Gutmann et la Théorie de l'Action Raisonnée de Fishbein & Ajzen, a porté sur un échantillon de 76 sujets sélectionnés sur la base de la technique d'échantillonnage accidentel. La représentation de la maladie est évaluée à l'aide du questionnaire auto-administré de représentation de la maladie : l'IPQ-R (Revised Illness Perception Questionnaire). Quant à l'adhérence thérapeutique, celle-ci est appréciée par le TEO (Test de l'Evaluation de l'Observance Thérapeutique) de Girerd. Comme résultat, seule la dimension « compréhension de la maladie » détermine véritablement le niveau d'adhérence au traitement.

Mots clés : diabète, représentation, compréhension de la maladie, perception du traitement, adhérence thérapeutique,

Abstract : this research is part of the psychology of the health, aims to know the representation which the individuals diabetic have of their disease and to estimate the influence of their representation of the diabetes on the therapeutic adhesion. This study, basing itself on the sociocognitive theories that are the Model of Auto-Regulation of Leventhal, Zimmerman & Gutmann and the Theory of the Action Reasoned by Fishbein & Ajzen, concerned a sample of 76 individuals selected on the basis of the technique of accidental sampling. The representation of the disease is appreciated by means of the questionnaire auto-administered by the disease: representation of the IPQ-R (Revised Illness Perception Questionnaire). As for the therapeutic adhesion, this one is estimated by the TEO (Evaluation Test of the Therapeutic Observance) of Girerd. Like result, only dimension « comprehension of the disease » determines truly the level of adherence to the treatment.

Key words : diabetes, representation, disease comprehension, perception of the treatment, therapeutic adherence.

Introduction

Cette recherche s'inscrit dans le cadre de la psychologie de la santé. Bruchon-Schweitzer & Dantzer (1994) définissent cette discipline comme l'étude des troubles psychosociaux pouvant jouer un rôle dans l'apparition des maladies et accélérer ou ralentir leur évolution. S'intéressant autant aux causes qu'aux conséquences directes ou indirectes, la psychologie de la santé propose des méthodes et des solutions préventives ou curatives impliquant généralement des changements de comportements en matière de santé.

Maître-assistant au Département de Psychologie
Université Félix Houphouët Boigny de Cocody Abidjan (Côte d'Ivoire),
22 B.P. 34 Abidjan 22, Tél. : + 225 07 871 333
E-mail : pascadou@yahoo.fr.

Dans le domaine de la psychologie de la santé, de nombreuses études portent sur l'annonce du diagnostic et sur les informations apportées aux malades. La représentation de la maladie peut avoir des conséquences sur son évolution ultérieure.

Il est question dans notre étude de la représentation de la maladie et de l'influence qu'elle pourrait avoir sur l'observance thérapeutique. Il s'agit de réfléchir sur le système de santé moderne à fondement biomédical et d'analyser sa mise en place et son fonctionnement externe. En effet, quand le fonctionnement interne fait référence à l'organisation des soins, à la structuration professionnelle, le fonctionnement externe met plutôt en lumière les relations avec les malades et les usages pratiques qu'en font ces derniers.

Face à ce problème de santé publique, les connaissances issues de la psychologie de la santé sont essentielles. Cette discipline propose les modèles descriptifs et explicatifs de la gestion de la maladie à travers la mise en place de comportements de santé par le patient ainsi que des interventions qui facilitent l'adoption de ces comportements. Sa contribution au domaine de l'adhérence thérapeutique est incontournable. En effet, bien que les thérapeutiques évoluent depuis ces dernières années, limitant le nombre de prises nécessaires et améliorant leur efficacité, le taux de non adhérence reste très élevé (39%) selon Châteaux (2008).

Nous avons choisi d'étudier le diabète pour un fait paradoxal. Naguère considéré comme la pathologie des occidentaux et des bourgeois, le diabète est de plus en plus présent en milieu africain, notamment ivoirien, aussi bien chez les personnes âgées, adultes que chez les jeunes et enfants. En Côte d'Ivoire, l'on assiste à une élévation progressive de la fréquence de personnes atteintes, soit 6% de la population selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2011). Les formes symptomatiques de la maladie s'accompagnent d'une morbidité importante (2%), de complications diverses qui expliquent le caractère incapacitant de ces formes.

L'OMS évoque une véritable épidémie avec un nombre de cas passé de 30 millions en 1985 à 135 millions en 1995. Ce nombre a atteint 194 millions en 2003, puis 347 millions en 2011 (Danaei, Finucane, Lu Y, Singh, Cowan, Paciorek & al., 2011). Cette organisation s'attend à un nombre de diabétiques d'environ 382 millions d'ici à l'an 2021. 75% de ces diabétiques émaneront des pays en voie de développement tels la Côte d'Ivoire. Le diabète est l'une des principales causes de décès dans le monde selon l'OMS (2004). En 2030, cette maladie constituera la septième cause de décès sur la planète (OMS, 2011). Selon les estimations de cette organisation, depuis 2000, près de quatre millions de personnes en meurent par an dans le monde ; ce qui correspond à un taux de létalité de 9 % environ. D'après les projections, le nombre total de décès par diabète devrait augmenter de plus de 50% au cours des dix prochaines années. Pour Mathers & Loncar (2006), plus de 80% de ces décès se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

La prévalence du diabète dans les communautés africaines augmente avec le vieillissement de la population et les modifications du mode de vie en rapport avec une occidentalisation et une urbanisation rapides (Teké, 2004). En effet, les populations urbanisées consomment de plus en plus gras et sucré (Teké, op. cit.). Les statistiques de l'OMS (2010) sont significatives à cet égard. Le nombre de diabétiques en Afrique sub-saharienne était estimé à plus de 7 millions en 2000. La fréquence du diabète est actuellement évaluée entre 1% et 6% de la population. La prévalence dans les communautés traditionnelles rurales est inférieure à 2%. Le diabète de type 2 est la forme prédominante (90%), le reste étant représenté par le diabète de type 1 et les patients souffrant d'un diabète atypique qui nécessite d'être élucidé.

Ainsi, longtemps considéré comme une maladie de pays pléthoriques, le diabète est-il devenu en quelques années un problème de santé publique en Afrique. En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète est très largement sous-estimée. Les sujets atteints pourraient passer à 421 000 en 2030 selon les projections de l'OMS (2010). Le rythme de progression de la maladie au sein de la population est de 2 000 cas par an.

Comme toute maladie chronique, le diabète est une pathologie qui renvoie, au moins à trois significations différentes. D'abord, il désigne un événement concret affectant un individu donné. Ensuite, il s'agit d'une entité taxinomique entrant dans une nomenclature. Enfin, il évoque une notion générale et abstraite d'un état opposé à la bonne santé. Dans de nombreuses autres sociétés, on ne retrouve pas nettement le concept général et abstrait de maladie, car celui-ci y est fondu dans les catégories plus vastes du mal, d'infortune, de désordre, etc. Même lorsque la présence de cette notion est attestée, on observe fréquemment le recours aux interprétations présentant les maladies comme des événements néfastes parmi d'autres affectant les relations sociales. Tout comme la maladie est une modalité de l'infortune, la santé est symétriquement un aspect de l'ordre harmonieux qui régit les rapports spatiaux et temporels de l'individu avec le monde et les autres. La maladie est d'abord l'expression et la prise de conscience personnelle d'une altération psychosomatique vécue comme étant déplaisante et incapacitante. Le seuil de perception et la pertinence différentielle des symptômes sont fortement influencés non seulement par le milieu culturel, mais aussi par la biographie de l'individu et l'histoire de son groupe. Dès le départ, le fait d'« être malade », c'est-à-dire le vécu subjectif personnel de la maladie a déjà une dimension sociale.

La première étape d'une maladie en tant que phénomène social est la communication par la parole et souvent un comportement culturellement homologué. Le sujet accède ainsi au rôle social de malade, qui se caractérise par la reconnaissance de son incapacité involontaire à remplir ses fonctions sociales habituelles. Ce rôle a des implications très diverses selon les cultures et les contextes particuliers. De manière aussi impérative que sa reconnaissance sociale, le caractère délétère, inopiné et apparemment sélectif de la maladie exige de celui qui en est atteint, assisté de son entourage et éventuellement de spécialistes, la recherche d'une explication et le recours à une action efficace. Il s'agit d'un processus dynamique, non nécessairement cohérent en toute étape, qui se déroule au cours d'un itinéraire thérapeutique susceptible de présenter de brusques infléchissements ou de se diversifier. C'est pourquoi, pour aborder la représentation de la maladie, Laplantine & Jodelet (1989) se sont appuyés sur quatre binômes. Dans le premier appelé le modèle ontologique, la maladie est une entité en elle-même indépendante du malade comme une chose, contraste avec le modèle relationnel, où la maladie n'est qu'une rupture de l'équilibre habituel du patient. Le deuxième binôme distingue le modèle exogène où la maladie est due à l'effet d'un élément étranger à la personne et le modèle endogène où la

maladie part de l'intérieur de la personne et se développe à partir de soi. En ce qui concerne le troisième binôme, il s'agit du modèle additif où la maladie est une « positivité ennemie » due à un « trop plein » responsable de l'apparition de la maladie. Il est contraire du modèle soustractif où la maladie apparaît suite à une carence. Enfin, le dernier binôme oppose le modèle maléfique où la maladie est une anomalie qui isole et dévalorise, et le modèle bénéfique où la maladie est vécue comme un obstacle qui est l'occasion d'une initiation, d'un développement personnel.

À partir des modèles de Laplantine & Jodelet (1989), l'accès aux représentations des patients fournit des informations sur le sens qu'ils accordent à leur maladie et aux valeurs qui guident leur vécu. Détecter ces approches peut aider le médecin dans son approche de la personne malade.

Dans une méta-analyse de 45 études, Haager & Orbell (2003) s'intéressent aux croyances des patients. Ils montrent que les patients sont convaincus que leur guérison est liée à leur représentation de la maladie. En ce qui concerne les résultats des travaux de Flick (2000) sur la représentation de la santé, ils indiquent que le concept central de représentation est la conscience de la santé. En effet, les femmes portugaises sont moins conscientes de la santé que les femmes allemandes. Ces résultats ont une certaine similarité avec ceux d'une recherche sociologique réalisée chez les adultes en Russie et en Finlande (Palosuo, Zhuravleva, Uutela, Lakomova & Shilova, 1995). Les sujets russes étaient beaucoup moins conscients de leur propre santé et montraient une irresponsabilité sur ce sujet en comparaison avec les sujets finlandais. Ce manque de responsabilité individuelle par rapport à la santé chez les Russes s'explique par le contexte culturel et historique. Cette affirmation est corroborée par l'étude de Bovina (2006) sur les représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes. Pour elle, le système central de représentation de la maladie des sujets de l'échantillon (n=162 personnes âgées de 18 à 30 ans) fait référence de la maladie comme une faiblesse de l'état physique. Ce système est fortement enraciné dans l'histoire et la culture russes.

Dans les recherches effectuées par Galli & Fasanelli (1995) sur les enfants en Italie, la maladie est représentée en termes de fièvre, lit, médicaments, rubéole, rhume, hôpital, seringue, mort, tristesse. Pour ces auteurs, la maladie est liée aux idées d'immobilité et d'outils médicaux. Quant aux études menées par Flick (op.cit.), elles donnent un éclairage à notre recherche en ce sens que pour cet auteur, la conscience de la santé constitue le concept central de représentation de la santé chez les sujets étudiés. Les femmes portugaises sont moins conscientes de la santé que les allemandes. Toutes ces recherches menées selon la théorie des représentations sociales de la maladie sont effectuées selon le modèle occidental pour qui la maladie et la santé ont une valeur individuelle. Ce qui n'est pas le cas dans le contexte africain voire ivoirien où selon Memel-Foté (1998), la représentation de la maladie a une valence collective et sociétale.

Elle assure une fonction d'orientation des comportements et des pratiques en ce sens que selon Abric (1994, p.13), elle correspond à « une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place ».

Dans la perspective d'étudier les représentations de la maladie, de nombreux modèles issus de la psychologie sociale ont été proposés par Kouabenan, Cadet, Hermand & Munoz Sastre (2006), en l'occurrence les modèles cognitifs et les modèles socio-cognitifs. Ceux-ci ont pour objectif principal d'induire des changements du comportement à travers des modifications des cognitions individuelles. À partir de ces modèles, l'on doit être en principe en mesure de faire le lien entre les connaissances, les croyances, les attitudes et les comportements. Au niveau des modèles cognitifs qui mettent l'accent en particulier sur les cognitions plutôt que sur le contexte social à l'intérieur duquel elles se manifestent, nous avons le HBM (Health Belief Model de Becker (1974), Rosenstock (1974)), le PMT (Protection Motivation Theory de Roger, 1975). À côté de ces théories, il y a les modèles sociocognitifs qui mettent à la fois l'accent sur les cognitions individuelles et le contexte social d'où elles émergent. Parmi ces modèles, il y a la SCT (Social-Cognitive Theory de Bandura, 1986), la TPB (Theory of Planned Behaviour de Ajzen, 1991), le Modèle d'Auto-Régulation de Leventhal, Zimmerman & Gutmann (1984) et le TRA (Theory of Reasoned Action de Ajzen & Fishbein, 1973). Ici, il s'agit de mettre l'accent sur l'observance thérapeutique en tant que comportement à observer. Selon ces modèles, le comportement d'une personne serait influencé par son intention comportementale à l'adopter. Cette intention serait quant à elle déterminée par l'attitude de la personne à l'égard de la réalisation du comportement et par ses normes subjectives relatives au comportement. L'attitude renvoie à l'évaluation positive ou négative du fait de s'engager dans le comportement en question (l'adhérence thérapeutique). Elle est une fonction multiplicative des croyances comportementales spécifiques de l'individu concernant les conséquences probables du comportement et son évaluation de ces conséquences. Leur objectif est de comprendre les différents facteurs impliqués dans la construction de la représentation cognitive et émotionnelle de la maladie qui guiderait l'adoption et le maintien des habitudes comportementales saines.

L'observance ou compliance est un terme utilisé dans la pratique pharmaceutique (ou plus globalement dans le domaine médical) pour mesurer si un patient donné respecte la posologie de ses médicaments ou pour savoir s'il prend bien et bien ses médicaments. Mais il importe de signaler que la notion même de posologie est bien plus restrictive que celle de compliance ou d'observance thérapeutique. Pour Gaudet (2008 ; p.221), « l'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs,



Vue du CHU de Yopougon (Abidjan).
Photo de l'auteur.

émotionnels, comportementaux et sociaux qui interagissent entre eux ». L'observance thérapeutique englobe donc tout un éventail comportemental s'inscrivant dans la dynamique de l'acceptation totale du traitement. L'observance est un élément clé du succès d'une thérapie médicamenteuse. Si la prise rigoureuse des médicaments selon leur horaire établi n'est pas respectée, on parlera alors d'inobservance, une condition qui peut faire échouer le traitement médicamenteux et mettre en danger la santé d'un patient. L'observance est la correspondance existant entre le comportement d'une personne et les recommandations (généralement des professionnels) concernant un traitement préventif ou curatif (médicament, changement des habitudes de vie, visites de suivi...). En pratique pharmaceutique, l'observance se réfère au fait d'adhérer aux recommandations. C'est un facteur très important dans le processus de guérison.

Bien que les thérapeutiques aient considérablement évolué depuis ces dernières années, limitant le nombre de prises nécessaires et améliorant leur efficacité, le taux de non adhérence reste élevé selon Châteaux (2008). Il y a, en effet, un écart entre le progrès sur le plan des thérapeutiques et les comportements d'observance effective aux traitements prescrits. Il apparaît nécessaire alors de vérifier la possible influence de la représentation de la maladie sur l'adoption de comportement sain de santé, en l'occurrence l'adhérence thérapeutique dans le contexte circonscrit de la société ivoirienne.

Il s'agira dans notre étude de répondre à deux questions fondamentales. Quelles sont les représentations du diabète chez les personnes qui en sont atteintes? Quelle est l'influence de celle-ci sur l'adhérence thérapeutique?

Cette recherche a pour objectif de montrer comment l'observance thérapeutique peut être conditionnée par l'univers cognitif du patient. Elle met en jeu deux hypothèses de travail :

- H1 : Les sujets diabétiques ayant une bonne compréhension de leur maladie présentent une bonne observance thérapeutique contrairement à leurs homologues qui en ont une mauvaise compréhension.
- H2 : Les sujets diabétiques développant une perception positive du traitement observent une bonne adhérence thérapeutique contrairement à ceux dont la perception est négative.

Méthodologie

Description des variables

La variable indépendante de cette recherche est la représentation sociale du diabète. Pour saisir cette représentation de la maladie chez les sujets diabétiques, nous nous référons à deux des huit dimensions définies par le Modèle d'Auto-Régulation de Leventhal, Zimmerman et Gutmann (1984). Il s'agit de la compréhension de la maladie et la perception du traitement qui ont été utilisées par Châteaux (op.cit.) sur la représentation de la maladie chez les enfants asthmatiques.

Ces deux dimensions sont de nature quantitative et s'expriment par des scores. Elles sont évaluées au moyen d'une échelle de type Likert. Il s'agit du questionnaire auto-administré portant sur l'évaluation de la représentation de la maladie inspiré de l'IPQ-R (Revised Illness Perception Questionnaire de Weinman, Petrie, Moss-Morris et Horne (1996).

La compréhension de la maladie est la faculté de la comprendre, de l'appréhender, de la concevoir. Elle traduit la capacité de donner un sens clair à la maladie.

La compréhension d'une maladie dépend d'une description détaillée de ses symptômes qui sont les manifestations de l'altération des processus vitaux. Les symptômes peuvent évoluer de plaintes subjectives à propos d'une douleur, comme les maux de tête ou les maux de dos, jusqu'à des

états visibles comme un œdème ou une perte importante de poids. Quant à la perception du traitement, il s'agit de la réaction d'un sujet face à ce phénomène. Elle concerne la question de la fonction par laquelle l'esprit du sujet se la représente. Elle renvoie donc à la prise de conscience de ce phénomène.

La dimension « compréhension de la maladie » se dichotomise en deux modalités qui sont : la bonne compréhension et la mauvaise compréhension. Il y a une bonne compréhension de la maladie lorsque le sujet arrive à saisir le sens des symptômes de son mal. La mauvaise compréhension est alors la possibilité que la maladie apparaisse au sujet comme un mystère. Cette dernière éventualité correspond au fait que le sujet diabétique ne trouve aucun sens à sa maladie.

La dimension « perception du traitement » se présente en deux modalités : la perception positive et la perception négative. Il y a une perception positive du traitement quand le sujet diabétique trouve que celui-ci est efficace pour soigner sa maladie. La perception négative est par contre la possibilité que le traitement lui apparaisse comme étant inefficace dans le contrôle de sa maladie.

La variable dépendante de notre étude est l'adhérence au traitement. Elle est de nature quantitative et exprimée par des scores. Ceux-ci varient de 5 à 25 points. Le score 5 indique l'adhérence au traitement la moins favorable et 25, l'adhérence la plus favorable. L'adhérence au traitement est mesurée à partir de l'observance thérapeutique évaluée à l'aide du Test de l'Évaluation de l'Observance (TEO) de Girerd, Hanon, Anagnostopoulos & al. (2001). Cette variable est dichotomisée en deux modalités qui sont : la bonne observance et la mauvaise observance. La première désigne le fait pour le sujet d'adhérer aux recommandations du spécialiste de la santé en vue de la guérison ou de la prévention de la maladie. La seconde exprime le comportement du patient relatif au non-respect de la prise des médicaments selon leur horaire établi.

Echantillonnage

L'échantillon de cette étude est constitué de 76 sujets diabétiques pris en charge au sein du Service d'Endocrinologie Diabétologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon-Abidjan. Ces patients ne sont pas à leur première consultation. Ils ont donc reçu d'avance une explication sur les causes probables et les manifestations de leur diabète. Ce sont des hommes et des femmes en proportion égale âgés d'au moins 46 ans et de niveau d'études secondaires. La méthode d'échantillonnage utilisée dans notre étude est la technique d'échantillonnage accidentel. C'est une technique empirique qui permet de réaliser une sélection aléatoire des répondants.

Matériel

Dans cette étude, nous nous servons du modèle de questionnaire portant sur la représentation de la maladie élaboré par Châteaux (2008) sur les asthmatiques. Ce questionnaire a

deux buts. Dans un premier temps, il appréhende la représentation sociale du diabète chez les personnes qui en sont atteintes, ainsi que leurs attitudes vis-à-vis du traitement prescrit. Dans un second temps, il évalue chez les personnes malades, leur niveau effectif d'adhérence au traitement. Il s'inspire en grande partie de l'IPQ-R. Ce questionnaire se fonde également sur le TEO de Girerd & al. (Op.cit.) pour apprécier l'adhérence thérapeutique des sujets diabétiques. Cet instrument a été adapté en milieu ivoirien où il a été appliqué aux sujets asthmatiques.

Cette échelle de type Likert qui permet d'évaluer les dimensions de la représentation de la maladie comporte soixante deux items. Ces items se verront attribués à chacun une note allant de quatre à un pour les treize premiers items et une note allant de cinq à un pour les cinquante six autres. Pour chacun de ces items, il est établi un score à partir d'un traitement statistique.

Déroulement de l'enquête

Avant l'enquête proprement dite, une pré-enquête, Celle-ci visait à interroger un certain nombre d'individus dans le but d'avoir une idée sur les faits, les attitudes des personnes malades dans un premier temps face au diabète et dans un second temps face au traitement qui leur a été prescrit. Cette démarche a concerné douze patients dans le service de diabétologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Abidjan-Cocody. Ce travail préliminaire nous a permis d'apprécier l'accueil réservé au questionnaire par les enquêtés.

L'administration du questionnaire s'est faite selon un mode individuel. Chaque sujet recevait un questionnaire qu'il remplissait sur place pour nous le rendre aussitôt. Puis, nous effectuons un contrôle destiné à nous assurer que tous les items ont reçu une réponse.

Exploitation des données

Le dépouillement des données s'est fait par le biais du logiciel Sphinx Plus. Il a consisté en l'application du khi-carré de Pearson.

La cotation des items du questionnaire tient compte de leur valence positive ou négative. A chacun d'eux, est attribuée une note correspondant aux modalités de réponse suivantes : pas du tout d'accord : +1; pas d'accord : +2; d'accord : +3; tout à fait d'accord : +4.

Cette cotation, qui vaut pour les items positifs, s'inverse pour les items négatifs ainsi cotés : tout à fait d'accord : +1; d'accord : +2; pas d'accord : +3; pas du tout d'accord : +4.

Nous établissons par la suite pour chacun des sujets, un score qui est la somme des points obtenus aux différents items. Le score médian est alors défini pour tenir lieu de critère de dichotomisation de chacune des variables étudiées. Tout sujet dont la note lui est inférieure, est considérée comme ayant une mauvaise compréhension de sa maladie ou une mauvaise adhérence thérapeutique. En revanche, tout diabétique ayant un score qui lui est supérieure, est décrit

comme témoignant une bonne compréhension de sa maladie ou ayant une bonne observance des règles posologiques.

Pour chacune des deux dimensions de la représentation sociale de la maladie (compréhension de la maladie et perception du traitement) mise en évidence dans notre étude, il y a cinq items.

L'on obtient des notes comprises entre cinq et vingt-cinq. Pour ce faire, l'on multiplie la plus petite note par le nombre total d'items ($1 \times 5 = 5$) d'une part et d'autre part, en multipliant la plus grande note par le nombre total d'items ($5 \times 5 = 25$).

Résultats

Compréhension de la maladie et adhérence thérapeutique

L'effet de la compréhension de la maladie sur l'adhérence thérapeutique est apprécié au moyen du khi-carré de Pearson. Ce test statistique est appliqué aux données du tableau 1 :

Le X^2 de la distribution est de 10.50. Il indique une différence significative entre les fréquences comparées au seuil de probabilité .01.

L'examen détaillé du tableau ci-dessus fait apparaître que les diabétiques caractérisés par une bonne adhérence thérapeutique sont majoritairement ceux ayant une bonne compréhension de leur maladie (29 sujets sur 43, soit 67,44 %). Par contre, les diabétiques qui ont une mauvaise compréhension de leur pathologie, se signalent surtout par leur mauvaise adhérence thérapeutique (14 sujets sur 43, soit 32,56 %).

Cette conclusion vérifie notre première hypothèse de travail. Autrement dit, l'observance stricte des prescriptions posologiques est le fait des diabétiques ayant une claire conscience de leur maladie et la mauvaise adhérence thérapeutique celui des sujets ayant une mauvaise compréhension de leur maladie.

En somme, la compréhension de la maladie détermine le niveau d'adhérence thérapeutique. Les diabétiques ayant une bonne compréhension de leur maladie jugent efficace la thérapeutique qui leur est prescrite. Cela signifie une prédisposition positive à l'égard de l'adhérence au traitement biomédical.

En outre, les encouragements des membres de l'entourage des sujets malades tiennent lieu de norme subjective à ces derniers. Le fait que certains de leurs proches trouvent le traitement bon et que d'autres sont prêts à les imiter renforce leur moral et leur croyance en une santé améliorée.

Ainsi, conformément à la Théorie de l'Action Raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975), ce sont la combinaison de l'attitude favorable envers le suivi du traitement et la norme subjective illustrée par les encouragements des personnes référentes (parents, pairs, etc.) qui aboutissent à l'intention d'effectuer le comportement de santé, c'est-à-dire l'adhérence thérapeutique.

Cette analyse est confortée par la théorie du comportement planifié (TPB) d'Albarracín, Johnson, Fishbein & Muellerleile (2001) selon laquelle l'adoption d'un comportement de santé est déterminée par l'intention de l'individu qui, elle-même, dépend de trois facteurs :

- L'attitude envers le comportement (l'adhérence thérapeutique), attitude influencée par les croyances sur les résultats et les conséquences du comportement ;
- Les normes subjectives influencées par les croyances concernant les normes sociales, les attentes des personnes importantes et la pression sociale ;
- Le contrôle comportemental perçu influencé par les croyances concernant le pouvoir de contrôle ou les attentes de succès (perception que le comportement approprié est facile à mettre en œuvre et est à la portée de l'individu).

La capacité du sujet à supporter ses frais de santé lui assure un contrôle ayant un retentissement positif sur la perception des réalités. Souvent, une forte et noble intention peut être

Tableau I : Distribution des fréquences de diabétiques selon la compréhension de la maladie et le niveau d'adhérence au traitement

Le niveau d'adhérence au traitement		La compréhension de la maladie		Total
		Bonne	Mauvaise	
Bonne observance	Effectif (n)	29	14	43
Mauvaise observance	Effectif (n)	09	24	33
Total		38	38	76

Tableau II : Répartition des diabétiques en fonction de leur perception du traitement et de l'adhérence thérapeutique

Le niveau d'adhérence au traitement		La perception du traitement		Total
		Perception positive	Perception négative	
Bonne observance	Effectif (n)	20	14	34
Mauvaise observance	Effectif (n)	18	24	42
Total		38	38	76

contrariée par des facteurs non motivationnels tels que le manque de ressources financières ou des obstacles d'ordre matériel.

Perception du traitement et adhérence thérapeutique

La technique statistique du Khi-carré de Pearson est utilisée pour tester l'incidence de la perception du traitement sur l'adhérence thérapeutique. Elle est employée sur les données du tableau II :

Au seuil de probabilité .01, le X^2 de la distribution est de 1.92. Il indique qu'il n'y a pas de relation entre les deux variables à savoir la perception du traitement et l'adhérence thérapeutique. En d'autres termes, la perception du traitement ne détermine pas le niveau d'adhérence thérapeutique.

Discussion

Cette étude a pour objectif d'évaluer l'impact de la représentation du diabète et du traitement des individus qui en sont atteints sur l'adhérence thérapeutique. Les résultats obtenus ne confirment que partiellement nos hypothèses de travail. Si l'adhérence thérapeutique dépend, entre autres facteurs, de la représentation de la maladie, elle n'est pas déterminée par la perception du traitement.

Par conséquent, l'importance et l'intérêt de la « compréhension de la maladie » dans l'explication des conduites d'adhérence thérapeutique chez les diabétiques constituent un fait établi. La forte adhérence thérapeutique chez les sujets diabétiques pris en charge dans le service d'endocrinologie diabétologie du CHU de Yopougon contraste avec les résultats des travaux de Konin, Adoh, Coulibaly, Kramoh, Safou & al (2006) sur les hypertendus noirs africains pris en charge à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. En effet, ces auteurs avaient conclu à une observance médiocre au traitement antihypertenseur.

De plus, notre étude montre une forte adhérence thérapeutique chez les sujets diabétiques. En effet, 56,58% (43 sujets sur 76) de l'échantillon ont une bonne observance contre 43,42% (33 sujets sur 76) qui en ont une mauvaise. Ce résultat va dans le sens des travaux de Waeber & Feihl (2007) qui indiquent qu'une maladie chronique peut favoriser l'adhérence thérapeutique à long terme. Relativement à cela, l'on peut émettre l'hypothèse que la stabilité du traitement est un facteur favorisant l'observance thérapeutique à long terme.

D'après la théorie de l'action raisonnée, les communications efficaces visent à accroître la perception de la désirabilité du comportement (des attitudes et des attentes positives). Cette théorie a été appliquée avec succès à différents problèmes de santé, comme les intentions et les comportements concernant le planning familial (Ajzen & Fishbein, 1973), l'usage du contraceptif (Fisher, 1984), l'intention de conduire après avoir bu (Aberg, 1994) ou l'usage des préservatifs (Albarra-cin, Johnson, Fishbein & Muellerleile, 2001).

Les modèles sociocognitifs sont surtout explicatifs des intentions de changement mais sont loin de pouvoir déterminer les raisons qui amènent certaines personnes et pas d'autres à transformer effectivement en actes leurs intentions (Fishbein, Hennessy, Yzer, & Douglas, 2003).

Cependant, des études estiment que la moitié des patients souffrant de maladies chroniques, telles le diabète et l'hypertension, n'adhèrent pas beaucoup aux indications de traitement et que même l'observance vis-à-vis d'un comportement d'apparence aussi simple que celui d'utiliser la ventoline contre l'asthme est faible (Dekker, Schrier, Sterk & Dijkman, 1992).

Les travaux de Waeber & Feihl (op.cit.) tendent à prouver le contraire. Une maladie chronique (l'hypertension artérielle, dans le cas de leur étude), peut favoriser l'adhérence thérapeutique à long terme. Ces auteurs arguent que la stabilité du traitement est un facteur favorisant l'observance thérapeutique à long terme. Ainsi, l'analyse des prescriptions retirées par les malades a révélé une observance thérapeutique significativement meilleure lorsqu'aucun changement de traitement n'a été nécessaire.

Un des aspects à prendre en compte, c'est la déresponsabilisation du patient qui doit faire ce que l'autre lui dit. À partir des années 1990, le terme de self management apparaît. Il s'agit de rendre le patient acteur dans la gestion de sa maladie.

L'étude de l'observance thérapeutique ne peut pas se réduire à l'étude de la non-conformité des patients, car celle-ci n'est pas indépendante de facteurs contextuels, en particulier familiaux.

L'observance peut être considérée comme satisfaisante si le sujet suit la totalité des prescriptions médicales sans modification, adjonction, réduction ou augmentation. L'absence d'une observance au cours d'un essai, peut se présenter de différentes manières. Bouvard & Cottraux, (2005) ont isolé des situations cliniques qu'ils ont rencontrées avec une plus ou moins grande fréquence, ou qui ont été signalées dans des revues spécialisées (Matillon & Pasquier, 1980) :

- le sujet diminue ou augmente les doses ;
- le sujet a recours à l'auto médication, en prenant les médicaments de quelqu'un d'autre, ou bien en se donnant un produit conseillé par le pharmacien, un professionnel du milieu médical ou une toute autre personne s'inscrivant dans le cadre de la médecine traditionnelle, qu'il associe au traitement ;
- le sujet accumule le traitement prescrit avec un traitement antérieur, ou un traitement concurrent, dont à la limite, il a oublié de parler, considérant que le traitement va de soi et est banal, etc.

Pour des nombreux professionnels de la santé, l'adhérence thérapeutique est un enjeu majeur, 50% des patients ne suivent pas correctement leurs prescriptions médicales (Car-mody, Matarazzo, Istvan, 1987 ; Rapoff & Christophersen, 1982). De cette non - adhésion émanent des conséquences négatives pour le patient, telles que subir des traitements

supplémentaires, aggraver la maladie ou en exacerber les symptômes. De nombreuses théories ont été publiées sur le processus du changement de comportement du patient contribuant au développement de l'adhérence thérapeutique. Cependant, malgré les efforts des professionnels de la santé, le problème de l'adhérence thérapeutique n'est pas encore résolu, en ce sens que, même si ces efforts sont utiles, ils ne sont pas toujours efficaces.

Conclusion

Cette étude met en évidence deux dimensions de la représentation sociale de la maladie qui vont de l'identité de la menace à la perception du traitement en passant par la compréhension de la maladie. De ces huit dimensions de la représentation sociale de la maladie définies selon le modèle théorique de Leventhal, Zimmerman et Gutmann (op.cit.), il y a la dimension « compréhension de la maladie » qui détermine véritablement le niveau d'adhérence au traitement. Cet état de fait ne se vérifie pas avec la seconde dimension dans notre étude en référence aux travaux de Châteaux (2008), c'est-à-dire la « perception du traitement ». En effet, cette dimension ne détermine aucunement le niveau d'adhérence au traitement, d'où l'intérêt de chercher d'autres déterminants aux comportements spécifiques face à la maladie.

Elle sert de base à la stratégie d'intervention lors des séances de counseling à travers la mise en place d'un véritable dispositif de soutien aux malades dans l'observance thérapeutique. Il importe de prendre en compte les représentations cognitives et émotionnelles des personnes malades quel que soit le type de pathologie chronique telle le diabète dans les programmes de sensibilisation sur l'adhérence thérapeutique.

En outre, il importe d'aborder le concept d'optimisme réaliste. En effet, Kouabenan & al (op.cit.) affirment que l'optimisme réaliste peut être positif dans la mesure où il contribue à développer et à maintenir le sens de contrôle et de la maîtrise des événements et de la sécurité. Il stimule la motivation et la persévérance dans des comportements, donc à faire face aux menaces, et entretient au moins l'espoir que les résultats escomptés seront obtenus. En fait, en conférant aux malades une plus grande confiance en eux et une forte estime de soi, l'optimisme les libère des sensations d'angoisse qui pourraient les paralyser, leur procure une motivation plus grande pour faire face aux situations difficiles de santé vécues. Ces malades vont donc faire preuve d'une vigilance plus accrue par rapport aux informations menaçantes liées à leur maladie.

Il semble enfin qu'une illusion modérée peut avoir des effets positifs sur le comportement de protection, mais qu'au-delà d'une certaine marge, l'illusion exagérée de son contrôle ou de sa vulnérabilité peut avoir des conséquences fâcheuses pour la sécurité. Un niveau raisonnable d'optimisme et de vulnérabilité semble donc nécessaire pour initier des comportements adaptés tels l'observance effective de la thérapie.

Références bibliographiques

- Åberg, L.R., «Relations among variables influencing drivers' intentions to drive after drinking», *Social psychology and health: European perspectives*, 1994, pp.89-100 [10].
- Abric, J.-C., *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Edition PUF, 1994, 251 p [3].
- Ajzen, I., «The theory of planned behavior», *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 1991, pp. 179-211 [4].
- Ajzen, I. & Fishbein, M., «Attitudinal and normative variables as predictors of specific behavior», *Journal of Personality and Social Psychology*, 27(1), 1973, pp.41-57 [4;10].
- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M., & Muellerleile, P.A., «Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: A meta-analysis», *Psychological Bulletin*, 127, 2001, pp.142-161 [8;10].
- Bandura, A., *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1986 [4].
- Batmah, D.Z. & Gnamba, A.P., Représentation sociale et adhérence thérapeutique chez les personnes diabétiques à Abidjan, manuscrit non publié, Université de Cocody, Département de Psychologie, 53 pages et annexes
- Becker, M.H., «The Health Belief Model and Personal Health Behavior», *Health Education Monographs*, 2(4), 1974 [3].
- Bovina, I.B., « Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : « force » versus « faiblesse » », *Papers on Social Representations*, 15, 2006, pp.5.1-5.11 [3].
- Bouvard, M. & Cottraux, J., « Intérêts, difficultés et enjeux de l'évaluation psychologique des sportifs », *Bulletin de psychologie*, 1 (475), 2005, pp. 113-117 [10].
- Bruchon-Schweitzer, M. & Dantzer, R., *Introduction à la psychologie de la santé*, Paris, PUF, 3^{ème} Edition, 1994 [1].
- Carmody, T.P., Matarazzo, J.D., Istvan, J., « A Promoting adherence to heart-healthy diets: A review of the literature. », *Journal of Compliance in Health Care*, 2(2), 1987, pp.105-124 [10].
- Châteaux, V., *L'enfant Asthmatique et ses Parents*, Paris, Editions Harmattan, 2008, 162 p [1; 4 ;5 ;6 ;10].
- Danaei, G., Finucane, M.M., Lu Y., Singh G.M., Cowan M.J., Paciorek C.J. & al., «National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants», *Lancet*, 378 (9785), 2011, pp. 31-40 [1].
- Dekker, F.W., Schrier, A.C., Sterk, P.J., Dijkman, J.H., « Validity of peak expiratory flow measurement in assessing reversibility of airflow obstruction », *Thorax*, 47, 1992, pp.162-166 [10].
- Fishbein, M.A. & Ajzen, I., *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, Addison Wesley, Reading, MA, 1975 [8].
- Fishbein, M., Hennessy, M., Yzer, M. & Douglas, J., « Can we explain why some people do and some people do not

- act on their intentions?», *Psychology/ Health and Medicine*, 8, 2003, pp. 3–18 [10].
- Fisher, W.A., « Predicting Contraceptive Behavior Among University Men: The Role of Emotions and Behavioral Intentions », *Journal of Applied Social Psychology*, 14 (2), 1984, pp. 104–123 [10].
- Flick, U., « Qualitative inquiries into social representations of health », *Journal of Health Psychology*, 5, 2000, pp. 315–324 [3].
- Galli, I. & Fasanelli, R. « Health and illness: a contribution to the research in the field of social representations », *Papers on Social Representations*, 4, 1995, pp.15–28 [3].
- Gauchet, A., *Observance thérapeutique et VIH. Enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux*, Paris, éd. L'Harmattan, 2008, 249 p [4].
- Girerd, X., Hanon, O., Anagnostopoulos, K & al. , « Evaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire: mise au point et utilisation dans un service spécialisé », *Presse Méd.*, 30, 2001, pp. 1044–1048 [5 ; 6].
- Haager, M.S. & Orbell, S., « A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations », *Psychology and Health*, 18 (2), 2003, pp.141–184 [3].
- Konin C., Adoh, M., Coulibaly, I., Kramoh, E., Safou, M., & al. , « L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain », *Archives des maladies du cœur et des vaisseaux*, 100 (8), 2007, pp. 630–634 [9].
- Kouabenan, D.R., Cadet, B., Hermand, D. et Munoz Sastre, M.T., *Psychologie du Risque. Identifier, Evaluer, Prévenir*, Paris, Edition De Boeck, 2006, 348 p [3;11].
- Laplantine, F., & Jodelet, D., « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie. », *Les représentations sociales*, 1989, pp. 297–318 [2; 3].
- Leventhal, H., Zimmerman, R. & Gutmann, « Compliance : A self-regulation perspective », W.D. Gentry (Ed.), *Handbook of Behavioral Medicine*, New York; Guildford, 1984 [4; 5;11].
- Mathers, C.D., & Loncar, D., « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLOS Med*, 3(11), 2006, 442 p [1].
- Matillon, M. & Pasquier, J., « L'observance médicamenteuse : pourquoi la plupart des malades ne se conforment-ils pas à l'ordonnance de leur médecin ? », *La Nouvelle Presse Médicale*, 9 (14), 1980, pp. 989–990 [10].
- Memel-Foté, H., *Les Représentations de la Santé et de la Maladie chez les ivoiriens* Paris, Editions L'Harmattan, 1998, 209 p. [3].
- OMS, *General health statistical profile*, Geneva, WHO edition, 2004 [1].
- OMS, *World Health Organization. NCD Country Profiles*, Geneva, WHO edition, 2010 [2].
- OMS, *Global status report on noncommunicable diseases 2010*, Geneva, World Health Organization Ed, 2011 [1].
- Palosuo, H., Zhuravleva, I., Uutela, A., Lakomova, N. & Shilova, L., *Perceived health, health-related habits and attitudes in Helsinki and Moscow : A comparative study of adult populations in 1991*, Helsinki, Kansanterveyslaitos, 1995 [3].
- Rapoff, M.A. & Christophersen, E.R., « Improving compliance in pediatric practice », *Pediatric Clinics of North America*, 29, 1982, pp.339–357 [10].
- Rogers, R.W., « A protection motivation theory of fear appeals and attitude change », *Journal of Psychology*, 91, 1975, pp. 93–114 [3].
- Rosenstock, I.M. ,« Historical Origins of the Health Belief Model », *Health Education Monographs*, 2(4), 1974 [3].
- Téké, J.N., *Profil épidémiologique des complications métaboliques aiguës du diabète sucré à l'Hôpital Général de Référence de Kinshasa*, thèse pour le Doctorat en Médecine, Université Simon Kimbangu, Kinshasa, inédit, 2004 [2].
- Waeber, B. & Feihl, F., « Hypertension artérielle: Facteurs favorisant l'adhérence thérapeutique à long terme », *Revue médicale suisse*, 3 (93), 2007, pp. 22–24 [9; 10].
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., & Horne, R., « The Illness Perception Questionnaire : A new method for assessing illness perceptions », *Psychology and Health*, 11, 1996, 431–446 [5].



Séance de dépistage du diabète au siège de Psy Cause Cameroun à Yaoundé. La prise en charge interdisciplinaire du diabète est un enjeu dans plusieurs pays de l'Afrique Subsaharienne. Photo Psy Cause Cameroun 2013.



Assandé Gilbert N'guessan

Familiarité avec le jeu d'awèlé, genre, et modes d'apprentissage du jeu

Résumé : alors que le jeu d'Awèlé semble connaître une expansion en occident, sa pratique tend à diminuer fortement en Côte d'Ivoire. L'étude de la familiarité des Ivoiriens avec les jeux de stratégies, en particulier l'awèlé, et l'étude des modes d'apprentissage du jeu dans le «milieu naturel», c'est-à-dire dans les villages, nous permet-elle de mieux comprendre cette désaffection ? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons combiné deux techniques d'investigation: le questionnaire et l'entretien dirigé. 277 sujets ont été interrogés: 265 étudiants (178 garçons et 87 filles) du Département de Psychologie de l'Université Félix HOUPOUET BOIGNY, et 06 adultes (03 hommes et 03 femmes) résidant à Assahara, un village agni de la Préfecture de M'batto, dans la région du Moronou. En ce qui concerne la familiarité avec les jeux de stratégie, les informations ont été obtenues auprès des étudiants de psychologie au moyen d'un questionnaire. Pour ce qui est des modes d'apprentissage de l'awèlé, ce sont les adultes du village d'Assahara qui ont été interrogés. Cet aspect du travail a été complété par un focus groupe réalisé auprès de 06 étudiantes de psychologie.

Mots clés : Modes d'apprentissage - awèlé - Jeux de stratégie - Familiarité avec les jeux de stratégie.

Summary : while the game seems to know Awele expansion in the West, the practice is in decline in Côte d'Ivoire. The study of familiarity with Ivorians strategy games, especially Awele, and the study of learning styles of play in the "natural environment", that is to say, in the villages, we allow it to better understand this loss? To try to answer this question, we combined two techniques: the questionnaire and structured interview. 277 subjects were interviewed: 265 students (178 boys and 87 girls) of the Department of Psychology at Felix Houphouet Boigny University, and 06 adults (03 men and 03 women) residing Assahara, a village Agni Prefecture M'batto in the region Moronou. Regarding familiarity with strategy games, information was obtained from the psychology students through a questionnaire. Regarding modes of learning Awele, it is the adults in the village of Assahara who were interviewed. This aspect of the work has been completed by a focus group conducted with 06 students of psychology.

Keywords : Learning Styles - Awele - Strategy games - Familiarity with games strategies.

Introduction

L'awèlé est un jeu de stratégies typiquement africain. Comme activité ludique, l'awèlé est un jeu très fascinant. C'est un jeu de compétition intellectuelle mettant en confrontation deux joueurs dont les intérêts sont antagonistes. C'est un jeu réglé, à information complète, qui comme les échecs, le jeu

de dames, le backgamon, place les joueurs dans une situation où chacun, à tour de rôle, doit prendre une décision sans connaître celle que prendra ensuite l'adversaire. L'awèlé est aussi un jeu qui implique différents types d'interactions: interactions entre les deux joueurs en présence, interactions entre les joueurs et les spectateurs, etc.

À notre connaissance, c'est le seul jeu au monde où au cours de la partie, l'appartenance des pions à un joueur n'est jamais définitive. En effet, au cours du jeu, les graines circulent constamment d'une rangée à l'autre jusqu'à la fin de la partie. L'awèlé se pratique sur tout le continent africain, en Amérique Latine, et en Asie. Selon les régions, on

Maître - Assistant / Conseiller Psychologue

Université Félix Houphouet Boigny - UFR / Sciences de l'Homme et de la Société - Département de Psychologie - Laboratoire de psychologie génétique différentielle - 21 BP 3342 Abidjan 21 / Rép: Côte d'Ivoire - Tél: (00225) 40 80 08 87 ou 58 76 84 11 - E-Mail: assande55@yahoo.fr

trouve des noms très différents: Mankala, palankuli, awalé, alé, wari, solo, etc.^{9, 10, 25}. Leur particularité commune est de se jouer avec des graines qui sont placées dans des cases creusées dans un morceau de bois (tablier). Ces cases portent des noms différents: pots, cupules, cavités, etc.

Quelle que soit la variante considérée, le but du jeu est de vaincre l'adversaire en récoltant (capturant) plus de la moitié des graines mises en jeu au début d'une même partie selon les règles portant sur la répartition numérique des graines dans les cases (voir annexe pour les détails concernant les règles du jeu). Dans la variante que nous avons étudiée, le jeu se joue à deux, avec au départ, 48 graines réparties dans un tablier composé de deux rangées de six cases chacune. Chaque case contient quatre graines au début de la partie.

Sur le plan scientifique, l'étude de l'awélé en tant que tâche est une excellente situation pour aborder certaines questions liées à la recherche interculturelle, ainsi qu'à la psychologie cognitive. Par exemple, dans nos investigations réalisées en Côte d'Ivoire et en Suisse, nous avons pu constater combien il est important dans l'étude du fonctionnement cognitif, de proposer aux sujets des activités qui ont pour eux une réelle signification eu égard à leur milieu de vie.^{28, 16, 29, 19, 20, 21}. Par ailleurs, notons que les recherches portant sur l'apprentissage de l'awélé offrent la possibilité de s'attaquer à l'étude de la mise en œuvre par le sujet, de certains processus cognitifs impliqués dans la résolution de problèmes. A ce titre, on peut parler par exemple, du rôle du raisonnement, de la réflexion, de l'anticipation, de la mémoire, etc, dans l'apprentissage du jeu.^{28, 21}.

Comme tous les autres jeux, l'awélé est profondément ancré dans la culture africaine.^{2, 6}. En Côte d'Ivoire, on peut dire que l'awélé fait partie du patrimoine national. Par exemple, le tablier de l'awélé a été choisi comme symbole ou logo de la loterie nationale, et il figure sur chaque billet. Des championnats nationaux sont organisés et les médias retransmettent de larges extraits. C'est dire que l'étude que nous avons entreprise présente indéniablement un certain intérêt du point de vue de la culture. Dans ce sens, les travaux consacrés à cette activité, peuvent contribuer non seulement à la vulgarisation du jeu, mais aussi à sa survie.

Notre exposé comporte 04 parties: la problématique, la méthode d'investigation, l'analyse des données et la présentation des résultats, la discussion. Le travail s'achève avec une conclusion qui propose quelques pistes pour la revalorisation du jeu d'awélé, ainsi que pour son introduction dans les activités scolaires en tant qu'outil didactique.

Problématique

Depuis les travaux d'Ebbinghaus qui remontent au 19^e siècle, les idées ainsi que les processus sur lesquels les chercheurs focalisent leur attention lorsqu'ils étudient l'apprentissage se sont diversifiés.¹⁴. C'est ainsi que de nos jours, on parle des modes, des stratégies et des facteurs intervenant dans l'acquisition des connaissances et des savoirs-faires.^{7, 12, 30, 29, 14, 6}

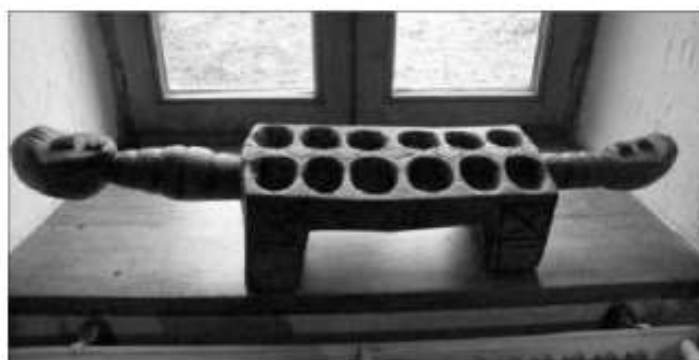
Le thème de l'apprentissage soulève de nombreuses controverses. Par exemple, si on se réfère aux auteurs qui ont essayé de discerner les différentes approches qui existent dans ce domaine, on distingue trois grandes orientations: Les théories classiques basées essentiellement sur le conditionnement - Les théories stimulus-réponses fondées surtout sur la psychologie behavioriste, et les théories cognitives qui font dépendre l'apprentissage de connaissances fournissant au sujet des hypothèses, des règles d'élaboration de l'information, des règles de conduites beaucoup plus indépendantes des stimuli actuels ou immédiatement antérieurs.¹¹.

En ce qui concerne les jeux de semailles et plus particulièrement l'awélé, ce sont les ethnologues, les sociologues et les anthropologues qui furent les précurseurs dans les études réalisées.^{2, 4, 3, 24, 5, 10, 25}. Toutefois, bien que certains auteurs aient soulevé des questions liées à l'expertise du jeu, aucune étude digne de ce nom n'avait été réalisée sur l'apprentissage du jeu proprement dit. Ainsi, l'acquisition des tactiques et la maîtrise des stratégies utilisées par les joueurs expérimentés dans ce domaine ont été longtemps perçues comme des conduites intellectuelles difficilement explicables.

C'est à partir des années 1981, que des chercheurs suisses et ivoiriens se sont véritablement intéressés à cette problématique. Dans cette perspective, étudiant les joueurs baoulés de Côte d'Ivoire, ils ont montré qu'il existe une relation entre l'âge des sujets et leurs niveaux de maîtrise du jeu.^{26, 27}. Concernant le rôle des facteurs susceptibles d'intervenir dans l'acquisition des tactiques et des stratégies liées à l'awélé, l'un de ces auteurs a montré que l'observation, lorsqu'elle est accompagnée d'explications pertinentes, constitue un facteur qui influence positivement le rythme de progression des «apprentis-joueurs», c'est-à-dire les sujets novices qui s'adonnent pour la première fois au jeu.^{19, 20}. Bien que ces différents résultats issus de travaux empiriques (étude longitudinale et étude expérimentale) nous apportent des informations qui nous rapprochent de la compréhension du rôle des variables intervenant dans l'apprentissage de l'awélé, plusieurs questions restent encore sans réponses véritables. Parmi ces questions, il y en a deux qui font l'objet de nos préoccupations actuelles au plan de la recherche.

La première a trait à l'apprentissage du jeu dans le «milieu naturel». En effet, dans les villages, le jeu ne s'enseigne pas. Par conséquent, il serait intéressant d'appréhender les méthodes que les joueurs emploient pour atteindre un niveau élevé dans l'expertise du jeu. Les connaissances qu'on pourrait rassembler à ce sujet, permettraient d'élargir notre savoir à propos des modes d'apprentissage dans l'éducation non formelle, en particulier dans le cas de l'apprentissage observationnel. Soulignons que ce problème a été déjà abordé par un chercheur suisse, mais il n'a fait qu'émettre des hypothèses sur les processus d'apprentissage du jeu.²⁹.

La seconde interrogation est relative au genre. Les questions liées au genre sont difficiles à examiner tellement ce concept a des connotations différentes. Nous abordons ici ce sujet



Le jeu d'Awélé.

en rapport avec la pratique de l'awélé. Nous considérons que les rôles et les comportements distincts des hommes et des femmes qui sont régis par les normes et les valeurs de la société dans laquelle ils vivent conduisent à des différences. Par exemple, au village les femmes prennent rarement la parole lors des réunions qui ont lieu sur la place publique. Les domaines dans lesquels les activités des femmes et celles des hommes demeurent toujours très séparées sont ceux des tâches quotidiennes et ceux des jeux. Par exemple, dans une recherche effectuée dans la région de Toumodi, un département de la Côte d'Ivoire, nous avons constaté que les petites filles consacrent plus de temps aux travaux domestiques comparativement aux petits garçons (70% contre 42%). En revanche, les garçons disposent de plus de temps que les filles pour jouer (39% contre 13%). Ces données montrent bien que dans les villages de Côte d'Ivoire, il existe une certaine répartition des tâches entre hommes et femmes, et cela dès la petite enfance.^{8, 17}

Concernant particulièrement l'awélé, la plupart des auteurs qui ont consacré des études sur ce jeu ont tendance à soutenir que c'est une activité de divertissement exclusivement réservée aux hommes. C'est la situation contraire qu'on rencontre en Inde où Balambal rapporte que le pallankuzhi, une variante de l'awélé est plutôt pratiqué essentiellement par les femmes de Tamilnadu.¹ Pour ce qui relève de la Côte d'Ivoire, nous-nous interrogeons sur la véracité des idées véhiculées à propos de l'interdiction du jeu aux femmes. A ce jour, et dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne pouvons répondre de façon pertinente à cette interrogation parce qu'aucune recherche n'a été engagée dans cette perspective. Nos études en cours pourraient donc être l'occasion d'élucider les questions se rapportant à ce sujet.

Méthode

Notre travail porte sur des questions qui nécessitent pour leur compréhension, le recueil d'informations approfondies et étoffées. Ainsi, en vue de pouvoir appréhender le mieux possible les questions relatives à l'apprentissage de l'awélé d'une part, à la pratique du jeu par les femmes, ainsi qu'à sa survie d'autre part, nous avons interrogé à la fois des hommes et des femmes résidant en ville et au village. Pour atteindre les objectifs que nous-nous sommes assignés, nous avons combiné trois techniques: le questionnaire, le focus groupe, et l'entretien dirigé.

Cadre et population de l'étude

Notre recherche a été réalisée à Abidjan, la capitale économique de la Côte d'Ivoire, précisément à l'Université Félix HOUPHOUET BOIGNY d'une part, et à Assahara d'autre part. Assahara est un village de la Côte d'Ivoire situé à 270 kilomètres d'Abidjan, et à 70 kilomètres de Toumodi, une ville située au centre du pays sur l'axe Abidjan-Korhogo. Dans l'ensemble, nous avons interrogé 277 sujets dont 271 étudiants du Département de Psychologie, et 06 adultes résidant à Assahara. L'âge des étudiants varie entre 20 et 26 ans. Parmi les 271 sujets provenant du Département de Psychologie, 265 ont répondu au questionnaire, et 06 (toutes des étudiantes) ont été interrogées sous forme de focus groupe. A Assahara, l'enquête a été effectuée auprès de 06 adultes (03 hommes et 03 femmes). Concernant les hommes, il s'agit d'un planteur illettré, âgé de 60 ans environ, d'un planteur ayant eu seulement six années de scolarité et âgé de 45 ans, et d'un instituteur à la retraite, âgé de 56 ans. Notre choix a porté sur ces personnes parce que selon nos enquêtes, elles figurent parmi les meilleurs joueurs du village. En effet, selon les témoignages recueillis avant les entretiens, le jeune adulte déscolarisé, serait le meilleur joueur du village. Pour ce qui est des femmes, nous les avons choisies à cause de leur âge avancé (elles ont toutes plus de cinquante ans). Se faisant, nous pensons qu'elles sont bien placées pour nous renseigner au sujet du jeu relativement à la coutume, ainsi qu'à l'apprentissage des stratégies.

Les instruments de l'étude

Le questionnaire

Le questionnaire est un moyen qui permet de recueillir rapidement les informations au sujet des questions que l'on se pose. Dans la présente investigation, le choix du questionnaire comme instrument a été motivé par trois raisons essentielles: a) étant Enseignant du Département de Psychologie, l'accès à la population estudiantine était facile. b) La population estudiantine regroupe aussi bien des filles que des garçons. Pour une étude portant sur le genre, c'est une situation idéale pour appréhender les questions soulevées. c) Enfin, cette situation nous offre la possibilité de savoir jusqu'à quel point le jeu d'awélé survit encore dans la société ivoirienne. Le questionnaire que nous avons construit est composé de trois rubriques: l'identification du répondant - la connaissance et la familiarité avec les jeux

de stratégies, en particulier l'awélé - la connaissance et la maîtrise de quelques tactiques élémentaires impliquées dans le jeu.

Le focus groupe

Au lieu de nous fier simplement à des témoignages ou aux réponses fournies par les sujets au questionnaire, nous avons voulu vérifier s'il existe dans la population féminine, des personnes qui savent effectivement jouer à l'awélé. Par ailleurs, nous avons voulu recueillir les témoignages des étudiantes de façon directe à propos de l'apprentissage du jeu, ainsi que des interdits qui entourent la pratique de l'awélé relativement au monde féminin. Ce sont essentiellement ces deux objectifs qui nous ont conduit à utiliser en plus du questionnaire, le focus groupe comme technique de recueil d'informations.

L'entretien dirigé

Pour savoir comment les sujets interrogés au village ont appris à jouer à l'awélé, et pour obtenir par ailleurs des informations se rapportant à la pratique du jeu par les femmes, il n'y avait que leurs témoignages qui pouvaient nous permettre d'atteindre notre objectif. Aussi, avons-nous élaboré à cet effet une grille d'entretien comportant une dizaine de questions auxquelles les sujets devaient répondre. Cette grille d'entretien a servi également comme fil conducteur lors du focus groupe.

Procédure de récolte des données

La récolte des données a débuté par l'administration du questionnaire. Elle s'est effectuée de façon collective, en regroupant les étudiants dans une même salle à l'Université Félix HOUPOUET BOIGNY. Après cette phase, 06 étudiantes ont été réunies dans une salle pour participer au focus groupe. Enfin, les sujets résidant dans le village d'Assahara ont été interrogés individuellement, et leurs témoignages ont été enregistrés au moyen d'une caméra.

Analyses et présentation des résultats

En ce concerne les réponses fournies au questionnaire, nous sommes centrés sur la familiarité des personnes interrogées avec les jeux de stratégies en général, et de l'awélé en particulier d'une part, et la connaissance des règles de récolte d'autre part. Ces analyses ont été effectuées sur un corpus de 265 réponses. Ensuite, nous avons procédé à une analyse de contenu portant sur les témoignages des sujets enregistrés lors du focus groupe et de l'entretien dirigé.

Familiarité avec les jeux de stratégie

Familiarité avec les jeux de stratégies et connaissance de l'awélé

a) *Les jeux de stratégies pratiqués par les étudiants interrogés* : sur l'effectif global de 265 étudiants soumis au questionnaire, 25 étudiants et 15 étudiantes ont déclaré qu'ils n'ont jamais joué une partie d'awélé. Toutefois, les réponses fournies montrent que la plupart des sujets pra-

tiquent plusieurs jeux de stratégies (voir figure 1). Selon la fréquence avec laquelle ces jeux sont mentionnés, on trouve dans l'ordre: l'awélé (84,9 %), le ludo (80%), le jeu de cartes (79,24 %), le jeu de dames (53,96 %), le scrabble (53,2 %) et le jeu d'échecs (6,41 %).

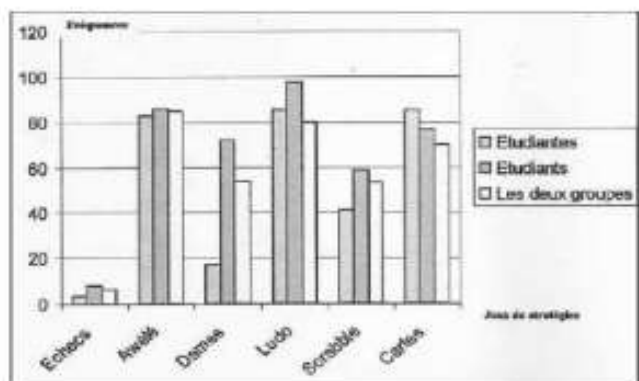


Figure 1 : Fréquences des jeux de stratégies pratiqués selon le genre.

Lorsqu'on examine les résultats en prenant en compte la variable genre, plusieurs faits méritent d'être mentionnés. Le premier, c'est que la proportion d'étudiantes qui déclarent qu'elles pratiquent l'awélé est pratiquement équivalente à celle des étudiants (82,75 % contre 85,96 %). Le deuxième, c'est qu'il existe une différence marquée entre la proportion des étudiantes qui répondent qu'elles savent jouer au dame et celle des étudiants (17,24 % contre 71,91 %). Il en est de même pour le scrabble (41,37 % contre 58,98 %). En résumé, disons que dans l'ensemble, à l'exception du jeu de cartes, les étudiants auraient plus tendance à pratiquer les jeux de stratégies que les étudiantes. La figure 2 permet d'avoir une idée complète de ces résultats.

b) *Le jeu de stratégies le plus souvent pratiqué* : les résultats portent sur un total de 234 réponses, 31 étudiants (19 filles et 12 garçons) n'ayant pas donné de réponse à cette question. Dans l'ensemble, il ressort des analyses, que le jeu de stratégies le plus souvent pratiqué par les sujets, c'est le jeu de cartes (32,05 %), puis suivent dans l'ordre, le ludo (23,93 %), le scrabble (19,23 %), les dames (16,23 %), l'awélé (6,41 %) et les échecs (1,7 %). On voit que l'awélé et les jeux d'échecs arrivent en dernière position (voir figure 2).

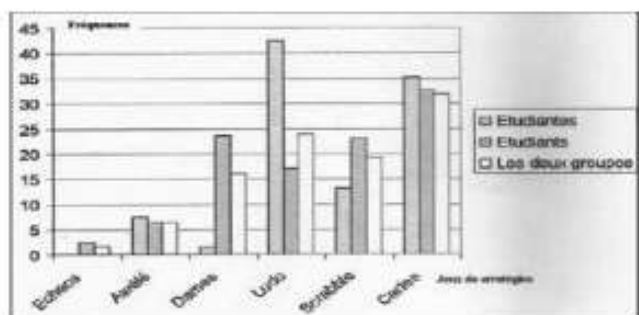


Figure 2 : Fréquences des jeux de stratégies le plus souvent pratiqués selon le genre.

Tableau 1 : Jeux de stratégies le plus souvent pratiqués par les sujets selon le genre

GROUPES	Effectifs	JEUX PRATIQUES					
		Echecs	Awèlé	Dames	Ludo	Scrabble	Cartes
Etudiantes	68	00 %	07,35 %	01,47 %	42,66 %	13,23 %	35,29 %
Etudiants	166	02,40%	06,02%	22,28 %	16,26%	21,68 %	31,32 %
Total	234	01,7 %	6,41 %	16,23 %	23,93 %	19,23 %	32,47%

c) *Les jeux de stratégies les plus souvent pratiqués selon le genre* : pour ce qui est du genre, les résultats obtenus nous autorisent à affirmer que les étudiantes ne pratiquent quasiment pas les échecs et le jeu de dames. Leurs jeux favoris sont plutôt le ludo (42,66 %), le jeu de cartes (35,29 %) et dans une moindre proportion le scrabble (13,23 %). Chez les étudiants, c'est le jeu de cartes qui est le plus fréquemment pratiqué (31,32 %), suivi du jeu de dames (22,28 %), et du scrabble (21,68 %). L'ensemble de ces résultats fait apparaître des différences très nettes entre les femmes et les hommes en ce qui concerne leurs préférences quant à la pratique des jeux de stratégies. Par exemple, alors que 22,28 % des étudiants déclarent jouer souvent aux dames, seules 01,47 % font les mêmes affirmations chez les étudiantes. Par ailleurs, dans la population estudiantine étudiée, l'awèlé est très peu pratiqué par les sujets interrogés (07,35 % pour les femmes et 06,41 % pour les hommes (voir tableau 1).

Connaissance de l'awèlé

Identification du lieu où le jeu d'awèlé a été vu pour la première fois par les répondants

Notons que 02 étudiants n'ont pas répondu à cette question. Par conséquent, l'effectif des sujets est de 263 au lieu de 265. A cette question, la majorité des sujets déclarent qu'ils ont vu pour la première fois un tablier d'awèlé soit au village (55,51%), soit en ville (40,68). Ces résultats indiquent que malgré la modernisation qui touche les villages de Côte d'Ivoire, l'awèlé fait encore partie des jeux de divertissement que l'on rencontre dans le milieu. Ces résultats conduisent également à dire qu'il y a un transfert du jeu du village vers la ville. Pour la survie du jeu, c'est peut être un avantage.

Règles de récoltes pratiquées par les répondants

À cette question, pour les étudiantes, seuls 46 questionnaires ont été pris en compte lors du dépouillement certaines n'ayant pas donné de réponses à la question. Chez les étudiants et pour des raisons similaires que pour les filles, seuls 138 questionnaires ont été examinés.

Les résultats obtenus permettent de constater que la règle la plus utilisée dans la pratique du jeu, est celle qui autorise les joueurs à capturer les pions de l'adversaire lorsque la semaille effectuée porte le contenu de la case dans laquelle tombe la dernière graine à 2 ou 3 graines. Dans l'ensemble, on observe que lorsqu'elles pratiquent l'awèlé, les étudiantes utilisent les mêmes règles que les étudiants (voir figure 3). Ces résultats s'expliquent également par le fait que dans la variante du jeu la plus répandue en Côte d'Ivoire, c'est-à-

dire le jeu à 12 cases, la règle de récolte à 2 ou 3 graines est la plus pratiquée par les joueurs, sans doute parce que cette règle offre des possibilités de récoltes plus grandes que celle qui n'autorise que la capture de 2 graines seulement.

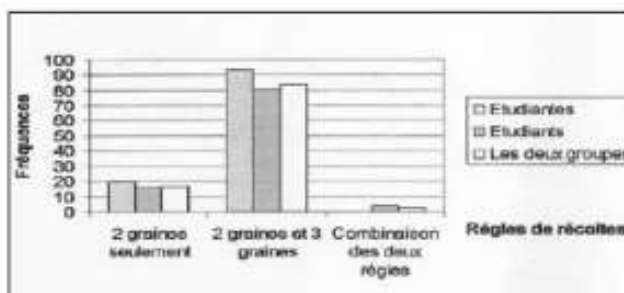


Figure 3 : Règles de récoltes des graines selon le genre.

3.3. Modes d'apprentissage du jeu

La tendance qui se dégage des témoignages recueillis auprès des sujets, indique que dans les villages de Côte d'Ivoire la pratique de l'awèlé serait liée aux activités quotidiennes exercées par les hommes et les femmes. En effet, dans les villages, la période privilégiée de la journée pour jouer à l'awèlé, c'est l'après-midi, en général à partir de 16 heures ou 17 heures (heure locale), lorsque les paysans reviennent de leurs plantations. Or à ce moment là, les femmes sont généralement occupées aux tâches ménagères notamment celles qui consistent à faire la cuisine. Par conséquent, elles ne peuvent trouver du temps pour jouer à l'awèlé. C'est ce qui explique, aux dires des interviewées, qu'on ne voit pas les femmes à côté des hommes entrain de jouer. Donc il semble que la répartition des tâches entre hommes et femmes constitue un élément à prendre en compte lorsqu'on aborde la question du genre en relation avec la pratique de l'awèlé.

Cet argument n'explique que partiellement pourquoi dans les villages on ne voit pas les femmes jouer à l'awèlé avec les hommes sur la place publique. Il en existe d'autres comme le témoignent les propos de madame L.A., une femme interviewée à Assahara (au village). A la question: est-ce que dans votre village, les femmes jouent à l'awèlé? Voici sa réponse: «*D'abord, l'awèlé n'est pas un jeu pour les femmes, c'est un jeu pour les garçons. Mais cela ne veut pas dire que les femmes ne jouent pas... Elles savent jouer, mais pas toutes... Certaines savent très bien jouer, mais elles ne vont pas dehors pour le faire. Toi-même regarde, une femme au milieu des hommes entrain de jouer à l'awèlé alors que ses consoeurs sont à la maison, à la cuisine entrain de faire à manger..., non ça ce n'est pas bon... sinon, moi-*

même je sais jouer... pas comme le font les hommes, mais je sais jouer...»

Ces propos sont appuyés par les deux autres vieilles B. K. et A. Y. qui vont plus loin en affirmant ceci : *«Une femme qui se respecte ne joue pas avec les hommes (sous-entendu les garçons)... Si elle veut avoir de la considération, elle doit éviter de se mêler des affaires des hommes... Celles qui se comportent de la sorte sont perçues comme étant des femmes indignes... Toi femme, qu'est-ce que tu as à faire avec des hommes qui jouent..., que vas-tu chercher auprès d'eux...? Rire...»* Comme nous avons fait semblant d'être étonné par la réponse, elles rient de nouveau avant d'ajouter : *«C'est pas bien, c'est un manque d'éducation...»*

Ces témoignages, attestent que les femmes ne jouent pas à l'awélé hors de la cour, non seulement à cause des travaux domestiques, mais également à cause de leur image sociale. En effet, dans les villages lorsque par exemple une jeune fille a l'habitude de jouer avec les jeunes garçons, elle peut être considérée comme n'ayant pas reçu assez d'éducation, comme étant effrontée, etc. Il en est de même, lorsqu'une dame joue avec les hommes. Les comportements décrits ici ne traduisent pas une simple répartition des tâches entre femmes et hommes, mais seraient plutôt tributaires de l'influence du milieu socio-culturel sur les femmes vivant au village.

En ce qui concerne l'apprentissage, les discours tenus par les femmes du village, laissent supposer qu'elles ont appris à jouer au côté d'autres femmes. Par exemple, lorsqu'on leur demande comment elles ont appris à jouer, *«elles répondent que c'est en regardant les autres»*. À la question c'est qui les autres? *«Elles répondent mais les autres femmes...»*

À propos de cette question, la réponse recueillie auprès de A.F. étudiante en maîtrise de psychologie est différente de celle des femmes du village dans la mesure où elle affirme qu'elle a appris à jouer en observant son père et l'ami de celui-ci. En effet, lorsqu'on lui demande de dire comment elle a appris à jouer à l'awélé, elle répond *«bê... à la maison lorsque mon papa jouait avec son ami... quand son ami venait le voir, ils jouaient à la terrasse et puis j'étais à côté, et puis je regardais...»* Ces différents témoignages attestent qu'il existe une relation entre le milieu de vie et les modes d'apprentissage du jeu.

Les déclarations faites par les adultes du village ne diffèrent pas dans le fond de celle des femmes. Eux aussi font savoir qu'ils ont appris à jouer aux côtés d'autres joueurs plus expérimentés. Il s'agit généralement des gens plus âgés. Comme le souligne le meilleur joueur du village d'Assahara K. K., (le planteur ayant eu seulement six années de scolarité et âgé de 45 ans au moment de notre entretien). A ce sujet, voici quelques extraits de son discours en réponse à certaines de nos questions : Es-tu vraiment le meilleur joueur du village, il répond oui. Comment le sais-tu? *Mais quand on joue ici (sous-entendu au village), personne n'arrive à me battre... donc je me dis que je suis le meilleur... Par exemple, quand vous jouez et que vous gagnez cinq fois de*

suite l'adversaire, le jeu s'arrête parce que cela veut dire que vous êtes le plus fort... C'est comme ça qu'on voit qui est le meilleur... Où as-tu appris à jouer? Ici, au village. Qui t'a appris à jouer? Personne... comment ça personne...? Je veux savoir comment tu as fait pour apprendre à jouer? Mais je regardais comment les vieux jouent... et puis je jouais souvent contre eux... au début ça n'était pas facile, mais après, en jouant souvent j'ai compris comment il faut faire pour pouvoir bien jouer... Quand as-tu joué pour la dernière fois ? ha là, je ne me souviens pas... parce que on ne joue plus comme avant...

Au regard de ce qui précède, on peut dire qu'au village, qu'il s'agisse des femmes ou des hommes, les modes d'apprentissage du jeu d'awélé semblent être similaires. Il s'agit d'un apprentissage qui reposerait sur l'observation, la pratique du jeu, et la réflexion. Ces résultats vont dans le même sens que ceux que nous avons obtenus à l'issue de nos précédentes recherches réalisées en Suisse. Celles-ci ont montré que pour pouvoir atteindre un bon niveau dans le jeu, le joueur doit s'entraîner comme le font les équipes de football. Mais pour tirer profit de ces entraînements, le joueur novice doit affronter régulièrement des joueurs qui sont plus expérimentés que lui dans la pratique du jeu.

4. Discussion

Dans la présente discussion, la question essentielle est d'ordre méthodologique. Elle tourne autour de la pertinence du choix des étudiants comme sujets dans notre recherche. A cet égard, disons que puisque nous-nous intéressons à la familiarité des Ivoiriens avec l'awélé selon le genre, nous avons, en retenant des étudiants, la possibilité d'interroger dans des conditions contrôlables, rapidement un grand nombre de sujets des deux sexes. De plus, tous ces sujets sachant lire et écrire, l'administration du questionnaire pouvait se dérouler de façon aisée. Outre cela, nous pensons que le sujet traité, la familiarité avec les jeux de stratégies souvent pratiqués peut concerner tout Ivoirien. De ce fait, on pouvait réaliser l'enquête aussi bien auprès d'individus vivant en ville, que d'individus vivant au village sans trahir la réalité.

En ce qui concerne les résultats auxquels nous sommes parvenus, ils révèlent dans l'ensemble que les Ivoiriens connaissent bien le jeu d'awélé. Cependant, ils ne le pratiquent que très rarement. Ces résultats indiquent par ailleurs, qu'en ville, les sujets interrogés (étudiantes et étudiants) ont des comportements semblables. Autrement dit il n'y a pas de différence entre les deux sexes. Ce manque d'intérêt pour l'awélé nous amène à nous interroger sur la place que ce jeu, naguère très ancré dans la tradition, occupe dans la société ivoirienne d'aujourd'hui? Mieux, l'awélé serait-il devenu un jeu dévalorisé par les Ivoiriens, ou plutôt, serait-il dévalorisant de jouer à l'awélé de nos jours? Pour ainsi dire, nos résultats soulèvent une question fondamentale qui est celle de la survie du jeu d'awélé en Côte d'Ivoire.

Dans les années quatre-vingts, à partir d'observations effectuées à Kpouébo (un village baoulé), et à Abidjan, un chercheur suisse et ses collaborateurs avaient abouti au même constat et avaient soulevé le même problème. Comme l'avaient souligné ces auteurs, il est devenu rare d'observer des joueurs pratiquer l'awélé dans les villages.²⁶ Même lorsque nous avons voulu interroger les adultes résidant à Assahara à propos des modes d'apprentissage, ainsi que des questions liées à la pratique du jeu par les femmes, nous avons eu du mal à trouver un tablier. Le seul que nous avons «déniché» était caché depuis de longues dates sous le lit d'un «vieux». De plus, le matériel n'a pas été sculpté au village, mais il a été plutôt fabriqué en ville dans un but purement commercial. Ainsi, du point de vue esthétique c'est un objet sans valeur, sans attrait. Quelles explications peut-on apporter face à de tels constats?

La question revient à chercher les raisons pour lesquelles les Ivoiriens ne s'intéressent pas, ou plus à l'awélé, alors que l'importance de ce jeu en tant qu'élément de notre patrimoine culturel, en tant qu'activité pouvant servir de support dans l'apprentissage des notions arithmétiques par les enfants de l'école primaire etc, a été maintes fois souligné.^{9, 22, 23, 19, 21}

Comme tentatives de réponses, on peut évoquer la concurrence de nombreux autres jeux moins traditionnels apparus dans les villes et dans les villages, en témoignent les résultats de la présente étude. On peut également dire qu'avec la modernisation qui a touché la Côte d'Ivoire et la scolarisation de plus en plus accentuée des enfants, l'attrait pour les jeux traditionnels a fortement diminué, surtout que dans les politiques de l'éducation en vigueur dans le pays, la place réservée aux activités relevant de la coutume est quasiment inexistante. On s'intéresse plutôt à ce qui vient de l'extérieur au lieu de valoriser ce qui est propre à notre milieu.³¹ A titre d'exemple, on peut citer le cas des vêtements en «Jeans». Lorsque ce genre d'habit est confectionné en Côte d'Ivoire par UNIWAX (une société de confection du textile), les Ivoiriens trouvent que ce n'est pas de bonne qualité. Par contre, lorsque ces mêmes vêtements imprimés à Abidjan portent la marque «MADE IN US», non seulement les gens trouvent que c'est bien, mais ils acceptent de les acheter plus chers. C'est dire combien les populations ivoiriennes sont influencées par ce qui vient de l'étranger, notamment des pays européens et de l'Amérique. Les raisons que nous avons avancées n'englobent certainement pas toutes les réponses susceptibles de favoriser la compréhension de la situation observée. Toutefois, on peut les considérer comme étant des pistes réelles à explorer dans les recherches ultérieures en vues d'approfondir nos connaissances sur ce sujet.

Concernant particulièrement l'apprentissage du jeu, nous pensons qu'il existe encore des connaissances qui restent à découvrir. Pour y parvenir, il nous faudra sans doute effectuer des études plus approfondies en nous focalisant essentiellement sur les modes d'apprentissage. Un autre fait qui mérite d'être élucidé par rapport aux résultats de nos investigations concerne les différences constatées à propos

des jeux de stratégies souvent pratiqués par les étudiants et par les étudiantes. En effet, les données recueillies ont montré que les préférences des sujets diffèrent selon qu'il s'agit des garçons ou des filles. Qu'est ce qui explique ces différences? Bien que cette question soit intéressante, la présente étude ne peut fournir des éléments de réponses, simplement parce que l'étude que nous avons réalisée n'avait pas pour objectif d'appréhender ce problème. A ce niveau, seules des travaux ultérieurs pourraient donner l'occasion d'examiner ces aspects du jeu.

Conclusion

Les résultats de notre étude attestent que le jeu d'awélé n'est plus vraiment pratiqué dans les villages de Côte d'Ivoire. Toutefois, loin d'être en voie de disparition, c'est plutôt l'intérêt qu'il représente pour les nouvelles générations qui est en cause. Vue l'importance que revêt ce jeu en tant qu'élément phare du patrimoine culturel ivoirien, et en tant qu'une activité typique de réflexion pouvant contribuer au développement cognitif de l'enfant, il est devenu urgent de mettre en œuvre les moyens nécessaires, non seulement pour le sauvegarder, mais aussi pour le revaloriser en vulgarisant la pratique.^{17, 18, 32, 33} Pour y parvenir, on pourrait par exemple, à l'image du Service de la Recherche Pédagogique du Canton de Genève (en Suisse), préconiser l'utilisation de l'awélé dans les classes du primaire et même du préscolaire en Côte d'Ivoire. Une telle action comporte un double intérêt. Premièrement, un grand nombre d'enfants découvrirait assez tôt l'awélé, et apprendraient à le pratiquer. Secondairement, en introduisant l'awélé dans les écoles, on pourrait l'utiliser comme outil didactique, notamment dans le domaine des mathématiques.

Une autre voie qu'il serait intéressant de prospecter, c'est d'organiser des activités de divertissement autour des jeux de semailles dans les écoles et dans les villes. Dans les écoles, on pourrait imiter l'exemple du Musée Suisse du Jeu, où on invite les enfants à venir découvrir les jeux du monde. Dans les villages et les villes, on pourrait envisager de faire des tournois comme ce qui se fait au football où on organise des championnats.

Enfin, et c'est le point le plus important pour une action immédiate, il serait souhaitable d'organiser en Côte d'Ivoire, un colloque international sur les jeux de semailles. Une telle rencontre donnerait aux parents, aux enseignants et surtout aux écoliers, aux élèves et aux étudiants, l'occasion d'avoir une autre perception du jeu en général, et de découvrir aussi l'importance, sinon la valeur réelle de l'awélé en tant qu'activité ludique, et élément culturel pouvant participer au développement psychologique de l'enfant.

Annexe : les règles du jeu d'awèlé

Début de partie

- les cases sont numérotées de 1 à 12 en allant du sud vers le nord.
- les graines sont placées dans le tablier à raison de 04 graines par case.
4 4 4 4 4 Nord
4 4 4 4 4 Sud
Au départ, il y a 48 graines au total
- On décide qui commence

Règles de semailles

- On sème 01 graine par case en tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre.
- chaque joueur joue à son tour

Exemple de semaille

4 4 4 4 4 Nord

4 4 4 4 4 Sud

Sud joue la case 4

Situation résultante

4 4 4 4 5 Nord

4 4 4 0 5 Sud

Règles de récoltes

- Lorsque la semaille se termine dans la rangée adverse, et porte le contenu de la case dans laquelle tombe la dernière graine à 02 ou 03 graines, le joueur qui a effectué la semaille ramasse (récolte) le contenu de cette case et l'ajoute à ses gains.

Exemple de récoltes

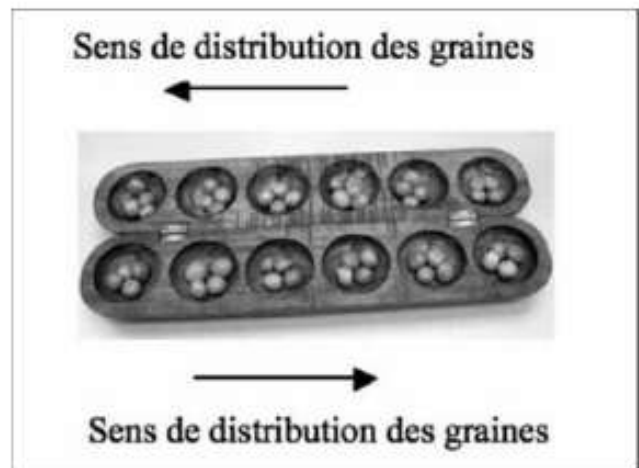
1 4 0 0 4 5 Nord

0 1 2 6 2 0 Sud

Nord peut récolter 05 graines en jouant la case 11.

Règles de fin de partie

- La partie s'arrête lorsque l'un des cas suivants se produit:
 - a) Le nombre total de graines restantes ne permet plus de récolte.
 - b) Un des joueurs ne peut plus jouer faute de graines.
 - c) Les joueurs décident d'interrompre la partie, son issue étant prévisible.
- Le joueur qui a récolté plus de 24 graines a gagné la partie.
- Si chaque joueur a récolté 24 graines, la partie est déclarée nulle.



Précisions importantes

Au cas où l'adversaire n'a plus de graines, l'autre joueur est tenu de lui en donner, pour autant qu'un tel coup existe. Par ailleurs, il est interdit de récolter toutes les graines de l'adversaire. Si le coup qui aurait cette conséquence est le seul coup possible pour le joueur, il ne récolte aucune graine et le jeu continue.

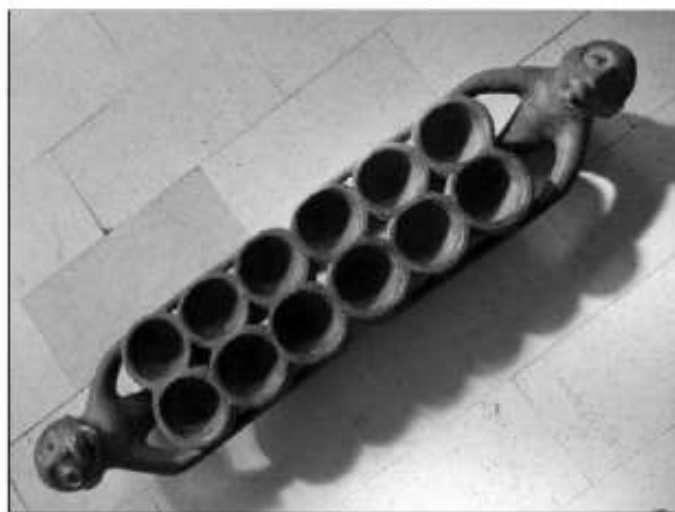
Références

- Balambal, R. Pallankuhzi, a traditional board game of women in tamilnadu. In Retschitzki, J., Haddad-Zubel, R. (Ed). *Step by Step: Proceedings of the 4th colloquium Board games in Academia*. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg - Suisse, 2002.
- Béart, C. *Jeux et Jouets de l'Ouest Africain*. Dakar: IFAN, 1955.
- Béart, C. Histoire des jeux. In Caillois, R (Ed). *Jeux et sport. Encyclopédie de la Pléiade*. Paris: Gallimard, 1967.
- Bell, R.C. *Board and table games from many civilisations*. New York: Oxford University Press, 1960.
- Comé, K. Païdeuma ou la culture dans le jeu. *Annales de l'Université d'Abidjan, Série D (Lettres)*, Tome 12, 1979.
- Clément, C. *Apprentissage et conditionnement*. Paris: Dunod, 2006.
- Dami, C. *Stratégies cognitives dans les jeux compétitifs à deux*. Genève: Editions Médecine et hygiène, 1975.



Femmes jouant au jeu d'awèlé.
Photo de l'auteur.

- Dasen, P., Dembélé, B., Ettien, K., Kabran K., Kamagaté, D., Koffi, K.A., N'guessan, A.G. N'glouélé, l'intelligence chez les Baoulés. *Archives de psychologie*, 53, 293-324.
- Deledicq, A., Popova, A. *Wari et Solo. Le jeu de calcul africain*. Paris: Cedec, 1977.
- Deledicq, A., Popova, A. Le jeu de toute l'Afrique. *Jeux et stratégies*, 1981, 7, 15 - 19.
- Droz, R., Richelle, M. *Manuel de Psychologie*. Bruxelles: Pierre Mardaga, 1976.
- Dubé, L. *Psychologie de l'apprentissage de 1880 à 1980*. Québec: Presse Universitaire de Québec, 1986.
- Ebbinghaus, H. (1885). *Veber das Gedächtnis* (traduit en anglais par Ruger, H.A., et Bossinger, C. en 1913). *On memory*. New York : Teacher's College, Columbia University, 1885.
- Liberman, D.A. *Learning*. Belmont: CA, Wadworth, 2000.
- Ministère de l'Economie et des Finances. *La Côte d'Ivoire en chiffres*. Abidjan: Dialogue Production, 2007.
- N'Guessan, A.G. L'awélé: Acquisition des tactiques et des stratégies. In Bureau, R., et De Saivre, D. (Ed). *Apprentissage et culture: Les manières d'apprendre*. Paris: Karthala, 1988.
- N'Guessan, A.G. Contribution du jeu dans l'insertion sociale de l'enfant Ivoirien. In Dasen, P. et Retschitzki, J. (Ed). *Socialisations et cultures*. Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 1989 .
- N'Guessan, A.G. Recherches interculturelles sur les jeux traditionnels. In Retschitzki, J., Dasen, P., Bossel-Lagos, M. *La recherche interculturelle*. Paris: Editions l'Harmattan, 1989, Tome 2.
- N'Guessan, A.G. *Mécanismes d'apprentissage de l'awélé*. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg - Suisse, 1992.
- N'Guessan, A.G., et Retschitzki, J. Learning awélé stratégies. In Retschitzki, J., Haddad-Zubel, R. (Ed). *Step by Step: Proceedings of the 4th colloquium Board games in Academia*. Fribourg: Editions Universitaires de Fribourg - Suisse, 2002.
- N'Guessan, A.G. Conception de l'expertise du jeu de l'awélé et de ses rapports avec l'intelligence. *Revue Ivoirienne des Sciences de l'Education*, 2009, no 9, pages 53 à 72.
- Numa-Bocage, L. *Construction du savoir arithmétique et approche interculturelle*. Communication au colloque de l'ARIC à Alger, 2005.
- Numa-Bocage, L. Du jeu d'Awalé au cadre formel de la classe: un exemple d'apprentissage en classe de CP (Cours préparatoire). In Johane. Bédard et Gilles. Brougère, *Jeu et apprentissage: quelles relations?* Sherbrooke: Editions du CRP, 2010, 171-201.
- Raabe, J. *Le jeu de l'awélé*. Paris: Editions de la Courtille, 1972.
- Raabe, J. *Le jeu de l'awélé*. Paris: l'Harmattan, 2006.
- Retschitzki, J., Keller, B., Loesch-Berger. L'influence du matériel et du niveau des joueurs sur la rétention des configurations du jeu d'awélé. *Cahier de Psychologie Cognitive*, 1984, Volume 4, n°4, 335 - 361.
- Retschitzki, J., Gut, U., N'guessan, A.G. *Le jeu d'awélé, tactiques et stratégies*. Exposé présenté lors de la journée des chercheurs de la Société Suisse de Psychologie à Bâle, 1985.
- Retschitzki, J., N'guessan, A.G., Loesch-Berger. Etude cognitive et génétique des styles de jeu et des stratégies des joueurs d'awélé. *Archives de psychologie*, 54, 307-340.
- Retschitzki, J. *Stratégies des joueurs d'awélé*. Paris: L'Harmattan, 1990.
- Rieben, L. et Perfetti, C. *L'apprenti lecteur: Recherches empiriques et implications pédagogiques*. Paris et Neuhâtel: Delachaux et Niestlé, 1989.
- Séry, A. *Côte d'Ivoire, après la faillite, l'espoir?* Paris: L'Harmattan, 1990.
- Tano, J. *Activités de jeux et développement cognitif*. Doctorat d'Etat ès Lettres et Sciences Humaines, non publié, présenté à l'Université René Descartes, Paris V, 1985, 986 p.
- Tano, J. Activités de jeux et développement cognitif. In Retschitzki, J., Bossel-Lagos, M., & Dasen, P. (Ed). *La recherche interculturelle*. Paris: Editions de l'Harmattan, 1989, Tome 2.



Jeu d'Awélé.

Togo, Bénin et Tunisie

Trois articles originaux clôturent ce numéro consacré à l'Afrique.

Le premier est togolais et raconte la première intervention qui intègre, dans ce pays, des psychiatres et des psychologues dans une situation de catastrophe : celle de l'incendie du Grand marché de Lomé. Il s'attache à une population victime de l'incendie dotée d'une forte connotation culturelle : celle des vendeuses de pagnes appelées « Nana-Benz ».

Le second article est béninois. Il consiste dans une étude culturelle réalisée dans le champ de la pédopsychiatrie. L'inscription du bébé dans la chaîne signifiante de l'Autre symbolique par le biais des louanges panégyriques qui lui sont chantées, est le sujet de ce travail.

Le troisième article, qui est tunisien, traite du stress chez les infirmiers psychiatriques.

Jean Paul Bossuat



Divinité de la forêt sacrée de Ouidah au Bénin.
Photo Psy Cause 2008.



Kokou Messanh
Agbémélé Soédjé

Bassantea
Kpassagou

Ogma Hatta

Les « Nana Benz » et l'incendie du grand marché de Lomé : organisation d'une prise en charge médico-psychologique et culturelle

Auteurs : Kokou Messanh Agbémélé Soédjé¹, Bassantea Kpassagou², Late Mawuli Jean-Paul Lawson², Ogma Hatta², Saliou Salifou³, Damega Wenkourama³, Simliwa Kolou Dassa⁴

Résumé : *Introduction :* le grand marché de Lomé a été victime d'un incendie suivi de scènes de pillage en janvier 2013. Les revendeuses ont été des témoins impuissants de cette situation. *Objectif :* ce travail avait pour but de mettre en relief les aspects culturels particuliers, à partir de cette intervention, les conséquences et les besoins psychologiques des impliqués directs aux prises avec cet événement traumatique. *Méthodologie :* après avoir présenté les modalités pratiques d'intervention et de prises en charge immédiates, nous exposerons les différentes articulations du suivi psychologique. Nous finirons par une analyse critique de la symptomatologie immédiate et post-traumatique observée. *Conclusion :* la perte de repère restait importante dans la démarche thérapeutique et devrait être intégrée lors d'éventuels événements délicats et/ou traumatiques.

Mots clefs : équipe d'urgence médico-psychologique – grand marché de Lomé – incendie – Togo

Summary : *Introduction :* the big market of Lomé was a victim of a fire followed by scenes of plunder in January, 2013. The retailers were powerless witnesses of this situation. *Objective :* this study aimed to highlight the particular cultural aspects, from this intervention, the consequences and psychological needs of those directly involved dealing with this traumatic event. *Methodology :* after presenting the intervention practices and procedures taken immediate charge, we will discuss the different joints of psychological counseling. We will finish with a critical analysis of the immediate post-traumatic symptoms observed. *Conclusion :* the loss of reference remained important in the treatment process and should be integrated at any sensitive events and / or traumatic.

Keywords: emergency medical and psychological team - big market of Lomé - Fire – Togo.

Introduction

Situé en Afrique occidentale, le Togo couvre une superficie de 56.785 km². Bande de terre d'aspect rectangulaire, il est situé entre le Bénin à l'Est et le Ghana à l'Ouest. Celui-ci est limité au nord par le Burkina Faso et s'ouvre au sud sur le Golfe de Guinée par un littoral de 50 km environ [1]. Il se situe entre le Ghana et le Bénin avec lesquels il conserve une certaine continuité linguistique et culturelle. La population togolaise [2] est estimée à 6.191.155 habitants en 2010, avec

un taux de croissance annuel moyen de 2,84 % habitants. Le milieu urbain est fortement influencé par la modernité et par le phénomène de la mondialisation à la recherche d'une nouvelle forme de culture. La nouvelle communauté est formée par des personnes de cultures diverses où l'individu ne retrouve plus ses repères traditionnels. L'exode rural est en lien avec le chômage des jeunes, la solitude, l'affaiblissement des liens familiaux, la délinquance et la toxicomanie, etc.... Les capitales des pays en voie de développement sont en pleine mutation socio culturelle et politique. La place de l'économie informelle est importante. Les revendeuses, part importante dans le secteur informel, font des prêts et investissent pour la plupart la totalité dans leurs activités quotidiennes. L'activité bancaire est rudimentaire et la conservation de liquidités se fait souvent sur les lieux de vente ou à la maison dans un coffret de fortune. Assister à

1.Assistant Chef de Clinique - Psychiatre-Addictologue FSS-UL
01BP4702 Lomé-Togo email : soedjem@gmail.com

2.Psychologue clinicien.

Praticien au CHU-Campus de Lomé

3.DES des psychiatrie.

CNHU-Cotonou

4.Maître de Conférence Agrégé de Psychiatrie FSS-UL

une situation telle qu'un incendie mettant en jeu aussi bien les marchandises que les réserves financières dans un laps de temps relativement court et de manière impuissante amène à se poser des questions sur l'existence elle-même et la place de l'œuvre de toute la vie. La force et surtout l'instant du trauma ne laissent plus le temps pour comprendre, si bien qu'au lieu que se déploie le temps logique propre à la subjectivité de chacun et jusqu'au moment de conclure, il se produit un court-circuit par cette rencontre avec le réel [3]. Ceci met un accent sur le temps, le délai de compréhension du réel. Les événements de vie inattendus et désorganisateur tels que les incendies sont sources aussi « des blessures psychiques, individuelles ou collectives, immédiates ou différées, aiguës ou chroniques ». Les victimes de ces événements nécessitent des soins d'urgence au même titre que les blessés physiques. L'intervention rapide de médecins psychiatres, de psychologues et d'infirmiers préalablement formés et intégrés aux unités d'aide médicale urgente doit permettre une prise en charge immédiate et post-immédiate satisfaisante [4].

Toute la ville de Lomé était en alerte, cette nuit du 11 au 12 janvier avec des cris, des pleurs et des scènes de désarroi. Face à cette situation, le ministère de la santé avait décidé de dépêcher sur les lieux une équipe d'urgence médico-psychologique constituée de deux psychiatres et de quatre psychologues, à la quelle se sont joints deux ambulanciers et six infirmiers et aussi le personnel de la Croix-Rouge.

Objectifs de la mission

Les objectifs étaient de deux ordres :

- assurer les soins médicaux et psychologiques aux personnes victimes de l'incendie sur le site.
- faciliter le suivi à moyen et long terme du soutien psychologique et la prévention des troubles psychiatriques éventuelles.

L'incendie du Grand Marché d'Adawloto de Lomé

Situé à quelques mètres de la grande cathédrale et du bord de la mer, le grand marché d'Adawloto est au centre ville de Lomé. Au delà d'être le « poumon » économique de toutes les commerçantes dans les secteurs informels et formels, ce marché incarnait le symbole même du métier des « Nana-Benz ». Ces femmes commerçantes de pagnes avaient fait et font la fierté de tout un pays : « le Togo ». Dans la conscience collective des habitants du sud-Togo, il n'y avait pas de famille qui n'ait bénéficié des retombées des activités de cette structure. Aux alentours de minuit, ce 11 janvier 2013, les radios communautaires encore en activité avaient commencé par émettre une information : « Le grand marché d'Adawloto est en feu ». Cette situation était d'autant plus vraisemblable que moins d'une semaine auparavant le grand marché de nord (de Kara) avait pris feu aussi. Cette information s'était propagée par des appels

téléphoniques. Elle avait abouti à la convergence d'une foule impressionnante faite des victimes directes, indirectes, des témoins et des curieux. Les forces de l'ordre (policiers, gendarmes et sapeurs pompiers) cherchaient à cerner et à sécuriser la zone. Le feu non maîtrisable par les sapeurs pompiers qui étaient sous équipés et malgré l'aide de leurs collègues du Ghana (pays voisin) venus en renfort, donnait lieu à des scènes de désespoir et de désolation. Dans cette situation de feu vif, de fumées épaisses et de tentative de sécurisation avant le lever du soleil, on observait des pillages organisés par des groupes de bandits célèbres du dit marché communément appelé « milégos ».

Population concernée par l'intervention médico-psychologique

Victimes directes : la population des victimes directes était faite pour la plupart de femmes revendeuses dans le bâtiment principal du dit marché. C'étaient en majorité des grossistes de matériaux de tous genre dont celles des pagnes que l'on appelle ici des « Nana Benz ». Il existait aussi des vendeurs détaillants de grand stock et de petites revendeuses. Ces victimes allaient des sujets adultes jeunes jusqu'aux personnes d'âge mûr. Elles étaient pour la plupart installées au marché depuis des décennies, les plus jeunes ayant hérité des stands de leurs parents. Il s'agissait souvent d'entreprises à gestion familiale.

Victimes indirectes : cette population était constituée des clients des victimes, des parents de ceux-ci et les employés de différents niveaux comme les chauffeurs, colporteurs et les aides vendeurs.

Témoins et curieux : ce sont ceux qui étaient venus de leur propre chef ou qui s'étaient retrouvés là et qui n'arrivaient pas à supporter les scènes de l'incendie ou des phénomènes de foule ou encore les désarrois des victimes.

Méthodes d'intervention

Aménagement du local d'accueil et de prise en charge médico-psychologique

La première tâche nécessaire a été de s'adapter à la situation et aux conditions précaires de l'environnement : présence massive de curieux, exigüité des routes, explosions par moments semant des scènes de panique, rendant du coup impossible une intervention adéquate sur les lieux. Pour contourner cette difficulté, nous avons bénéficié, avec l'accord des autorités administratives, d'une structure située à 150 mètres environ du lieu de l'incendie et aménagée de trois salles pour les prises en charge.

Les volontaires de la Croix-Rouge étaient chargés de circuler à la périphérie du marché afin d'identifier les victimes gravement atteintes et de les conduire dans cette structure de soins. La première salle était dévolue à l'accueil assuré par les volontaires de la Croix-Rouge et par des psychologues cliniciens. La deuxième salle était consacrée aux soins médico-psychologiques. On y trouvait un bureau médical



Grand Marché de Lomé en feu.
Photo de l'auteur.



Grand Marché de Lomé totalement détruit.
Photo de l'auteur.

avec une table et quatre chaises. Des espaces distincts ont été aménagés pour les personnes âgées et les sujets jeunes, afin que les uns et les autres puissent recevoir des soins de manière séparée. Enfin, la troisième salle où des sièges ont été disposés en cercle, a été réservée aux soins psychologiques. Un bureau pour les entretiens individuels a été aménagé dans un coin de cette salle.

Parallèlement, une autre équipe était chargée de porter l'information de notre présence auprès de la population concernée à travers des émissions radiophoniques et télévisées. Ces émissions permettaient également de répondre aux interrogations de public et de situer notre action dans le champ médico-psychologique. De même deux ambulances étaient prêtes pour des éventuelles évacuations vers les Centres Hospitaliers et Universitaires de la capitale.

Déroulement de l'intervention

La prise en charge immédiate s'était déroulée selon trois orientations : somatique, psychiatrique, psychologique.

Au plan somatique, les consultations en rapport avec l'examen somatique ont consisté principalement à la prise des constantes hémodynamiques et la glycémie assurée par l'équipe infirmière. En cas de poussée hypertensive,

d'arythmie cardiaque, de palpitations, de dyspnées, de fièvre et/ou de perte de connaissance, le sujet était référé au psychiatre pour un examen clinique plus approfondi car il n'y avait pas de somaticiens. Les prescriptions consistaient essentiellement à renouveler les ordonnances d'antihypertenseur, et des antidiabétiques. Il fallait noter que les sujets âgés étaient majoritairement obèses, hypertendus et diabétiques connus. A plusieurs reprises les symptômes palustres étaient signalés ce qui avait justifié les prescriptions d'antipaludéens.

Sur le plan psychiatrique, nous avons dû prendre en charge des états aigus [5] marqués par des états anxieux, des pertes de connaissance, des troubles du comportement (agitation, auto et hétéro agressivité, stupeur), ainsi que des états délirants, tous ayant nécessité l'administration d'un traitement psychiatrique. La plupart des autres ordonnances médicales ont été la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques inducteurs rapides du sommeil pour les états agressifs graves voir des antipsychotiques.

Au plan psychologique, notre approche a privilégié la prise en charge des groupes de personnes par le biais de débriefings collectifs et d'entretiens individuels. Dans l'immédiat,

notre premier souci a été de leur apporter une information claire sur les événements traumatiques et sur leur situation, permettant ainsi à chacun de se réapproprier ou de donner un sens à cette histoire qui était la leur et de réaliser puis de dépasser la situation d'urgence qu'ils venaient d'affronter. Les manifestations couvraient un éventail de symptômes allant d'un état stuporeux à des trances de conversion dissociatives très manifestes avec le plus souvent des larmes.

La technique du débriefing psychologique a démontré son intérêt curatif et préventif pour des sujets qui avaient traversé un « événement grave » au cours duquel tout ce qu'ils avaient construit durant des années ou des générations se voyaient disparaître devant eux en une seule nuit, dans l'impuissance totale de toute la nation. Il ne s'agissait pas ici de groupes véritablement constitués, bien que certains d'entre eux se connaissent auparavant. Néanmoins, l'effet de « cohésion » des personnes qui ressentaient la même peine subie a pu limiter l'aggravation de leur souffrance et de leur isolement. Ceux-ci avaient un mode de fonctionnement et ou une histoire très proche les uns des autres.

Aspects cliniques

La cellule d'urgence médico-psychologique avait passé 72 heures sur le site de l'incendie avant d'être réorienté vers les accueils des Cliniques de Psychiatrie et de Psychologie Médicale des deux Centres Hospitalier et Universitaires de la capitale. Au niveau individuel, les événements ont été vécus diversement. La plupart des victimes présentaient une symptomatologie anxieuse et une dépressivité directement en rapport avec l'expérience qu'ils venaient de vivre et dont l'ampleur était une première pour la quasi-totalité. La souffrance psychique qui avait été observée, s'exprimait tant au plan somatique que psychique, se traduisait de façon manifeste et marquée par la tristesse, la nervosité, des sautes d'humeur, des sursauts et paniques au moindre bruit, l'anxiété, des états d'inhibition, des réactions de retrait ou l'isolement (en particulier chez les jeunes), des troubles du sommeil précoces et persistants (insomnie totale, difficulté d'endormissement, cauchemars, réveils fréquents.) ainsi que des perturbations de la conduite alimentaire (perte de l'appétit et anorexie). Nous avons géré plusieurs troubles du comportement et de la conduite : crises d'excitation motrices, passages à l'acte auto et hétéro agressifs, perte de connaissance et des accidents vasculo-cérébraux. Il existait chez un grand nombre de ces victimes une appréhension liée à la résolution de l'énigme de la disparition dans les flammes des « talismans » de bienfaisance confectionnés parfois par les parents, sur lesquels toutes leurs activités de ventes étaient dépendantes et dont les féticheurs n'existaient plus. Cette situation était aggravée par l'inconnue des conséquences mystiques de cette disparition.

Les sujets présentaient des symptômes psycho-traumatiques d'apparition précoce, avec des cauchemars, des reviviscences diurnes, des réactions de sursauts, des attaques de panique, et une insomnie d'endormissement. Une orientation vers les accueils des structures spécialisées où les mêmes

professionnels renforcés en effectifs étaient mis à disposition avec des prestations de soins et des médicaments gratuits sur une durée de six semaines, a été mise en place.

Description des débriefings

Notre technique du débriefing s'est basée sur le modèle de l'Intervention psychothérapeutique post-immédiate (IPPI) proposé par les équipes françaises [6,7] ainsi que sur les indications apportées par nos cliniciens expérimentés [8]. Toutefois, il s'agit d'un dispositif qui a fait l'objet de nombreuses études faisant parfois l'objet de controverses dans la littérature scientifique [9, 10, 11]. Pour ce dispositif de débriefing, après s'être présentés, les animateurs énoncent le motif de leur présence, les consignes de confidentialité, de respect de la parole de chacun, de libre participation au groupe. Le débriefing proprement dit peut ensuite commencer. Il suit un découpage en trois temps selon l'énonciation de chacun, les circonstances de l'événement et les personnes impliquées. Néanmoins, trois temps se déclinent lors desquels chacun est d'abord sollicité afin qu'il précise les circonstances et le contexte subjectif dans lesquels il a été confronté à l'événement ; il s'agira ensuite que chacun précise les changements occasionnés par cet événement, et enfin d'évoquer individuellement la perception de l'avenir proche.

Déroulement des débriefings

Premièrement, il s'est agi de donner l'information précise sur l'événement, la réalité de la situation à l'extérieur, afin d'éviter les distorsions, les rumeurs, les faux bruits et discordances, sources d'angoisse et de confusion particulièrement à l'œuvre d'autant plus que nos sujets ne pouvaient pas s'approcher des lieux de l'incendie. Dans ce contexte, l'événement prime. Les sujets, encore sous le coup de l'émotion qu'ils viennent de traverser, voient souvent leur processus d'idéation inhibé. Ensuite, il s'agissait de parcourir à nouveau le déroulement des faits, les émotions ressenties, les pensées éprouvées à tel ou tel moment. L'effet de groupe, ici, n'est pas négligeable, fournissant une richesse d'expression portant aussi bien sur les faits que sur les affects éprouvés. La parole de chacun s'enrichit de la subjectivité de l'autre, par l'entrecroisement des propos, les digressions pour peu qu'elles restent dans le sujet. Les éléments suivants ont été respectés afin de permettre à tous et à chacun d'exprimer librement sa singularité psychique face à l'événement : pas de compassion, pas d'empathie excessive, ni d'indifférence. Surtout, ne pas « dédramatiser » : c'était aux sujets eux-mêmes de dire s'il y a drame ou pas, et dans quelle mesure, sans qu'ils se voient assigner de limites à leur souffrance. Enfin, nous avons encouragé tout un chacun à parler pour lui-même, en sa propre personne. Il est démontré que minimiser l'expérience vécue aggrave toujours l'angoisse de ceux qui l'ont traversée. Plutôt que d'être légitimées et qualifiées de normales, les réactions relatées ont plutôt été mises en perspective avec l'expérience subjective de chacun. Ces expériences subjectives ont été décrites sous plusieurs angles :

- En termes de loyauté, le sujet se voit coupable d'avoir mal conservé et protégé l'héritage que ses parents ont construit et légué à sa génération et à la suite de la progéniture. La culpabilité soudainement née en rapport avec le passé et avec le futur ne laisse malheureusement la place qu'à la maladie mentale dans cette rupture des liens ontogénétiques.
- L'effondrement de leur personne car l'activité commerciale et les boutiques parties en fumée font partie intégrante de sa personnalité qui a été construite avec les matériaux issus de la vie au grand marché.
- Culturellement, les Nana Benz avaient cette réputation de posséder des pouvoirs magiques ou des boas, de reposer leur activité commerciale sur des pratiques occultes ou ancestrales mystiques héritées ou acquises au prix de lourds sacrifices. La psychose était plus forte d'autant plus que certains charlatans ou tradithérapeutes auteurs de ces « talisements » et gris-gris étaient décédés.
- Puniton ou châtement divin.
- Victime de la méchanceté et de la cruauté humaine.

Conclusion

Cette cellule d'urgence médico-psychologique, à la demande du ministère de la santé, a été la première impliquant des professionnels de la santé mentale au Togo. Elle apparaissait riche en enseignement aussi bien sur les possibilités d'intervention in situ que les possibilités d'adaptation psychologique. Le débriefing psychologique pratiqué auprès des victimes des incendies du grand marché s'inscrivait dans les stratégies de soins appliquées aux personnes « susceptibles » d'être traumatisées par un événement [12]. Des particularités culturelles importantes devraient être intégrées lors d'éventuels événements délicats et/ou traumatiques. Dans ce cadre, la coopération psychiatres/psychologues, infirmiers et personnels de la Croix Rouge, chacun dans sa spécificité dans l'exercice de ces tâches, s'était révélée très bénéfique. La présence de médecin généraliste est souhaitable. Les professionnels de la santé mentale devraient être toujours associés à l'organisation et au déroulement de ces actions d'urgence en matière de catastrophe dans les pays en voie de développement.



Références

1. CNLS-IST. Plan stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST, 2007-2010. Année 2006
2. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA COMPTABILITÉ NATIONALE (Togo). Quatrième recensement général de la population et de l'habitat. Lomé : 2010.p.1
3. LEBIGOT F. La névrose traumatique, la mort réelle et la faute originelle. *Ann Med Psychol* 1997 ; 155 (8) : 522-6.
4. CIRCULAIRE DH/E04-DGS/SQ2 n° 97/383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
5. CROCQ L, DOUTHEAU C, LOUVILLE P, CREMNITER D. Psychiatrie de catastrophe. Réactions immédiates et différées, troubles séquellaires. Paniques et psychopathologie collective. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Psychiatrie*, 37-113-D10.
6. LEBIGOT F, GAUTIER E, MORGAND. et al. Le de 'briefing psychologique collectif. *Ann Med Psychol* 1997;155:370-8.
7. PONSSETTI-GAILLOCHON A, DUCHET C, MOLENDAS S. Le de 'briefing psychologique. Pratiques, bilan et évolution des soins pré-coces. Paris: Dunod; 2009.
8. BRIOLE G. Après l'horreur, le traumatisme. *Quarto* 2005;84:16-21.
9. CHEMTOB CM, THOMAS S, LAW W, CREMNITER D. Post disaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *Am J Psychiatry* 1997;154:415-7.
10. DE CLERQ M, VERMEIREN E. Le de 'briefing psychologique : controverses, débat et réflexions. *Nervure* 1999;6:55-61.
11. DYREGROV A. The process in psychological debriefings. *J Trauma Stress* 1997;10:589-605.
12. DOUCET C, JOUBREL D, CREMNITER D. l'intervention post-immédiate des cellules médico-psychologique : étude clinique et psychopathologique de 20 débriefings psychologiques de groupe. *Ann Med Psycho* 2013 ;171 : 399-404.

Un étal de pagnes de luxe tenu par des Nana Benz au Grand marché de Lomé avant l'incendie.



Émilie Fioffi-Kpadonou

Louanges panégyriques des enfants : où en sommes-nous dans la transmission ?

Auteurs : Émilie Fioffi-Kpadonou¹,
Anselme Djidonou², Magloire Grégoire Gansou¹,
Francis Tchegnonsi Tognon², Thérèse Agossou¹

Résumé : utilisées pour magnifier les exploits et qualités des grands personnages, les louanges panégyriques étaient d'usage courant dans les pratiques de maternage au Bénin. **Objectif :** Retracer la valeur des panégyriques pour leur utilisation au profit de l'enfant. **Méthode :** L'échantillonnage a été probabiliste et a porté sur 150 familles d'enfants, âgés de 0- 3 mois dans tout le Bénin. **Résultats :** le nouveau-né est considéré comme l'empreinte d'un ancêtre défunt et non un «élément» nouveau, et a droit aux honneurs inhérents. Les panégyriques sont couramment utilisés au cours du bain dans 26,7% des cas, et sont globalement connus dans 35,4%. La transmission souvent faite par la grand-mère est faible. Toutes les personnes ayant reçu la transmission ne les utilisaient pas. Toutes les personnes les ayant couramment utilisés au cours du bain pour un enfant, ont déclaré que « cette pratique apaise les enfants mieux que les paroles simples..., personne ne reste insensible à l'évocation des choses fondamentales de sa souche ; les adultes y compris ». **Conclusion :** les panégyriques font la jonction des corps social, physique et spirituel, entre vivants et morts, à partir du nouveau-né. Les panégyriques constituent une approche traditionnelle apaisante de maternage en désuétude, pour lesquels nous devons penser une stratégie de transmission allégée et harmonisée pour les mères béninoises résidant au pays, mais aussi pour celles qui sont loin de leurs souches.

Mots clés : panégyrique, transmission, apaisement.

Summary : used to magnify the achievements and qualities of great characters, praises the panegyrics were commonly used in the practice of mothering in Benin. **Objective :** To trace the value of eulogies for their use for the benefit of the child. **Method :** The sample was probabilistic and involved 150 families with children aged 0-3 months throughout Benin. **Results :** the newborn is considered the mark of a deceased and not a new "element" ancestor, and is entitled to the honors inherent. The eulogies are commonly used in the bath in 26.7 % of cases, and are generally known in 35.4 %. Transmission often made by the grandmother is low. All persons who have received the transmission did not use them. All the people who commonly used in the bath for a child, said that "this practice calms children better than words ... nobody is insensitive to the evocation of the basic things of its stock; adults including ". **Conclusion :** the panegyrics are joining the social, physical and spiritual body, between living and dead, from the newborn. Panegyrics are a traditional soothing approach mothering into disuse for which we need to think a strategy of lean and harmonized transmission for Beninese mothers residing in the country, but also far from their stumps.

Key-words : panegyrics, transmission, appeasement.

¹ Émilie FIOSSI-KPADONOU

Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi ; Service Médico-Psycho-Pédagogique (SMPP), Cotonou, BÉNIN

² Anselme DJIDONOU

Faculté de médecine, Université de Parakou, Service de Psychiatrie, Parakou, BÉNIN

² Francis TCHEGNONSI TOGNON

Faculté de médecine, Université de Parakou, Service de Psychiatrie, Parakou, BÉNIN

¹ Thérèse AGOSSOU

Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi ; Service Médico-Psycho-Pédagogique (SMPP), Cotonou, BÉNIN

Auteur correspondant : Émilie FIOSSI-KPADONOU

04 BP 808 Cotonou ; Tél : 229 97588927

Email : kpadonou_emilie@yahoo.fr

Introduction

Un panégyrique est une parole ou un écrit à la louange de quelqu'un, de quelque chose ; un éloge sans réserve. Les louanges panégyriques désignent ici les notes panégyriques de clan, clan entendu comme ce que les Romains désignaient par la « gens » [1].

Chaque clan est caractérisé par ses origines et des faits historiques réels ou fantasmagiques, liés à la représentation dans l'imaginaire collectif, du patriarche, avec les mythes, totems, tabous, interdits et exploits y afférents. Les notes panégyriques retracent ces origines et ces faits, dans un style bien codifié, harmonieux et mélodieux, validé et reconnu dans le système traditionnel par les autres clans.

Chaque « parcelle » panégyrique clanique est ainsi, bien délimitée et respectée par les autres clans et tous ensemble reconnaissent chacun dans sa « légitimité », sans guerre de territoire panégyrique [2].

Le but de notre article est de retracer la valeur des panégyriques au Bénin pour leur utilisation au profit de l'enfant.

Matériel et méthode

Cette étude transversale et descriptive a été réalisée de juillet 2001 à mars 2002, auprès de 150 familles de bébés ou de nourrissons, âgés de 0 à 3 mois, recensées sur tout le territoire béninois. La méthode d'échantillonnage utilisée a été probabiliste et a recruté 150 familles d'enfants de tous les groupes ethniques du Bénin. La collecte d'informations a été réalisée à l'aide d'observations directes des gestes et méthodes d'apaisement au cours du bain au bébé, d'écoute, d'entretiens avec les laveuses et les mères, les pères et autres membres de la famille présents, d'interviews avec des personnes ressources, disposant de vastes connaissances sur les panégyriques.

Cet article, sous la forme actuelle, ne fait l'objet d'aucun conflit de personne.

Résultats

Caractéristiques socio démographiques de la population d'étude

La population d'étude était constituée de 48,3 % de bébés garçons et 51,3 % de bébés filles, de tout rang de naissance. La profession des parents était trop disparate pour offrir un intérêt particulier. La religion accordée à l'enfant a été celle du père. La quasi-totalité des ethnies du Bénin a été représentée par les familles de l'étude.

Considérations spécifiques

Le nouveau-né était

Au cours de l'enquête, nous avons entendu que « le nouveau-né n'est pas un élément nouveau ; il est comme une empreinte d'un ancêtre défunt » ; il était. À ce titre, la personne qui donne le bain au bébé, la « laveuse », doit lui demander la permission avant de lui mettre l'eau sur

la tête. Nous avons eu des réponses similaires au cours de l'enquête : « Le bébé doit être respecté, loué et bien soigné, avec tous les honneurs inhérents à son clan. L'une des grandes marques de considération authentifiée est la psalmodie des louanges panégyriques de sa famille [paternelle], c'est ce qu'on a appris ».

Paroles adressées au bébé au cours du bain

Les chants et les paroles mélodieuses dont fait usage la mère ou la laveuse sont souvent ponctués du thème principal des panégyriques. Dans 26,7% des cas, les notes panégyriques sont psalmodiées couramment au cours et/ou au décours du bain, et constituent parfois les seules paroles.

Le tableau ci-dessous donne des détails sur les paroles utilisées pour calmer le bébé ou rendre agréable le bain.

Tableau I : Répartition des paroles utilisées au cours du rituel de bain du bébé

	N	%
Chants/paroles mélodieuses/panégyriques	65	43,2
Aucune parole spécifique pour le bébé	27	18,0
Discours situationnel/parole pour adulte	17	11,3
« Tais toi mon/ma chéri(e)/ne pleure pas »	11	7,4
Réponse aux questions de l'enquêteur	11	7,4
Non précisé	19	12,7
Total	150	100,0

Initiation

Dans 62,7% des cas, les mères n'avaient aucune connaissance de la problématique des panégyriques ; 37,5% des mères laveuses utilisaient les louanges panégyriques comme une méthode d'apaisement au cours du bain. « C'est ce que je voyais faire », disaient-elles. La source d'initiation de ces mères a été déclarée variée :

- Elles ont été 77,6% à déclarer avoir été initiées à cette pratique par les grands-mères maternelles, mais surtout paternelles
- Les 22,4% autres étaient :
 - Soit de même appartenance panégyrique que les pères ; et à ce titre, elles connaissent les notes appropriées depuis leur enfance.
 - Soit initiées par d'autre personne comme une belle sœur ou une belle tante ou parfois par une voisine ou une amie s'y connaissant.

Remarquons que l'initiation à cette valeur est plus une affaire de femmes : il s'agit bien ici d'une transmission femme-femme.

Connaissance et utilisation des panégyriques

Les panégyriques du clan du bébé lavé sont globalement connus par les personnes enquêtées dans 35,4% des cas. Ils sont couramment utilisés au cours du bain au bébé dans 26,7% des cas. Toutes les personnes ayant reçu la transmission des panégyriques ne les utilisaient pas : dans 8,7% la connaissance n'était pas utilisée.

Discussion

Caractéristiques générales, connaissance et utilisation des panégyriques

L'utilisation des louanges panégyriques n'est une question ni d'ethnie, ni de profession, ni de religion des parents, ni de sexe de l'enfant.

Dès la naissance, l'enfant est «affilié» à sa parcelle panégyrique, est considéré dans son domaine et y est honoré en conséquence. Mais la non connaissance est importante ; on se rend compte de la déperdition entre la connaissance et l'utilisation des louanges panégyriques et certainement de la transmission future (dans 8,7% la connaissance des panégyriques reste morte). La non transmission est une destruction à terme, destruction de ce qui sera utile non seulement à l'enfant, mais aussi à l'Autre, à la famille, à la communauté.

Sens, fonction des panégyriques

Le bébé n'a quasiment comme mécanisme de défense objective, que sa voix, ses cris, ses lallations. La voix de l'Autre (mère ou substitut ...) l'accompagne. La mère ou substitut utilise sa voix (comme un instrument de musique) pour bercer le bébé, le faire dormir, le calmer. Avec les panégyriques, le résultat est nettement plus concluant.

L'enfant est moulé dès le départ dans les caractéristiques de ses panégyriques, dont il garde en mémoire les grandes notes qui ont servi à l'apaiser. Le nourrisson est sensible à la mélodie de ses panégyriques et se laisse calmer par cette note spécifique.

La laveuse sent la complétude et la pleine satisfaction de son rôle dans la maîtrise de la psalmodie des panégyriques de l'enfant lavé. Celle qui ne la connaît pas, s'arrange pour s'en informer dès les premiers jours de sa «fonction».

La voix de la mère constitue la voie vers le savoir pour son enfant, qui peut ainsi voir le monde. Dans le savoir, il y a du voir (disait FREUD) ; le savoir est (aussi) transmis par la voix, celle qui véhicule les panégyriques et celle qui est véhiculée par les panégyriques. Par les panégyriques, la mère indique le père, permet une première identification communautaire, celle du clan dans notre système familial actuellement patrilinéaire au Bénin, une identité individuelle différente de celle de la mère. Même dans les situations de communauté de panégyrique, la mère, en préambule, indique de façon systématique « chéri, mari, être cher » de tel panégyrique.

Le sujet peut se ressourcer dans les louanges qu'ils s'approprient, il peut y trouver apaisement, consolation, il y «rencontre» une base d'identification.

À travers tels panégyriques claniques, on perçoit la mise en valeur de la beauté du corps et de l'esthétique, l'endurance et la persévérance ; tels autres relèvent plutôt la méfiance dans les relations interpersonnelles, la non acceptation (et la mise en garde contre) des confrontations liées à une jalousie haineuse.

Chaque clan est ainsi « fiché » et celui qui s'inscrit dans la

tradition peut appréhender ce à quoi s'en tenir dans ses relations avec un membre d'un clan ou d'un autre. Pour s'assurer de l'appartenance d'un sujet à un clan, on peut simplement psalmodier les notes panégyriques de ce clan pour vérifier s'il s'y reconnaît.

Jonction, d'un bout à un autre

Les panégyriques sont des paroles qui viennent du corps social, pour accompagner le corps physique de l'enfant dans un mouvement de modelage et d'apaisement, mais qui permettent aussi de rendre hommage aux ancêtres. Les panégyriques font ainsi la jonction du corps social, du corps physique et du corps spirituel entre les vivants et les morts, de façon douce et harmonieuse et à partir du nouveau-né [3].

La psalmodie, le rythme, le débit, l'intonation utilisée, le caractère codé des paroles, les personnages et objets mythiques ou sacrés invoqués, ces éléments ensemble ou séparément, confèrent aux notes panégyriques, un caractère magique, pénétrant, qui accroche, interpelle et module des affects chez le sujet depuis son enfance.

La tradition comporte des dispositifs de maternage, d'apaisement, de conciliation, d'identification, le tout passant par la médiation des louanges panégyriques, pour le bien-être de l'enfant pour lui-même directement ou indirectement, et aussi pour les adultes, quel que soit l'âge [4]. Les relations affectives précoces mère-enfant et de maternage portent des marques culturelles [5]. Aussi, la capacité d'une mère à calmer ou harmoniser ses relations avec son bébé ou nourrisson pourrait-elle passer par l'utilisation des louanges panégyriques, qui deviennent normalement efficaces au fil du temps. En effet, cette conduite induit une interaction positive et adéquate. On pourrait ainsi utiliser les louanges panégyriques pour aider les mères d'enfants à compétences déficientes, pour une amélioration et/ou une gestion émotionnelle adaptée comme le suggèrent en co-thérapie certains auteurs, dans les déficiences spécifiques de langage [6]. La transmission de ces notes est faite de génération en génération par les tantes, les grands-mères, mais surtout par les tantes officiant comme prêtresses au cours des cérémonies et rituels.

La jeune fille fiancée doit apprendre auprès d'une future belle-sœur et connaître avant le mariage les notes panégyriques du clan de son futur mari. Car elle doit pouvoir les psalmodier plus tard à ses enfants, déjà à l'occasion du rituel de bain, et aussi à son mari à certains moments délicats de joie, de désir, de colère ou de conflit [7].

Aux derniers moments de la vie sur terre, nos louanges panégyriques nous accompagnent et nous conduisent jusqu'au portail du monde de nos ancêtres pour peut-être nous faciliter l'accueil dans l'au-delà à leurs côtés.

Conclusion

Les louanges panégyriques constituent une base de référence identitaire pour clan, famille et individu, sont transmises de génération en génération. Elles sont massivement utilisées

au cours des cérémonies traditionnelles et autres rituels de bain, de naissance, mais aussi dans la vie quotidienne, pour rappeler les alliances, pour apaiser le ou la partenaire, pour obtenir le pardon de l'autre, dans les situations de réconciliation, de funérailles.

Les louanges panégyriques demeurent une approche apaisante de maternage, utilisée, il est vrai, de moins en moins, au cours du rituel de bain.

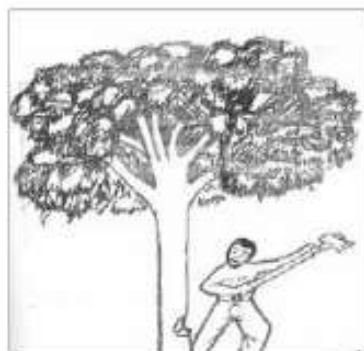
Au bout de la tradition ancienne doit se tisser la tradition actuelle pour un mieux-être. La transmission permet le passage, la transcription, l'avancée, la continuité, la pérennisation, l'alliage. La transmission et l'utilisation des panégyriques sont en souffrance dans les mœurs actuelles au Bénin, il faudra alors penser à une stratégie de récupération ou de réactualisation/vulgarisation au profit des enfants dans le pays, mais aussi pour ceux dont les parents sont loin de leurs souches et qui ont besoin d'un soutien dans ce sens.

L'importance et l'urgence de travailler les valeurs positives traditionnelles en équipe pluridisciplinaire pour une meilleure santé mentale des enfants et des familles sont évidentes. Nous devons passer le message, rester à l'écoute, aider à rester à l'écoute, à écouter et à entendre, et à utiliser le substrat positif et utile.

La nouvelle corde se tresse au bout de l'ancienne, surtout si celle-ci est reconnue solide, utile et efficace.

Références

1. QUENUM M. *Au pays des fons Us et coutumes du Dahomey*. Maisonneuve & Larose, Paris, 1999 : 103
2. FIOSSI KPADONOU E. *La nouvelle corde se tresse au bout de l'ancienne ou le rôle de la transmission paternelle dans le bien-être mental à l'adolescence au Bénin*. In *Enfances Adolescence*, SBPDAAE, éd de Boeck, 2003/1 n°5 : 55-65
3. KOSSOU T. B. Sè et Gbè *Dynamique de l'existence chez les Fon*. La Pensée Universelle, Paris, 1983 : 269
4. AGOSSOU Th., *La mort, la naissance, la filiation : un itinéraire nécessaire et structurant. L'exemple des cultures africaines*. In GUYOTAT J. : *Mort, naissance et filiation*, Masson, Paris, 1980 : 105-115
5. BORNSTEIN MH, PUTNICK DL, SUWALSKY JT, VENUTI P, de FALCO S, de GALPERIN CZ, GINI M, TICHOVOLSKY MH. *Emotional Relationships in Mothers and Infants: Culture-Common and Community-Specific Characteristics of Dyads from Rural and Metropolitan Settings in Argentina, Italy, and the United States*. *J Cross Cult Psychol*. 2012 Feb 1;43(2):171-197.
6. GREGL A, KIRIGIN M, LIGUTIC RS, BILAC S. *Emotional competence of mothers and psychopathology in preschool children with specific language impairment (SLI)*. *Psychiatr Danub*. 2014 Sep; 26(3):261-70.
7. AGOSSOU Th. *Notion de personne dans la tradition aja-fon du Bénin en psychiatrie*, *Nouvelle revue d'Ethnopsychiatrie*. La Pensée sauvage, 1996, 29 : 21-30



Non transmission = destruction à terme



Passons le message



Pour le bien-être de tous

« Il convient en permanence de tenir réveillé en l'homme ce qui fait sa grandeur » (Antoine de Saint Exupéry)



Sana Ellini

Impact du stress sur l'apparition de la dépression chez les infirmiers d'un hôpital psychiatrique

Auteurs : Sana Ellini¹, Faten Ellouze², Leila Chennoufi³,
Mejda Cheour⁴, Mohamed Fadhel Mrad⁵

Résumé : le stress professionnel peut être rencontré dans plusieurs domaines. Le milieu psychiatrique représente l'un des secteurs professionnels où le stress subi par les infirmiers est important car à côté des soins qu'ils assurent, ils sont en confrontation directe avec le malade psychiatrique. Dans notre étude, on s'est intéressé à évaluer le niveau de stress chez un groupe d'infirmiers exerçant dans des services de psychiatrie, à identifier les principaux déterminants psycho-sociaux en rapport avec l'état de stress et de rechercher une dépression survenue suite à ce stress. La connaissance de ces répercussions sur le personnel nous aide à aménager et à améliorer les conditions au travail jugées stressantes afin de protéger les personnels et garantir une meilleure qualité de travail.

Mots clés : épuisement professionnel, psychiatrie, stress, dépression

Abstract : the stress can be encountered in several areas. The psychiatric hospital is one of the professional sectors where the stress experienced by nurses is important because, in addition to the care they provide, they are in direct confrontation with the psychiatric patient. In our study, we are interested to assess the level of stress in a group of nurses working in psychiatric services, to identify the main psycho-social status relation stress and seek a depression occurred following stress. Knowledge of the impact on staff helps us to develop and improve work conditions considered stressful to protect staff and ensure a better quality of work.

Key words : burnout, psychiatry, stress, depression

Introduction

Le milieu psychiatrique représente l'un des secteurs professionnels où le stress est important. À côté de leur travail et les soins qu'ils assurent, les infirmiers travaillant dans des

services de psychiatrie sont en contact direct et continu avec le malade psychiatrique. Dans notre étude, on s'est intéressé à évaluer le niveau de stress chez un groupe d'infirmiers exerçant dans des services de psychiatrie, à identifier les principaux déterminants psycho-sociaux en rapport avec l'état de stress et de rechercher une éventuelle dépression survenue suite à ce stress.

Matériel et méthodes

Nous avons utilisé : l'échelle visuelle analogique de B. Chini pour l'évaluation du stress, le questionnaire de Boitel pour la recherche des symptômes liés au stress, l'échelle HDRS de dépression de Hamilton pour l'évaluation d'une éventuelle dépression dans ce groupe d'infirmiers. Le travail a été effectué sur 50 infirmiers de l'hôpital psychiatrique Razi la Manouba de Tunis, et le taux de réponse était de 92% (46 personnes).

1. Résidente en psychiatrie

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

2. Professeur agrégé en psychiatrie

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

3. Assistante hospitalo-universitaire

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

4. Professeur et Chef de service de psychiatrie «E»

Hôpital Razi Tunis

5. Professeur et Chef de service de psychiatrie «G»

Hôpital Razi Tunis

Auteur principal Sana Ellini : E-mail: sana_ellini@yahoo.fr – Numéro téléphone: +216 22 732 754 – Adresse: Cité ibn Zohr, résidence le bey, bloc 28, appartement 41, Manouba 2010 Tunis, Tunisie.

Lieu de réalisation du travail : Hôpital psychiatrique Razi Manouba Tunis Tunisie. Faculté de Médecine de Tunis. Université El Manar Tunisie.

Résultats

Caractéristiques de la population d'étude

1- Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen des sujets ayant participé à notre étude était de 39,28 ans avec un écart type de 10. Majoritairement la population n'était pas jeune et les âges ont dépassé les trente ans dans 58,7 % des cas. Une légère prédominance masculine avec un sex-ratio de 1,14. La plupart des participants était des sujets mariés représentant 67,4% des cas, dont 74,2% d'entre eux ont au moins un enfant à charge et seulement 16,13% des personnes mariées avaient des conflits conjugaux. La distance séparant le travail du domicile était jugée grande par 54,35% des sujets. 17,4% des infirmiers avaient des antécédents somatiques. Les pathologies observées étaient à type d'arthrose, de diabète, de gastralgie, de maladie coeliaque et de céphalées. La moitié de la population avait rapporté des problèmes financiers.

2- Données liées au travail

Le grade d'infirmier était le plus prédominant représentant 74% de tout l'échantillon. Le reste était réparti en infirmiers principaux (10.8%), techniciens en psychiatrie (8.7%), et aides soignant (6.5%). L'ancienneté au travail était en moyenne de 14 ans et 9 mois, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 38 ans. Une proportion de 50.2 % avait une ancienneté de 11 à 38 ans et 41,3% inférieure à 3 ans. Une activité extra-professionnelle a été rapportée dans 32,6% des cas, en association avec le nombre d'heures de travail par jour de 6,5 heures en moyenne (6 - 8 h/j). L'organisation du travail n'était pas satisfaisante dans 67,4% des cas. La satisfaction au travail n'était pas observée chez 56,5% des sujets. 60,8% se plaignaient de ne pas être apprécié. La surcharge au travail était jugée présente par 80,4% des sujets, et 89,1% avaient pensé qu'ils doivent être

rapides pour pouvoir accomplir leurs tâches. 15,2% ont nécessité des congés pour fatigue mentale durant l'année en cours. Concernant les relations avec les collègues au travail et les supérieurs, elles étaient jugées bonnes par la majorité.

Étude du stress

Prévalence du stress en fonction de son intensité

Le stress était considéré important à très important chez 45,6 % des infirmiers, moyen chez 28,3% et faible voire nul chez 26,1% de notre population d'étude. L'âge, le sexe, l'état civil, le grade et l'ancienneté ne nous ont pas semblé en relation avec la perception du stress.

Symptômes liés au stress

a. **Retentissement du stress sur le comportement et le caractère** : un retentissement important à très important du stress sur le comportement et le caractère a été observé chez 30% à 47% de notre population pour les items suivants : sentiment d'être crispé ou tendu, pessimisme et découragement, inquiétude, nervosité, excitation, hypersensibilité et aussi les conduites addictives (Tableau I).

b. **Retentissement du stress sur le travail et l'intelligibilité** : le retentissement du stress sur le travail et l'intelligibilité a été observé chez plus de 30% de la population étudiée. Ce retentissement s'est manifesté dans un mauvais maintien de qualité du travail, des difficultés aux initiatives, des difficultés aux activités et des troubles de la concentration et de la mémoire.

c. **Symptômes d'ordre généraux liés au stress** : des symptômes généraux ont été observés chez plus de 40% des infirmiers pour les items suivants : oppression et essoufflement, sensation de fatigue générale, troubles du sommeil et une modification de l'appétit (Tableau II).

Tableau I : Retentissement du stress sur le comportement et le caractère :

Intensité du stress	Très grande %	Grande %	Moyenne %	Nulle/faible %
Etre crispé ou tendu	15,2	28,3	28,3	28,3
pessimisme, découragement	15,2	30,4	36,9	17,4
Nervosité	21,7	26,1	28,3	23,9
Inquiétude	15,2	17,4	30,4	36,9
Irritabilité	13	13	30,4	45,6
Excitation	15,2	19,5	10,9	54,3
Hypersensibilité	28,3	13	26,1	32,6
Conduites addictives	19,5	10,9	15,2	54,3

Tableau II : Symptômes d'ordre généraux liés au stress

Intensité du stress	Très grande (%)	Grande (%)	Moyenne (%)	Nulle/faible (%)
Oppression, essoufflement	15,2	28,3	32,6	23,9
sensation de fatigue générale	28,3	23,9	23,9	23,9
troubles du sommeil	23,9	10,9	10,9	54,3
Modification de l'appétit	13	21,7	19,5	45,6
Troubles du désir sexuel	10,9	19,5	4,3	65,2
Transpiration anormale	6,5	15,2	10,9	67,3

d. Retentissement du stress sur l'estime de soi : presque 20% de notre population a perdu confiance en soi par l'effet du stress;

Il existe une relation statistiquement significative entre le stress et les symptômes relatifs au comportement et au caractère, les symptômes d'ordre généraux liés au stress, le retentissement sur la qualité du travail et l'intelligibilité ainsi que le retentissement sur l'estime de soi.

Dépression chez les infirmiers des services de psychiatrie

- Un stress important à très important a été enregistré parmi 45,6 % des infirmiers. Ce stress était majoritairement en rapport avec l'organisation du travail et les conditions d'exercice.
- La présence de symptômes dépressifs parmi les sujets présentant un niveau de stress élevé à très élevé était constatée dans 76,2 % des cas.
- Les sujets déprimés étaient répartis ainsi: 19% présentant une dépression légère et 57,2% souffrant d'une dépression modérée à sévère.

Discussion

- Le stress est particulièrement présent dans les équipes soignantes, pour des raisons de surcharge de travail, de confrontation quotidienne à la souffrance et de manque de reconnaissance [1, 2]. Le stress entraîne ainsi un épuisement professionnel ou « burn out » et par la suite des répercussions psychologiques [3] qui peut être source de dépression [4, 5, 6].
- Certains chercheurs [5] distinguent six sources intrinsèques de stress : le travail, le rôle dans l'organisation, le développement de la carrière, les relations professionnelles, la structure et le climat organisationnels et l'interface travail-famille.
Ce résultat a aussi été observé dans notre travail concernant la qualité du travail et l'organisation; mais indépendamment de l'âge, du sexe, de l'ancienneté au travail, les relations professionnelles et l'interface travail-famille.
- Une relation statistiquement significative entre le stress et les symptômes dépressifs a été rapportée par les auteurs [5, 7]. Ce résultat a été bien objectivé et démontré dans notre étude.
En effet, quand l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs et de défense ne suffisent plus, le personnel soignant, a souvent recours à la démission comme réponse [8]. Dans notre étude, des congés pour charge mentale ont été le recours de 15,2% de nos cas durant l'année en cours.

Conclusion

La relation stress dépression parmi les infirmiers est importante. Il serait utile dans ce sens de développer des programmes de gestion et de prévention du stress afin d'assurer un meilleur rendement au travail et une meilleure efficacité quant à la prise en charge des malades mentaux.

Bibliographie

- [1] Dominique Barbier. *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. Presse Med 2004; 33: 394-8.
- [2] Macrez P. *Le stress professionnel, un danger pour les soignants*. L'aide-soignante n° 101. Novembre 2008. Elsevier Masson. P 16-17.
- [3] Laurent A., Chahraoui K., Carli P. *Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU*. Ann Méd Psycho; 165 (2007) 570-78.
- [4] Arsenault A. et Dolan S. *Le stress au travail et ses effets sur l'individu et l'organisation*. p 86. Montréal: I.R.S.S.T. 1983.
- [5] Cooper CL, Payne R. *Stress at work*. John Wiley & Sons, 1978.
- [6] Suzanne Aucoin. *Évaluation du niveau de stress chez les infirmières et de leur préparation à le gérer*. Mémoire Décembre 1989.
- [7] Weinberg A, Creed F. *Stress and psychiatric disorder in healthcare professionals and hospital staff*. Lancet 2000; 355: 533-6.
- [8] Arslan L. *Infirmière, et si c'était à refaire ?* 2002.



Œuvre d'un patient de l'atelier d'art-thérapie
« Les Impatients » à Montréal. Photo Psy Cause.

L'équipe de Psy Cause

■ Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

■ Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

■ Rédacteurs en chef

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

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

Le comité de lecture est composé du directeur et des rédacteurs en chef, ainsi que de François Daniel Alberola, de Samuel Mampunza, de Gérard Pirlot, de Raymond Tempier et de Jean-Marie Y Yéo Ténéna.

■ Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

■ Secrétaires de Rédaction

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

Algérie : Meryem Tadmou (Tlemcen, Algérie)

Amérique du Nord : François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

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 Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

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)

Anne Laure Donskoy (Bristol, Angleterre)

Moridofé Doukouré (Conakry, Guinée)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Jean-Yves Feberrey (Nice, France)

Émilie Fiozzi-Kapdonou (Cotonou, Bénin)

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)

Daniella Malulu (Victoria, Seychelles)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Youssef Mourta (Le Mans, France)

Naasson Munyandamutsa (Kigali, Rwanda)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkelzok (Douala, 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 Podlinski (Rouen, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Anne Rivet (Avignon, France)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrassat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadmou (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 Atri (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqiq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova

(Ostrava, Tchéquie)

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

Françoise Deramond (Toulouse, France)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaël Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi

(Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Gyöngyigyi Szilagy (Budapest, Hongrie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergei Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Yuri 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.

Une année de partenariat avec l'atelier d'art thérapie «Valetudo»



En couverture de ce numéro 66, nous commémorons avec l'œuvre signée Jeanne Bensoussan, une année de partenariat avec l'atelier d'art-thérapie des cliniques psychiatriques Saint Paul et Van Gogh à Saint Rémy de Provence. Depuis le N°63, des artistes de talent nous transmettent leurs œuvres pour publication dans notre revue, par l'intermédiaire du Dr Jean Marc Boulon. L'équipe de la revue Psy Cause remercie chaleureusement le Dr Jean Marc Boulon et les artistes pour leur contribution.