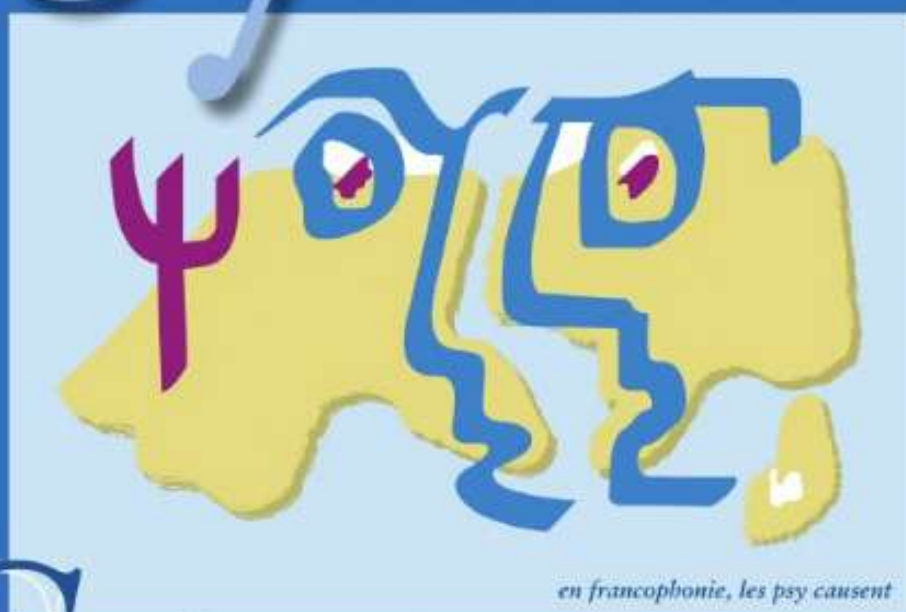


Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

- Psy Cause France
- Un pays, un auteur

Mario Mella
EDITION

Sommaire

PsyCause I – Psy Cause France	3
Le syndrome d'identité diffuse dans la psychogenèse des états-limites Annabelle Montagne	4
Sophrologie et Psychiatrie : Quel intérêt pour la santé mentale ? Didier Terrisse.....	12
Dépression et conjugopathie dans le département de la Haute Saône : une étude rétrospective, observationnelle, à travers une population hospitalière intersectorielle Corentin Nascimento, Marie Schneider, Claire Pinot	16
De l'expression de la douleur en psychiatrie Lisa Dehandschoewercker.....	22
PsyCause II – Un pays, un article	28
La psychothérapie, une relation à plusieurs niveaux Ola Lindgren	29
Les caractéristiques cognitives de la personnalité résiliente chez les victimes du terrorisme Meryem Tadlaoui.....	33
Profils cliniques et socio démographiques des malades mentaux errants de la ville province de Kinshasa / RD Congo Michel Saïd Mbuku Nguala, Faustin Tshamala Kalala, Gilbert Mananga Lelo, Sébastien Kinsala Ya Bassi.....	37
Aspects psychopathologiques et itinéraire thérapeutique d'un « <i>Dji Kul</i> » dans l'aire culturelle Adja (Togo-Bénin) Kokou Messanh Agbémélé Soédjé, Guy Gérard Aza-Gnadj, Anselme Djidonou, Lucrèce Anaganou, Grégoire Magloire Gansou, Simliwa Kolou Dassa, Mathieu C Tognidé, Josiane Ezin-Houngbé.	42
Psychologie autour du VIH : à propos de 42 couples sérodifférents à Abidjan Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna, Alimata Sandia Bakayoko-Yéo Ténéna, Asséman Médard Koua, Catherine Assi-Sedji, Adama Koné, Drissa Koné, Roger Charles Joseph Delafosse	46



Psy Cause France

Le N°66 fut africain, et tout particulièrement ivoirien. Dans ce N°67, nous formalisons un dossier dédié à des auteurs dont le lieu d'exercice professionnel est la France. L'année 2015 fera de ce pays un chantier prioritaire. La clinique française, y compris celle du courant de la psychothérapie institutionnelle dans la seconde moitié du XX^e siècle, la psychanalyse revisitée par Jacques Lacan et pas seulement, avec des personnalités comme André Green par exemple, a toute sa place dans une revue francophone internationale, ce qui correspond à une attente dans notre réseau francophone. Il est significatif que l'auteur principal de l'un des articles retenus, ne soit autre que notre rédacteur du Niger, en séjour professionnel de longue durée en Haute Saône, qui implante localement notre revue dans ce département français.

En 2012, nous avons autonomisé, au sein de l'association Psy Cause International, une section Psy Cause France afin que soit mise en perspective une déclinaison nationale française parmi toutes celles qui constituent l'ensemble Psy Cause. Afin d'inscrire symboliquement cette évolution dans la revue internationale francophone Psy Cause, c'est le référent de Psy Cause France qui présente ce dossier du N°67 qui clôt l'année 2014. Une année durant laquelle l'ensemble Psy Cause s'est articulé sur trois composantes : une revue, une dynamique associative, un site. Ce modèle sera appelé à se développer, à se structurer et à se complexifier en 2015.

La seconde partie de ce numéro 67 reprend la formule « un pays, un article » du N°65 et, cette fois-ci, publie des auteurs de six pays : la Suède, l'Algérie, la République Démocratique du Congo, le Togo, le Bénin et la Côte d'Ivoire. L'article de notre rédacteur suédois mérite une mention particulière car il est exceptionnel dans ce pays de publier en Français, la langue internationale convenue y étant l'Anglais. Le motif de l'auteur est de témoigner d'un retour consensuel de l'approche humaniste en Suède et, pour ce faire, il choisit de l'exprimer en langue française. Dans ces six pays, les auteurs présentent des travaux originaux qui délimitent les contours de la ligne éditoriale de notre revue aujourd'hui.

La composition de ce N°67 est, de plus, une illustration de nos trois critères de base qui président au choix des articles lors de la construction du numéro. Le premier critère est de prioriser des recherches et des témoignages en rapport avec les réalités de la clinique et du terrain, ce que nous appelons « la théorie de la pratique ». Le second critère est de rechercher un équilibre pluridisciplinaire dans l'architecture du numéro. Le troisième critère est de publier des articles suffisamment concis qui vont à l'essentiel. Ces trois critères s'articulent évidemment avec les avis du comité de lecture et des rédacteurs.

Le 17 décembre 2014

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne

Psy Cause France

Quatre articles rédigés en France ont été retenus pour constituer ce dossier représentatif de la dynamique de la section française de l'association Psy Cause International, dont l'objectif est de mettre en évidence qu'il se poursuit un travail pluridisciplinaire de recherche et d'écriture sur le sol du pays où s'origine la revue Psy Cause.

Le premier texte est une communication au XV^e colloque interrégional de Psy Cause en France, qui s'est déroulé le 29 mars 2014 au Château de Rochegude et s'est inscrit dans la continuité des colloques français annuels de Psy Cause depuis 1996, après trois années d'interruption (le précédent s'était tenu à Béziers en octobre 2010). L'idée était de renouer avec le principe des rassemblements nationaux qui se tenaient indépendamment des journées scientifiques locales. La Journée du 29 mars 2014 avait pour thème « Les états limites » et fut l'objet d'échanges cliniques très riches. L'auteur de l'article présenté ici, intervenait dans le colloque pour parler de sa recherche sur le syndrome d'identité diffuse dans la psychogénèse des états limites, effectuée dans le cadre de son mémoire de maîtrise qui a validé son accès au master 2 de psychologie.

Le second texte est un article infirmier rédigé au Centre Hospitalier de Montfavet (Avignon). Il s'inscrit dans la continuité de la présence institutionnelle de Psy Cause dans cet établissement depuis 1995. Il traite de l'intérêt de la sophrologie dans le traitement des psychoses selon une technique maîtrisée par divers soignants au sein des équipes infirmières de cet hôpital psychiatrique.

Le troisième texte est tout autant significatif de Psy Cause France en 2014. Son auteur principal fut notre rédacteur au Niger. Il exerce à présent en Haute Saône dans un cadre de formation de longue durée et associe à son travail, qui porte sur la dépression et la conjugopathie, deux étudiantes en psychiatrie de l'université de Besançon. Il envisage de faire connaître et de développer la présence de la revue dans sa nouvelle région.

Ce dossier est clos par un article original sur la douleur, rédigé par une jeune psychiatre du Centre Hospitalier de Montfavet.

Yves Chmielewski
Rédacteur
Référént de Psy Cause France



*XV^e colloque inter-régional de Psy Cause en France, au Château de Rochegude le 29 mars 2014.
Photo Psy Cause.*



Annabelle Montagne

Le syndrome d'identité diffuse dans la psychogenèse des états-limites*

Résumé : aujourd'hui la psychanalyse renvoie le concept d'état-limite à une pathologie du moi, déficitaire quant à la construction d'un socle narcissique solide. Les aménagements de cette organisation psychique témoignant d'un caractère instable de la personnalité pourraient être conçus comme le masque d'une problématique identitaire spécifique de ces sujets. C'est sous cet angle que nous proposons ici le syndrome d'identité diffuse comme une grille de lecture de la problématique borderline. Le manque d'intégration de soi est au cœur de ce syndrome, et s'intrique à la défaillance de la notion de temporalité, révélant une cohérence interne plus que précaire à l'origine du flou identitaire handicapant le fonctionnement du sujet dans tous les domaines de sa vie. Aider le patient à s'éprouver en tant que sujet, au sens d'un sentiment d'unité personnelle, et à se réinscrire dans sa propre histoire de vie, serait alors l'enjeu de la prise en charge thérapeutique des sujets présentant un syndrome d'identité diffuse. Sujets souffrant des perturbations de ses relations interpersonnelles, notamment les relations intimes, et dans sa difficulté à s'intégrer à la société, la symptomatologie de l'état-limite résonne en tant que quête d'un sentiment d'exister, qui bien que rappelant celle de l'adolescence, ne peut y être limitée.

Mots clés : identité, identité diffuse, état-limite, temporalité, adolescence.

Abstract : today psychoanalysis refers the concept of borderline to an Ego pathology, with narcissistic problematic. The mode of the psychic organization indicating an unstable character's personality could be designed as the mask of a specific problem of identity of these subjects. It is in this light that we propose here syndrome of identity diffusion as a reading grid borderline problematic. The lack of integration of the self is at the heart of this syndrome, and intrigue to the failure of the concept of temporality, revealing a precarious internal consistency than the original identity blur disabling the operation of the subject in all areas of his life. Help the patient to feel as a subject in the sense of a sense of personal unity, and to re-register in his own life story, then constitute the challenges of therapeutic management of subjects with syndrome of diffused identity. Subject suffering disruptions interpersonal relationships, especially intimate relationships, and the difficulty in integrating into society, the symptoms of borderline resonates as looking for a sense of being, that although reminiscent of adolescence, cannot be limited.

Key words : identity, identity diffusion, borderline, temporality, adolescence

Etudiante en psychologie
montagne.annabelle@orange.fr

* Ce travail est une extension de recherche à partir de mon mémoire de Master1, soutenu en 2013 à la faculté de Montpellier. Ma directrice de mémoire était Ève Montalti. Ma référente de stage au Centre Hospitalier de Montfavet était Constance Gard.

Introduction

Les états-limites sont présentés dans la clinique comme appartenant aux pathologies du narcissisme. La prise en compte des troubles du narcissisme est un des enjeux de la psychiatrie de ce début de XXI^e siècle. Ce concept est au centre des études de nombreux auteurs investis dans la compréhension de ce fonctionnement psychique (J. Bergeret, A. Green, D. Bourgeois) qui colore de façon singulière le fonctionnement des instances Moi/Ca/Surmoi, classiquement repéré dans chacune des structures de type névrotique et de type psychotique.

Le système conceptuel psychanalytique, à travers l'expertise des mécanismes intrapsychiques qu'il permet, contribue à l'élaboration d'hypothèses sur les sources possibles de la dimension pathogène dans la construction du moi et dans le fonctionnement des adultes positionnés sur un mode de fonctionnement de type état-limite.

Les états-limites constituent une entité clinique pour laquelle on ne peut plus raisonner en termes de structure minérale¹, n'ayant « pas droit au statut de structures »² comme la névrose et la psychose. Plus généralement, il apparaît aujourd'hui plus judicieux d'invoquer la notion d'un fonctionnement préférentiel : psychotique, névrotique ou narcissique. Chaque fonctionnement étant susceptible d'emprunter ses mécanismes aux modes des autres fonctionnements : les schizophrènes chroniques ont dans leur vie des moments au cours desquels ils fonctionnent sur un registre « normal/ névrotique/ ordinaire... » Inversement, tout le monde peut fonctionner à un moment donné « comme un psychotique ». Un sujet dit « normal » sera sur ce registre, par exemple, 5% de son temps : « parano », ritualisé, décalé, « mégalomanie »... Il pourra toujours avoir des positionnements « narcissiques », c'est-à-dire parlant pour sa souffrance narcissique : attitude de prestance, séduction outrancière, victimisation.

Tout l'enjeu des thérapies (sociothérapies, art-thérapie, psychothérapies...) sera d'instiller du possible, de la souplesse, de l'ouverture dans les fonctionnements quotidiens des patients. En ce sens, l'appoint des traitements psychotropes est à prendre en compte : une anxiolyse, une sédation, un émoussement iatrogène du délire, pourront toujours permettre à un sujet de pouvoir fonctionner sur un registre plus ordinaire, le désaliénant au sens propre. Et ceci est particulièrement crucial chez les sujets en état-limite, fragiles certes, mais potentiellement en capacité de prendre (au-delà d'un faux self) des positionnements divers. C'est la question de l'authenticité du fonctionnement qui sera à explorer alors.

L'hypothèse d'une intégration du moi plus aboutie chez le sujet état-limite que celle des psychotiques, mais qui

n'atteindrait pas l'intégration du moi névrotique, constitue la base du champ d'investigation de cette clinique spécifique dont les marges sont dites « à la limite du conceptualisable » par A. Green³. Faible selon O. Kernberg⁴, lacunaire selon Bourgeois⁵, le moi de l'état limite « se déforme »⁶ dans une lutte simultanée contre une angoisse d'empiètement et une angoisse anaclitique de perte d'objet. Certains auteurs parlent de pathologie des limites du moi comme A. Green⁷ ou encore V. Estellon⁸. On retrouve cela dans la clinique à travers des syndromes caractéristiques : abandonnisme, retrait vital, phobie sociale chez les sujets victimes de psycho-traumatismes, dépression anaclitique avec sentiment de vide. Le « Moi-peau passoire » pour reprendre le terme de D. Anzieu⁹, désigne la défaillance de la fonction conteneur des sujets en état-limite chez qui l'angoisse infiltre tout échange avec l'extérieur. Leur angoisse est souvent massive, irrémédiable et diffuse (elle ne s'étaye sur rien en particulier), insoutenable : tout est bon pour l'atténuer, ce qui fait le lit d'addictions (alcool, cannabis, tranquillisants) et rend difficile le traitement des sujets état-limites.

Chez l'organisation limite l'examen de réalité est conservé (ce qui permet une différenciation des modes d'organisation psychotique), autrement dit la différenciation entre soi et objet externe existe. Cependant, les frontières du moi présentant une certaine porosité, l'examen de réalité peut être mis en péril, spécifiquement dans le domaine des relations intimes. Cela se retrouve cliniquement dans des symptomatologies de déconnexion, de déréalisation, de confusion mentale qui peuvent parfois passer pour de la dissociation. Cela est très handicapant quant aux relations interpersonnelles.

Les aménagements divers (acting-out, isolement social, marginalité, addictions, faux-self) de ces patients passant d'un symptôme à l'autre, sont souvent déroutants pour les soignants. On parle souvent de comorbidités mais cela pose question lorsqu'il y a trop de comorbidités. Tout devient plus clair lorsqu'on appréhende avec J. Bergeret¹⁰ la possibilité d'aménagements économiques qui coexistent, se succèdent ou se complètent à partir d'une structure psychique basale narcissique (comme socle de fonctionnement).

Conduites d'investissements et de désinvestissements successifs et imprévisibles vis-à-vis des objets (personnes, institutions), instabilité professionnelle, sont symptomatiques et traduisent une problématique relationnelle certaine, ainsi

1. Métaphore élaborée par Freud, qui compare le psychisme à une structure minérale, le cristal de roche, dont l'organisation interne est susceptible de se briser selon des lignes de clivage pré-établies, fixes et constantes.

2. Bergeret J., *La personnalité normale et pathologique*, Paris : Dunod, 1974, p. 55.

3. André et al., « Genèse et situation des états limites », in *Les états limites*, Paris : PUF, 1999, p. 34.

4. Kernberg O., *Les troubles graves de la personnalité, stratégies psychothérapeutiques*, Paris : PUF, 1989.

5. Bourgeois D., *Comprendre et soigner les états-limites*, Paris : Dunod, 2010.

6. Freud S. (1924), *Neurose und Psychose*, GW XIX, cité par Bergeret, *La personnalité normale et pathologique*, op. cit., p. 151.

7. Green A., *La Folie Privée, psychanalyse des cas limites*, Paris : Gallimard, 1990.

8. Estellon V. (2012), « Figures et formes des états limites », *Le Carnet Psy*, N° 160, p. 27.

9. Anzieu D., *Le Moi-Peau*, Paris : Dunod, 1985.

10. Bergeret J., *La pathologie narcissique*, Paris : Dunod, 1996.

qu'une difficulté/impossibilité de choisir et d'assumer une place dans la société. Ces aspects manifestes de la personnalité du sujet sont la partie visible de l'iceberg, et sont le masque d'une problématique d'ordre identitaire, profonde. La notion d'identité renvoie à un double mouvement : la construction de son identité par un sujet avec la notion d'ipséité, qui se heurte à l'identification d'un sujet par le corps social. Il y a, bien sûr, une dialectique entre ces deux processus et l'équilibre est difficile à trouver y compris chez des sujets « normaux ». Cela passe parfois par une thérapie d'affirmation de soi. Il y a une logique d'interférences à prendre en compte entre les termes identité/ personnalité/ caractère/ tempérament... Nous nous attachons ici à l'articulation entre identité et personnalité, chez le sujet en état-limite.

La prise en charge est délicate car il est difficile de saisir la réalité du fonctionnement intrinsèque de ces sujets « caméléons » qui changent de couleurs en fonction de la situation et de l'interlocuteur. Ceci complique le projet d'inscrire ces patients dans un lien significatif, de créer une alliance thérapeutique, de s'engager sur un terrain authentique, de les engager dans un projet de soins efficient. Dans ce cas, le projet de soin serait de l'ordre de la thérapie. La thérapie peut se définir comme une relation d'aide au changement. Mais là, que changer, que garder ? Dans la mesure où ce qui tient le sujet et lui permet de survivre est bien souvent de l'ordre du faux-self et ce qui est authentique chez le sujet, c'est sa souffrance indicible. Les aménagements caractériels chez le sujet limite, sont à un moment donné, ce qui parle de lui avec authenticité. Ils sont aussi à entendre comme une stratégie de survie psychique : le sujet surnage dans l'angoisse d'un flou identitaire qui menace en permanence son sentiment d'exister.

Les état-limites sont régulièrement plongés dans une angoisse existentielle. Celle-ci s'exprime à travers une dépressivité, des conduites ordaliques, ou encore des passages à l'acte, et cette symptomatologie bruyante rappelle ce qui est visible à l'adolescence. Les expressions « état-limite physiologique », « éternels adolescents » ou encore « écorchés vifs » apparaissent comme une forme d'étiquetage normatif, qui tend à restreindre le champ clinique vaste et complexe des état-limites à un simple parallèle avec une période intermédiaire de la vie, entre le statut d'enfant et celui d'adulte. Ici nous proposons de considérer la clinique de l'état-limite essentiellement sous l'angle de sa problématique identitaire spécifique. Nous nous appuyons sur le « syndrome d'identité diffuse », conceptualisé par E. Erikson¹¹, et formulons l'hypothèse qu'il entre dans la psychogenèse du fonctionnement psychique de type limite.

À travers le syndrome d'identité diffuse, nous abordons les fondements de la problématique borderline qui s'étaye principalement sur (1) le manque d'intégration du concept de soi, (2) un trouble dans l'expérience du temps et (3)

l'impact du poids de la dimension psychosociale dans la construction de l'identité. Ces axes étant relatifs à la construction du moi, instance qui, selon S. Freud et ses successeurs, a pour fonction de réguler les conflits dans le fonctionnement du sujet.

Présentation du concept d'identité diffuse

Interrogation conceptuelle

L'identité est un terme psychosocial à la base, non utilisé ni intégré dans la conception psychanalytique du moi. A notre sens, la problématique identitaire pourrait être considérée comme le trait pathognomonique de l'organisation psychopathologique des limites, avec comme avatars perceptibles dans la clinique les perturbations dans les relations interpersonnelles et d'instabilité émotionnelle, d'instabilité de l'image de soi et des autres (Cela se retrouve dans les critères diagnostics de la CIM 10, du DSM IV).

Nous nous centrons ici sur la souffrance du sujet en état-limite, et nous attachons à le considérer dans son fonctionnement intrinsèque, dans son rapport spécifique aux objets internes et objets externes¹². L'identité est entendue ici au sens eriksonien comme « le sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle »¹³, qui se développe à partir de l'intégration du sujet dans la sphère sociale.

Définition du syndrome de l'identité diffuse

Elaboré par E. Erikson à partir de son travail avec les adolescents, ce syndrome regroupe toutes les perturbations liées à l'impossibilité d'élaborer l'espace interne créatif. Cet espace est la résultante du moratoire (délai de maturation prévu), potentiellement balisé et institutionnalisé par exemple sous forme de rites de passage par la société¹⁴. La qualité de sa constitution conditionne la possibilité de synthèse des remaniements identitaires et identificatoires mûrissants propres à la période de l'adolescence qui mènent à un sentiment d'identité. C'est donc à la fois la perception des images de soi et celle des autres qui entrent en considération dans ce travail, perceptions dont dépendent la conception du sentiment de soi et la formation d'une identité (id-entité = l'idée de son « entité »).

Dans sa conception de la pathologie des relations internalisées au sujet de l'organisation limite, O. Kernberg reprend le concept d'identité diffuse en ces termes : « Il s'agit de l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré et stable d'objets totaux en rapport avec le soi »¹⁵. L'auteur

11. Erikson E. H. (1956), « The problem of Ego Identity », *Journal of the American Psychoanalytic Association*.

12. Dans la théorie de la relation d'objet kleinienne, les objets internes composent le monde fantasmatique du sujet. Ils se construisent en tant que représentants psychiques à partir de la perception des objets extérieurs.

13. Erikson E. H., *Adolescence et crises, la quête de l'identité*, Saint Amant : Flammarion, 1972, p. 14.

14. Erikson E. H., « The problem of Ego Identity », *op. cit.*

15. Kernberg O. *Les troubles limites de la personnalité*, Paris : Dunod, 2001, p. 67.



Œuvre de Catherine Meinhard, 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.

met ainsi en relief le défaut de la « fonction synthétique »¹⁶ du moi chez les états limites. Plusieurs auteurs font référence à la position schizo-paranoïde décrite par Mélanie Klein dont l'organisation limite présenterait les modalités de fonctionnement, maintenant séparées les « bonnes » et mauvaises » images concernant le même objet. Le sujet se trouverait dans l'impossibilité d'élaborer la position dépressive, configurant une autonomie psychique, une distinction franche entre soi et l'autre. Le mécanisme de clivage de l'objet, mécanisme primitif propre à la position schizo-paranoïde est supposé comme étant le soubassement de l'identité diffuse¹⁷. Et cela se comprend dans le sens où les images de soi, constituées en miroir dans le regard de l'autre, s'inscrivent dans le moi du sujet comme étant également séparées et contradictoires, préfigurant un manque de cohérence interne que la clinique retrouvera.

D'autres mécanismes dans l'organisation défensive du sujet limite (Idéalisation primitive, identification projective, déni) agissent et renforcent le clivage de l'objet. En résultent des représentations internes insécures, contradictoires, démesu-

rées voire irréalistes, d'où l'impossibilité de développer un concept de soi stable, et la persistance d'un flou/confusion dans ce qui devrait s'ériger comme un sentiment d'identité. L'identité qui devrait être le dernier rempart de soi, un bunker psychique, devient un enjeu permanent à préserver avec difficultés parfois. On peut évoquer cette problématique concernant les dysphories de genre qui questionnent l'identité sexuelle (transsexualisme, transvestisme)¹⁸.

Le concept d'ipséité développé par P. Ricoeur¹⁹ est défini comme un « maintien de soi » à travers le temps. Cette permanence de la représentation de soi est défaillante chez les états-limites, qui peuvent passer d'un sentiment d'omnipotence à un sentiment de dévalorisation aussi profond que soudain²⁰. Les « recherches de limites » à travers des conduites ordaliques ou addictives en sont une illustration. Le corps et l'esprit sont des composantes de soi dont le sujet se saisit pour éprouver son sentiment d'exister. L'abus de substances par exemple peut projeter le sujet dans un état qui exacerbe des sensations corporelles et mettent sa conscience à l'épreuve du temps : de la désorientation tem-

16. Freud S. (1938), « Le clivage du moi dans le processus de défense », in *Les Œuvres Complètes (1937-1939)*, XX, Paris : PUF, p. 222.

17. Kernberg, *Ibid.*, p. 51.

18. Bourgeois D, *op. cit.*, p. 142.

19. Ricoeur P., *Soi-même comme un autre*, Paris : Seuil, 1990.

20. Kernberg O., *Les troubles limites de la personnalité*, *op. cit.*, p. 61.

poro-spatiale comme une façon d'éprouver les limites et le sentiment d'exister, au cours d'une expérience personnelle. Le sentiment d'exister est aussi testé à travers les relations interpersonnelles : ici, il s'agit la question d'exister pour soi ou par le regard d'autrui, qui renvoie à la notion de faux-self et ses avatars.

Le concept de diffusion de l'identité à travers la clinique des états limites

L'Identité narrative

Les patients en état-limite ont souvent du mal à se lire et à « se dire », ce qui peut être identifié au concept d'alexithymie tel que le décrit Corcos²¹. Leurs difficultés à rendre compte de leur vécu, de leur histoire, sur un plan émotionnel et/ou factuel donnent l'impression qu'ils sont vides. Le « déni réciproque »²² évoqué par O. Kernberg rend compte de deux domaines indépendants de la conscience sur le plan affectif : le sujet n'établit pas de lien affectif entre deux états du moi différents et séparés dans le temps. Là encore, la notion de continuité fait défaut empêchant les éléments de l'histoire personnelle d'être liées dans un récit de vie, un récit de soi à proposer. Le sujet limite ne s'inscrit pas dans l'« identité narrative », structurante, selon l'auteur de ce concept P. Ricoeur. En ce sens, la restitution de souvenirs au cours de la psychothérapie peut être une conquête de son identité en lien avec les aléas de la vie, en tant que « travail » de mémoire favorisant une stabilité des éléments de son histoire²³. Des aménagements défensifs émergent alors comme stratégie de survie psychique pour ces sujets qui ne se sentent pas acteurs de leur vie. Attitudes de victimisation, d'opposition, de révolte, passages à l'acte, provocation, ou forme d'évitement phobique sont autant de moyens de parer à l'impossibilité de traduire des états internes tant la confusion et la frustration règnent en eux. Les réactions projectives accentuent la sensation d'un danger confus que l'autre représente pour ces sujets dont les frontières internes sont à définir, en tant que moi distinct.

Identité diffuse et défaut de subjectivation

La diffusion de l'identité se manifeste par une intégration insuffisante de l'idée du self (représentation de soi) et des

proches. Ce qui est moi, ce qui est proche de moi, mais pas moi. Elle se traduit par un sentiment de vide chronique, des perceptions contradictoires du self et une perception idéalisée, superficielle et paradoxalement appauvrie des autres, mues par le clivage de l'objet évoqué plus haut.

Le sujet est incapable de faire part au clinicien de relations significatives avec les autres, il est de ce fait parfois difficile pour le clinicien d'être en empathie avec son patient car il « parvient très difficilement à le voir comme un être humain « entier » »²⁴, il devient trop étranger. La carence narcissique des état-limites entrave la qualité de la subjectivation²⁵ et affecte « l'expression du Je, je suis en vie, je suis moi-même »²⁶. L'ordalie trouve sa source ici : les conduites de prise de risque traduisant un « Je risque la mort, donc je suis en vie ».

Le besoin de renforcement narcissique est tel que la création d'un lien fait encourir au sujet le risque éprouvé d'une dépendance anaclitique, ce dont il se défend. On pourrait aller jusqu'à dire que le sujet limite est dans l'impossibilité de se situer en tant que sujet dans la relation (il ne peut être que l'objet de l'autre, ou « rien ») faute d'un sentiment suffisant « d'unité personnelle et de continuité temporelle ». Le sujet dont l'identité est diffuse piétine dans sa vie, s'enlise dans ses attitudes de non engagement, ou de pseudo-engagement, de retranchements, de conduites d'échec en fait, ne sachant ni comment, ni dans quel espace-temps se situer. Les points développés ci-après illustrent ces écueils existentiels.

Relations interpersonnelles : intimité versus isolation au cœur du conflit

Les sujets présentant une identité diffuse peuvent se trouver particulièrement en souffrance au début de l'âge adulte, car les tentatives d'engagement dans des groupes ou dans des relations plus intimes ou relations sexuelles leur révèlent leur faiblesse identitaire²⁷. L'identité comme instrument pour vivre est à la fois un processus et un socle. Si elle se fige en un socle, elle bloque l'évolution du sujet, si elle ne reste qu'un vague processus, le sujet est inconsistant chronique. Au lieu d'installer le sujet dans une dialectique entre soi et l'autre, les relations sont des tentatives désespérées de définir les contours de son identité par un effet de miroir narcissisant. Certaines bisexualités ou pseudo-homosexualités de l'adolescence comme du sujet état-limite expriment la recherche d'un homologue, c'est-à-dire de soi-même. Mais être identifié (par la société ou la famille) comme participant d'une sexualité non orthodoxe stigmatisera de surcroît le sujet, l'insécurisera, augmentera sa fragilité narcissique, ce qui, par ailleurs, pourra y compris constituer le traumatisme désorganisateur tardif au sens de Bergeret.

En ce sens, des relations sexuelles déstabilisantes peuvent constituer un indice diagnostique et pronostique. Lors de ces expériences, la fragilisation de l'identité sexuelle menace

21. Selon Maurice Corcos, le concept d'alexithymie se définit par « quatre dimensions cliniques : incapacité à identifier et exprimer verbalement ses émotions et sentiments ; limitation de la vie imaginaire ; pensée à contenu pragmatique (...) ; recours à l'action pour éviter les conflits et exprimer les émotions. » (Carton S. et al., *Le Silence des émotions, clinique psychanalytique des états vides d'affects*, Paris : Dunod, 2011, p. 151.)

22. Kernberg O., *Ibid*, p. 58.

23. La psychothérapie corporelle peut s'inscrire dans la même perspective. Exemple clinique : Le massage et les soins psychocorporels chez un toxicomane peuvent avoir, outre la fonction d'apaisement des tensions, une fonction de mise en lecture de leurs cicatrices corporelles. Les toxicomanes maltraitent leurs corps, c'est une évidence. En les massant, on peut les questionner sur leurs cicatrices, bleus, estafilades. Ils peuvent restituer leur histoire et mettre en lien leur corps et leur histoire.

24. Kernberg O., *Les troubles graves de la personnalité*, op. cit., p. 29.

25. Bayle G., *Les clivages*, Paris : PUF, 2012, p. 145.

26. Winnicott D. W., *Jeu et réalité*, Paris : Gallimard, 1971, p. 80.

27. Erikson E. H., *The problem of Ego Identity*, op. cit.

le sujet pour qui il devient difficile de savoir si l'excitation sexuelle est vécue par lui-même ou par son partenaire. Le moi s'interdit de s'abandonner dans une relation sexuelle et affective, au risque de perdre son identité, car l'autre est à la fois celui qui participe des sensations éprouvées et le garant de la continuité de l'identité du sujet²⁸. On est dans l'inquiétante étrangeté décrite par Freud²⁹.

Un engagement authentique envers les autres résulte d'une affirmation de soi et de son identité ferme. Or, chez l'organisation limite « les frontières du moi sont très précaires et le clivage³⁰ suit les frontières du moi dans leurs mouvements (...) alternant entre l'expansion et/ou la rétraction, qui sont des manières de réagir à l'anxiété de séparation (perte) et/ou à l'anxiété d'intrusion (implosion) »³¹. Le sujet va expérimenter des sensations étranges, comme si toute tentative d'engagement pouvait tourner à une fusion interpersonnelle menant à une perte d'identité³². Soumis aux lois intrapsychiques du clivage, le sujet se comporte souvent de façon incohérente dans ses relations.

Identité négative, personnalité « comme si »

L'identité diffuse, source des tensions inexplicables et inévitables pour les sujets qui en sont victimes, mène à l'isolation sociale voire à des styles de vie solitaire et/ou marginaux. Ces jeunes adultes, en proie à ce sentiment de confusion interne, préfèrent « n'être personne ou être quelqu'un de mauvais, ou de mort, et cela par son propre choix, que de n'être pas tout à fait quelqu'un »³³. C'est ce que E. Erikson nomme l'« identité négative ».

R. Roussillon parle d'une stratégie de survie chez les sujets en état-limite, menacés d'effondrement ou de mort psychique : « Le sujet se retire de lui-même, il « sort » de lui »³⁴. C'est une défense paradoxale. L'auteur apparente

cela au processus autistique, qu'on retrouverait selon lui dans les situations limites et extrêmes de l'identité : soit le moi se déforme pour ne pas succomber, soit le sujet se retire de soi pour survivre. On retrouve cela dans certains comportements d'incurie de l'adolescent, du mélancolique, du psychotique.

A l'origine d'une apparente adaptation sociale, l'identité diffuse profilerait les personnalités « comme si »³⁵ ou dites en « faux self »³⁶ qui caractérisent les pathologies de type limite. L'inauthenticité déroutante pressentie dans les relations avec ces patients deviendrait alors la marque du processus défensif de ce que le sujet lui-même ne perçoit pas comme son « vrai » self, explosé ou indicible, tant les frontières du moi sont fragiles.

Limites de la notion de temporalité

On dit au sujet des état-limites qu'ils sont restés dans une forme d'adolescence prolongée (Ce serait donc des pseudo-adultes... Et non pas des pré-adultes). L'adolescent est pris dans l'anxiété du devenir, symétrique de celle de la perte de repères de l'enfance. Il est pris dans l'anxiété du temps. Le sentiment d'être identique à soi en dépit des changements ou virages de l'existence fonde la continuité temporelle élémentaire à un sentiment d'identité. Cette dimension manque au sujet dont l'identité est diffuse pour qui le concept de soi, non intégré et non représentable dans le présent, ne lui permet pas non plus de se projeter dans un futur. Le « temps diffus »³⁷ représente la perte de la fonction du moi de maintenir des perspectives, de l'espoir. Ce phénomène fait écho à l'inaccessibilité à l'hallucination primaire. Les crises clastiques, la rage exprimée à travers des passages à l'acte, syntones au moi et difficilement analysables/intégrables dans l'après coup pour le sujet³⁸, font écho à la nécessité de pouvoir « différer » la satisfaction d'un besoin. Ce processus, en voie d'élaboration depuis le stade oral selon la théorie freudienne donne naissance à une « confiance fondamentale »³⁹. Les sujets qui nous préoccupent n'ont pas la conviction que les satisfactions sont suffisamment prévisibles pour supporter l'attente. En d'autres termes, le sujet limite n'est pas dans l'idée que « le jeu en vaut la chandelle ». Le thérapeute aura à endosser le rôle d'une mère qui introduit l'enfant à un monde digne de confiance.

Des défenses paradoxales se mettent alors en place : couper le lien avant d'être abandonné, créer un désert relationnel, organiser un vide psychique pour éviter un vide incontrôlable...

35. Deutsch H. (1965), « Aspects cliniques et théoriques des personnalités « comme si », in *Les « comme si » et autres textes (1933-1970)*, Paris : Seuil, 2007.

36. Winnicott D. W. (1960), « Distorsions du moi en fonction du vrai et du faux « self », in *Processus de maturation chez l'enfant*, Alençon : Payot, 1970.

37. Erikson E. H., *The problem of Ego Identity*, op. cit.

38. Kernberg O., *Les troubles limites de la personnalité*, op. cit.

39. Dans la théorie développement psychosocial de Erikson, le premier des huit stades est celui de la confiance versus méfiance fondamentale, qui correspond au stade oral chez Freud. L'attachement que la mère porte au nouveau-né doit être inconditionnel pour que celui-ci puisse explorer le monde avec confiance. Il faut cependant un équilibre entre les deux pôles (la méfiance permet de se protéger).

28. *Ibid.*

29. Un des « motifs producteur d'inquiétante étrangeté » : « il s'agit du motif du double (...) c'est-à-dire de la mise en scène de personnages (...) de l'intensification de ce rapport par la transmission immédiate de processus psychiques de l'un de ces personnages à l'autre (...) de sorte que l'un participe au savoir, aux sentiments et aux expériences de l'autre, de l'identification à une autre personne, de sorte que l'on ne sait plus à quoi s'en tenir quant au moi propre, ou qu'on met le moi étranger à la place du moi propre (...) ». p. 236. Puis : « il s'agit donc purement d'une affaire d'épreuve de réalité, d'une question de réalité matérielle ». p. 257. (Freud S. dans *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris : Gallimard, 1985.)

30. Green conçoit le clivage chez l'état-limite comme se développant à deux niveaux : « le premier entre le psychique et le non psychique (soma et monde extérieur), et le second à l'intérieur de la sphère psychique. Le clivage entre le dedans et le dehors constitue une enveloppe épurant les contours du moi dont les limites sont mieux définies mais ne fonctionnent pas comme barrière protectrice. »

31. Green A., *La Folie Privée*, op. cit., p. 154-155.

32. Erikson H. E., *The Problem of Ego Identity*, op. cit., p. 15.

33. *Ibid.*, op. cit., p. 20.

34. Roussillon R., « Deux paradigmes pour les situations-limites : processus mélancolique et processus autistique », *Le Carnet Psy*, 2012, n°161, p. 37-41. Dans cet article Roussillon propose une articulation des deux processus, mélancolique et autistique, chez les situations limites : une déception narcissique primaire, du fait de la fonction réflexive défaillante de l'objet, affecterait le sentiment identitaire du sujet (processus mélancolique). Ensuite, le sujet se retirerait des traces de ces impressions issues de « l'agonie primitive » (processus autistique).

Les questionnements existentiels particulièrement fréquents (comme chez les adolescents) s'inscrivent dans une quête de se situer dans un espace-temps impalpable.

A. Green évoque une forme d'amnésie chez les cas limites : « L'amnésie porte sur des faits plus ou moins récents. Ceux-ci peuvent concerner des événements de vie adulte, très marquants et souvent très traumatiques – et justement en raison de cela – oubliés. Parfois ce sont des événements tout à fait proches qui ne sont pas évoqués spontanément en séance »⁴⁰. On retrouve là des signes de la discontinuité dans la temporalité dans laquelle les fragments de l'identité restent non liés. Le récit de son histoire en psychothérapie vise à restaurer cette continuité : « Le souvenir a la vertu de faire cesser l'angoisse de mort et donne le sentiment de l'immortalité, associé à celui de la jouissance des choses »⁴¹.

Transfert et régression : de l'importance de la qualité du transfert

Les comportements déroutants et/ou violents pour l'interlocuteur témoignent aussi d'une recherche de limites dans la relation. C'est une recherche de contact paradoxale : la relation par définition implique altérité et réciprocité. Or, le patient avec identité diffuse est en proie au manque de cohésion interne, au risque de se perdre dans l'autre. Il se protège du risque de fusion et/ou dépendance tout en manifestant un besoin d'être en relation. On rejoint ici l'hypothèse selon laquelle chez les sujets limites, l'espace transitionnel n'est pas constitué⁴². Et dans cette logique, à la période de l'adolescence, le sujet ne parvient pas à s'approprier un espace psychique qui devrait faire le lit de son sentiment d'identité.

La psychose de transfert est reconnue comme une caractéristique des patients limites. Là où le névrotique tend vers une élaboration libératrice car symbolisante de ses mécanismes psychiques handicapants, la diffusion de son identité conduit le patient à avoir recours à la régression. Selon E. Erikson, la régression est utilisée presque délibérément par le patient, dans son niveau « le plus bas »⁴³. Le patient est à la fois à la recherche des limites de cette régression et à la fois d'une base solide à partir de laquelle il pourrait « repartir à zéro ». Il s'agit d'une « régression au service du moi »⁴⁴ selon E. Kris. Dans ces cas la régression pourrait être envisagée comme une technique d'investigation, de tentative d'introspection typique du fonctionnement limite.

A. Green rappelle que la compulsion de répétition,

pour S. Freud, est une forme de mémoire (sur un plan phylogénétique)⁴⁵. La remémoration passe par l'interprétation d'un matériel clinique qui ne se limite pas au souvenir. C'est aussi en ce sens que les passages à l'acte sont à considérer avec attention dans la psychothérapie des états-limites. De sa lecture l'article « Constructions dans l'analyse », A. Green rapporte également que Freud explique le passage de souvenir à celui d'acte (tenant lieu de mémoire) par l'intensité du transfert ou par la tonalité hostile de celui-ci. L'insight⁴⁶ repose donc plus sur la qualité du transfert que sur la seule remémoration. La qualité du transfert est fondamentale pour que l'identification narrative s'instaure, au-delà d'un faux-self qui sera la première surface de projection offerte par le patient au thérapeute.

La remémoration chez l'état-limite prend souvent la forme d'un retour du clivé⁴⁷ et non d'une levée du refoulement, et peut donner lieu à des mécanismes défensifs de type psychotiques, c'est en ce sens que la qualité du transfert importe, c'est-à-dire un investissement de l'objet qu'est l'analyste. Le transfert chez le sujet borderline est pris dans l'actualisation. Comme le dit D. W. Winnicott, l'analyste ne représente pas la mère, il « est la mère à une certaine époque du passé »⁴⁸. Ceci nous renvoie par ailleurs à la notion de temporalité. Pour Green c'est la continuité du processus de la cure qui va permettre l'insight. Autrement dit l'établissement/l'élaboration d'une temporalité est la condition à l'insight.

La diffusion de l'identité : enfance et sphère sociale

Le moi est en construction depuis les relations précoces, et se fonde sur les premières introjections et projections sur les objets primaires. Les identifications pré oedipiennes puis oedipiennes configurent puis renforcent les instances Moi et Surmoi. L'ensemble de ces identifications réalisées par le sujet au cours de l'enfance participe à l'élaboration d'une « Gestalt (forme) unique qui est plus que la somme des parties »⁴⁹. La formation de l'identité commence quand l'utilisation des identifications secondaires prend fin. C'est aussi la société qui « identifie » par son regard sur le jeune sujet, en un processus de conformation. Un sentiment d'identité se vit « à un niveau préconscient comme le sentiment d'un bien-être psychosocial »⁵⁰.

Dans son développement libidinal, le moi chez l'état-limite

40. Green A. « Remémoration, Effet de mémoire ou temporalité à l'œuvre », *Revue Française de Psychanalyse*, 1990, tome LIV, vol 4, 947-72, p. 958.

41. *Ibid.*, p. 949.

42. L'angoisse de perdre l'objet et de fusion simultanée avec l'objet évoque l'espace transitionnel de Winnicott qui met l'accent sur la capacité à rendre présent l'objet absent dans la réalité extérieure, par le fantasme. La porosité des frontières du moi du sujet avec identité diffuse fragilise la différenciation moi/non moi et fait achopper le processus de séparation de l'objet, indispensable à sa représentation fantasmatique.

43. Erikson H. E., *The Problem of Ego Identity*, *op. cit.*

44. Kris Ernst, cité par Erikson, *The Problem of Ego Identity*, *op. cit.*, p. 20.

45. Green, A., « Remémoration, effet de mémoire et temporalité », *op. cit.*

46. L'Insight désigne une « prise de conscience », en psychiatrie il s'agit d'une conscience de son trouble par du patient. Selon Green, « Avoir de l'insight c'est reconnaître les désirs (désirs inconscients d'amour et de haine) et la répétition de leur impossible réalisation, c'est donc reconnaître dans le transfert ce qu'il y a de déjà vécu et de radicalement neuf. » (Green, Remémoration, effet de mémoire et temporalité, *op. cit.*, p. 961.)

47. Green, La Folie Privée, *op. cit.*, p. 153.

48. Winnicott D., « Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 141.

49. Erikson H. E., *The Problem of Ego Identity*, *op. cit.*, p. 8.

50. *Ibid.*, p. 11.



La sphinge, Le Belvédère, Vienne, Autriche. Photo Psy Cause.

aborde l'organisation oedipienne de façon biaisée (J. Berge-
ret va jusqu'à considérer qu'il n'y a pas d'accès à l'Oedipe⁵¹).
Les identifications primaires sont d'emblée mal assurées. Au
moment d'un remaniement psychique à l'adolescence, les
identifications secondaires ne semblent pas pouvoir prendre
place, les choix d'existence et de valeurs ne s'orientent
pas en fonction d'attirances ou d'oppositions à d'anciens
patterns, puisque ceux-ci demeurent précaires aussi. Ici ce
sont les fondements narcissiques qui sont mis à l'épreuve à
travers les identifications en jeu dans la construction iden-
titaire. Lorsque le sujet ne parvient pas à s'engager dans les
relations sur la base de nouvelles surfaces d'identification,
le sentiment d'isolation et de vide intérieur laisse la porte

grande ouverte aux objets libidinaux anciens, ce qui peut
s'accompagner de sentiments déroutants, incestueux et plus
ou moins conscients.

L'achoppement d'un développement pulsionnel du registre
oedipien va en réactiver la problématique dans les domaines
de la vie du sujet (personnel, professionnel). L'engagement
professionnel ou affectif encourage le dépassement des
buts instinctuels infantiles et développe le fonctionnement
du moi. Chez les patients souffrant d'identité diffuse, ces
chemins sont déviés par les préoccupations oedipiennes.
Le sujet tend vers une compétitivité oedipienne : l'un des
parents est le « but », l'autre est le « frein »⁵², ainsi qu'à la
rivalité fraternelle dans ses relations professionnelles.

Le syndrome d'identité diffuse apparaît donc étroitement
lié à l'organisation psychique de type limite, à la fois dans
ses origines et dans ses manifestations cliniques.

Conclusion

Nous nous sommes employés ici à mettre en exergue des
éléments propres au syndrome d'identité diffuse tel qu'il est
défini par E. Erikson, à travers la clinique des état-limites.
Les cliniciens et les thérapeutes sont directement confrontés
aux divers aménagements défensifs visant à protéger un
noyau du sujet, dont celui-ci peine à intégrer les contours,
les limites, bref ce qui procure un sentiment d'identité. Le
défaut de l'intégration du concept de soi interroge sans arrêt
le sujet dans sa qualité d'être au monde, autrement dit dans
ses assises narcissiques.

Ressenti d'inauthenticité dans la relation, désarroi de faux-
self plus ou moins bien rodés, aperçu de mécanismes intra-
psychiques primitifs dans des attitudes de régression, sont
autant d'indices qui amènent à toujours mieux comprendre
et prendre en compte le manque d'intégration du concept
de soi dans le dispositif analytique et/ou thérapeutique. Le
manque de cohésion interne ressenti par le sujet révèle sa
non-inscription dans une temporalité, qui alimente sa souf-
france, et interfère dans les possibilités et désirs du sujet de
s'engager dans des activités constructives dans une réalité
commune au sein de la société.

L'identité diffuse apparaît comme une piste psychogéné-
tique de l'état-limite, situant ce type de fonctionnement
dans des perspectives de constructions psychiques, et de
positionnement en tant que sujet social. Cette piste n'est pas
incompatible avec la théorie de J. Berge-
ret et ses désorganiseurs (précoces et tardifs) impliqués dans psychogenèse
du sujet en état-limite. Le syndrome de l'identité diffuse
pourrait constituer un désorganisateur tardif survenant
dans la période de l'adolescence. La faille narcissique étant
sans cesse réactivée au cours du développement, elle se
cristalliserait au moment de l'adolescence, au moment où
le moi est sensé tendre vers l'affirmation d'un sentiment
d'identité du sujet, dans des attitudes de retrait de soi, de
retrait social, de retrait vital dans certains cas.

51. Berge-
ret J., *La personnalité normale et pathologique*, op. cit.

52. Ibid., p. 18.



Didier Terrisse

Sophrologie et Psychiatrie : Quel intérêt pour la santé mentale ?

« L'homme ne peut se contenter de la finitude qui l'entoure : sa conscience a besoin d'explorer les mondes infinis ».... (Blaise Pascal)

Résumé : cet article a pour objectif de montrer l'intérêt de la sophrologie pour la santé mentale à travers l'accompagnement hebdomadaire effectué auprès d'une population souffrant majoritairement de psychose. À partir des partages post sophroniques, nous pourrions observer que des modifications intéressantes sur le plan psychiatrique peuvent apparaître.

Mots clés : Psychose – Sophrologie – Partage post sophronique - Phénoménologie – Approche centrée sur la Personne

Abstract : this article aims to demonstrate the usefulness of sophrology for mental health support through weekly made with a majority of people suffering psychosis. From post sophroniques shares, we can observe that some interesting changes for psychiatric may occur.

Key words : Psychosis – Sophrology – Post sophronic sharing – Phenomenology – Person-centered approach

Introduction

Il n'y a rien de plus étranger à l'entendement humain qu'un esprit malade dans un corps sain. Toute personne atteinte d'une psychose est amputée, en partie, d'une relation et d'une communication adaptée à autrui. Si l'on s'en réfère à la psychopathologie, la psychose se caractérise par l'incapacité à vivre de façon différentielle, par l'indistinction du sujet et de l'objet, l'absence des limites du Moi et par l'indistinction entre pulsion, réalité, fantasme.

Penser comme possible que la sophrologie permette à la personne atteinte d'une pathologie mentale, par un retour dans le corps, l'acquisition, ou plus humblement, l'expérimentation d'un Moi Corporel, la réunification d'une identité d'être humain, telles sont les possibilités que semblent offrir la **Relaxation Dynamique du 1^{er} degrés (R.D.I)** que

l'on appelle encore "Vivance Phronique de la corporalité" ou encore "Corps sensations" .

La R.D.I. active considérablement la dynamique psychocorporelle, et développe la conscience qu'a l'individu de son schéma corporel. Le corps y est senti, perçu, vécu, dans ses tensions, ses respirations, ses relâchements, ce corps qui se livre peu à peu à chacun par la pesanteur, la température, la tension, la détente, les pulsations cardiaques, l'équilibre et amène le sophronisant à se sentir vivant au moment présent, ce qui consolide le schéma corporel interne et conduit aux sentiments d'unité et d'identité propre. Ce principe est le fondement du travail de reconstruction, si nécessaire dans la maladie ou dans toute situation de déstabilisation : on reprend appui à partir de son corps.

Chaque partage post sophronique mené auprès de la population psychotique accompagnée hebdomadairement, illustre la prise de conscience progressive du schéma corporel et l'accession du Moi au principe de réalité. Il est fort probable que le sophrologue, par sa présence, ses mots, sa voix, son regard (une partie de ces "objets petits a" définis

Infirmier de secteur psychiatrique
Centre des thérapeutiques physiques et sportives « Pierre de Coubertin » -
Pôle P.A.I.S - Dr Morvan
Sophrologue diplômé de la FEPS
Institut de Sophrologie Relationnelle® Alain Zuili

par Lacan), favorise un premier temps de restauration narcissique. Au cours de cette parenthèse existentielle vécue par les sophronisants, le sophrologue se doit de rester vigilant à ne pas devenir un sophrologue "allaitant", mais simplement un aidant qui va progressivement laisser l'autre s'autonomiser. En respectant une démarche d'Approche Centrée sur la Personne profondément phénoménologique, la sophrologie peut être considérée, en psychiatrie, comme un possible complément aux thérapeutiques déjà en place (Traitements médicamenteux, Psychothérapies, Prise en charge dans les Hôpitaux de jour...). Il est bon de rappeler que la sophrologie est une fille légitime de la psychiatrie. En effet Alfonso Caycedo, neuro psychiatre de formation, a créé cette méthode en 1960 alors qu'il était jeune médecin dans l'hôpital provincial de Madrid que dirigeait le Professeur Juan José Lopez Ibor. Les expériences vécues au niveau hospitalier en psychiatrie et au niveau thérapeutique par l'emploi du coma insulinaire et des électrochocs, de même que l'hypnose dans différents tableaux cliniques psychiatriques, l'amènèrent à se questionner sur le pourquoi de la recherche de la modification de la conscience dans une intention thérapeutique. S'appuyant essentiellement sur l'hypnose thérapeutique, la relaxation progressive de Jacobson, le training autogène de Schultz et la phénoménologie psychiatrique, Caycedo mit au point une nouvelle méthode avec une terminologie spécifique et surtout un rapport au malade plus respectueux, prenant en compte sa personnalité, ses spécificités.

Le sujet psychotique et son corps

Le corps du psychotique est le siège de phénomènes pénibles, angoissants (angoisse de morcellement, expériences de déréalisation, de dépersonnalisation, opération psychique encore plus régressive...), une confusion et absence de limite du corps est prégnante.

La psychose, la structure que l'on rencontre la plus fréquemment dans l'institution hospitalière, vient pointer toute la difficulté de l'inscription du lien social, de cette capacité à donner existence à son être.

Des angoisses massives, des symptômes psychotiques touchent ces sujets au plus profond de leur être. Ils manifestent parfois des discontinuités curieuses à travers des épisodes qui viendraient révéler un vide. Ainsi, leurs parcours peuvent être marqués par des errances ou des passages à l'acte traduisant un problème au niveau de leur intégration sociale.

Tous ces symptômes témoignent de leur grande difficulté à être dans le monde avec les autres, à donner une existence à leur être, à entrer en relation, à communiquer.

Démarche méthodologique et approche théorique en psychiatrie et en sophrologie

La sophrologie a été mise en place au sein de notre unité de soins ("Centre des thérapeutiques physiques et sportives "Pierre de Coubertin"-Pôle P.A.I.S) dans l'optique de déve-

lopper l'axe psychocorporel auquel préexistait le Yoga, axe sur lequel est venu s'ajouter un atelier « Massage bien être ». Les séances de sophrologie ont lieu tous les vendredis, uniquement en groupe (12 personnes environ), la file active (nombre de patients étant venu au moins une fois) étant d'environ 62 patients depuis septembre 2008. Un travail de supervision est effectué de façon mensuelle avec la psychologue pour garder en pleine conscience l'existence des phénomènes transférentiels et contre-transférentiels inhérents à toute pratique soignante.

Prenons en compte quelques partages post sophroniques

Mr Babou (Schizophrénie paranoïde avec comorbidité associée/addiction à l'alcool utilisé comme anxiolytique) :

« Je sens l'étrangeté par rapport à moi-même, il y a une dimension de spontanéité puis je reviens...ce que je veux dire c'est que je me sens étranger à moi-même d'une manière récurrente, d'une manière très sérieuse, c'est pas de la blague...relâcher les tensions, petit à petit je finis par les sentir physiquement ...je suis un corps quand même ! Cette problématique mentale elle s'exprime physiquement aussi, elle a des conséquences physiques...C'est un sentiment de non-être, un décalage, comme si c'était une autre personne...c'est quand même très souvent...je prends des psychotropes, donc c'est angoissant ce que je vis.

Quand je suis en séance, je me retrouve, je me rencontre, je reviens, c'est un processus, un retour à soi-même...et après je suis un peu plus ramassé (il fait le geste avec les deux mains), structuré... »

« je me demande parfois où est l'être, je vis parfois des sensations de vacuité de l'être. La sophrologie me permet alors la sensation d'être, d'habiter mon corps. »

La sophrologie est créatrice et restauratrice du lien, même lorsque ce lien à l'autre est perturbé.

Elle permet aussi au sujet de retrouver le sentiment de soi, d'expérimenter la sensation d'être ; ainsi, grâce à la sensation vécue et sa prise de conscience, l'accès à l'avènement du sujet devient possible. Le corps est notre racine, notre attachement au réel. Se restructurer à partir de son corps, c'est permettre la rencontre avec soi dans cette zone de conscience sophronique où le Moi corporel et le Moi présentiel se donnent la main comme deux amants enfin retrouvés.

Mr Mira (Addiction à l'alcool)

Lorsque l'addicté rencontre la sophrologie, cette dernière espère lui proposer la découverte et l'expérimentation d'un état de conscience modifié (état sophronique), nouveau produit dont nous espérons que la rencontre permettra de faire le deuil du produit destructeur habituel. Un des patients que nous accompagnons en fait l'expérience depuis quelques mois.



Sirène. Œuvre exposée dans l'atelier d'art-thérapie Les Impatients à Montréal. Photo Psy Cause.

Donnons-lui la parole.

« Ca m'a drôlement détendu, j'étais zen, j'ai fait le vide dans ma tête. Sensations de légèreté et de tranquillité corporelle. »

« Je me suis vraiment bien senti, j'étais même dans un autre monde pour ainsi dire : je t'entendais toujours mais on aurait dit que je t'entendais comme dans un rêve, très loin. »

« Détendu, franchement nickel, j'étais genre...on aurait dit que j'entendais juste ta voix et que je sentais plus mon corps. »

« ...j'aimerais plus être une loque...j'aimerais être un vrai homme, changer de vie, être dans le droit chemin...Pour l'alcool ça s'est arrêté...la sophrologie c'est important pour moi...le partage, écouter le partage des autres, ça donne des conseils et les activations qu'on fait et le ton que tu donnes aux séances, ça apaise. »

Première remarque : Peut-être que les sensations vécues se rapprochent de cet état qu'il connaît lors de ses alcoolisations ; il y aurait donc substitution du produit nocif par un autre objet (état de conscience modifié) produisant des sensations assez proches mais débarrassé des effets secondaires destructeurs.

Deuxième remarque : La prosodie du sophrologue provoque un engourdissement de la conscience entraînant le sujet dans un état que l'on qualifie de "sôphrosuné" exprimé ici par cette personne. On dit que Platon est l'instigateur de la psychothérapie verbale représentée par les inflexions de la voix, la parole monotone, monocorde, lente, douce... agissant sur le "thymos" et provoquant l'état sôphrosuné, équilibre de sagesse représentée par un état d'âme fait de calme, de sérénité et de concentration.

Partage Présophronique : *« ...j'aimerais plus être une loque...j'aimerais être un vrai homme, changer de vie, être dans le droit chemin... »*

Partage Post Sophronique (PPS) : *« je sais pas pourquoi,*

mon objet neutre c'était un cowboy sur un cheval....il partait, il revenait, je le mettais dans un placard, et quand tu nous as proposé de souffler sur l'objet pour qu'il s'éloigne et disparaisse, j'ai imaginé qu'il tombait dans un ravin. »

Serait ce le signe de l'abandon, ou du moins le désir d'ôter le masque de sa Persona ? (le signifiant "cowboy" est une bonne image de ce qu'il renvoie). Il est intéressant de suivre l'évolution de Mr Mira du présophronique au PPS.

Mr Polo (Schizophrénie paranoïde)

« ...j'ai été perturbé un peu par mes hallucinations auditives, c'est pour ça que j'ai eu un peu de mal à baisser ma vigilance....Mais le réchauffement, les sensations corporelles m'ont permis d'éloigner mes hallucinations.... »

Même si mes hallucinations sont perpétuelles, je me sens quand même mieux en cette fin de séance. »

Il est intéressant de noter que les hallucinations de ce patient ont pu être évacuées grâce à ce mécanisme d'auto-déconcentration concentrative (mécanisme en œuvre dans le Training autogène de Schultz) : décentration psychique par concentration sur la lecture du corps en état sophronique. La lecture du corps, en tête du processus de chaque séance, s'inspire du training autogène, avec cependant un terpnos logos moins inductif.

Mr Cinéma (Schizophrénie paranoïde)

« une capacité d'énergie qui vient me rassurer, une capacité de chaleur qui envahit mon corps....rempli de quelque chose qui m'a rassuré.....la sophrologie, ça me permet d'être plus précis dans ce que je ressens. »

Ce témoignage permet de voir comment une séance de sophrologie peut impacter un symptôme tel que l'apragmatisme (auquel nous sommes confrontés quotidiennement

dans notre pratique soignante) et permet l'accès à un matériel émotionnel mieux verbalisé.

Le partage post sophronique : Renforcement du sentiment de soi

Le fondateur de la phénoménologie, Edmund HUSSERL énonçait : « Tout ce que je sais du monde vient de moi avant la connaissance ».

D'autre part, c'est de l'expérience de sa pratique thérapeutique que Rogers a tiré, par intuition, d'abord des hypothèses, puis des convictions philosophiques.

« À mes yeux, l'expérience est l'autorité suprême. Ni la Bible, ni les prophètes, ni Freud, ni les révélations émanant de Dieu ou des hommes ne sauraient prendre le pas sur mon expérience directe et personnelle.....Ce n'est pas parce qu'elle est infaillible que mon expérience fait autorité, mais parce qu'elle peut toujours être vérifiée. »

Cette notion est fondamentale car si l'expérience prime, alors, en partage post sophronique, je vais m'attacher à une qualité d'écoute qui va prendre en compte l'expérience intime de la personne, l'expression et la verbalisation de ses propres "vivances" (« ce que le sujet est en train de vivre, dans toutes les dimensions de son être et de façon consciente et existentielle dans les séances. » Je m'attèle dans chaque partage à être au plus près de l'expérience intime du patient en favorisant une verbalisation au cœur même des sensations corporelles afin de renforcer ce sentiment d'être et d'unité dans son identité d'être humain. Vivre son corps à travers une séance, l'habiter, être à l'écoute des rythmes internes sont une chose, mais le dire vient consolider ce sentiment d'unité psychique qui émerge de chaque partage.

Dans cette prise de parole le patient acquiert une dimension unique de SUJET, le sophrologue étant là comme pour "authentifier, donner aux différents vécus toniques "un statut dans la parole" (Berges).

Grâce à ce regard phénoménologique, renforcé par les trois attitudes fondamentales que sont l'empathie, la congruence et la considération positive inconditionnelle, que nous a transmises Carl Rogers, alors, dans ce moment de partage unique, je vais "ôter" mes gros sabots, pour me chausser de mes patins, afin de me diriger à pas feutrés, comme si je m'en allais marcher sur un parquet fragile, vers cet autre hésitant, et accueillir tous ces mots de lumière jaillissant de leur prison de verre.

Ainsi dans ce partage post sophronique, si important dans le déroulement d'une séance, nous devons réformer la qualité de notre regard, en le débarrassant de nos filtres, projections, interprétations, afin de nous approcher au plus près de l'expérience intime du sophronisant, et conforter ce que Kierkegaard nous a transmis dans ses propos : « ... écouter, ce n'est pas vouloir maîtriser, mais vouloir servir, si je n'y arrive pas, je ne puis servir l'autre. »

Alors peut-être que dans cette écoute délicate, nous pourrions favoriser une rencontre : celle du sophronisant avec lui-même.

Conclusion

« Lorsqu'il y a des fragilisations de l'être, de la psyché, des remises en question, des doutes, la sophrologie, qui favorise l'enracinement dans le corps permet non pas de renforcer les symptômes mais de proposer des états corporels qui viennent défragiliser l'instabilité émotionnelle. En ce sens le sophrologue est très complémentaire des psychothérapeutes, des médecins car le corps c'est l'étai, la respiration c'est l'étai. » (Alain Zuili)

Par des exercices simples, la sophrologie permet de découvrir un chemin nouveau pour celles et ceux qui veulent apprendre à se libérer des tensions de la vie et à développer les ressources de leur monde intérieur.

Aborder la sophrologie permet une parenthèse existentielle qui offre l'accès à une double richesse :

- Celle de recontacter en toute liberté son être intime, profond
- Celle d'envisager que le monde environnant puisse être différent en réformant son regard progressivement "dépoussiéré" de ses filtres, préjugés et projections qui nuisent tant à la qualité de relation à autrui.

La sophrologie favorise la conquête ou le renfort de l'équilibre entre nos émotions, nos pensées et nos comportements. Les patients qui la pratiquent offrent des partages d'une richesse exceptionnelle et je suis souvent le témoin d'une intense solidarité lorsque l'émotion jaillit. Il me plaît à penser que le sophrologue, comme un artisan pointilleux, peut devenir ce "jardinier de l'âme", qui va permettre à l'autre de passer de la location de son jardin intérieur à l'accession à la propriété.

Bibliographie

- « Pensées » de Blaise Pascal – Collection Folio Classique- Edition Gallimard).
- « Le training autogène » – Dr Johannes Heinrich Schultz – Editions Quadrige/Puf – 2008.
- « Méditations cartésiennes, Introduction à la phénoménologie » – Husserl - Edition Vrin.
- « Le développement de la personne » – C. Rogers – Editions Dunod 1995.
- « Lexique des concepts, techniques et champs d'application » – Edition Elsevier Masson – 2010.
- « La relaxation thérapeutique chez l'enfant » – Berges J, Bounes M – Paris – Masson « Si je veux réussir à aider un être » d'après Soren KIERKEGAARD in "Pour inciter à la réflexion".
- Cours sur les « carences affectives » – Alain Zuili – Directeur de l'Institut de sophrologie relationnelle® - Avril 2008.



Corentin
Nascimento¹

Marie Schneider² Claire Pinot³

Dépression et conjugopathie dans le département de la Haute Saône : une étude rétrospective, observationnelle, à travers une population hospitalière intersectorielle

Résumé :

Introduction : La dépression est une affection psychiatrique courante qui a une origine multifactorielle. En milieu hospitalier psychiatrique et en service d'admission avec consentement nous avons observé une population présentant un épisode dépressif suite à une conjugopathie et dont la prise en charge a revêtu des particularités. L'intérêt porté à un tel sujet a pour but de proposer un profil type de patients déprimés au décours de conflits conjugaux afin de prévenir au mieux l'éclatement du tissu familial et/ou la décompensation.

Cadre et méthode : Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, descriptive et multicentrique réalisée dans les deux services psychiatriques d'hospitalisation libre de la Haute Saône (France) à savoir les unités intersectorielles d'admission (UIA) de Vesoul situées dans le centre hospitalier intercommunal de Vesoul (CHI Vesoul) et celle de Matisse (UIA Matisse) située à Saint-Rémy. La période d'étude s'étend du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012. La population source est constituée de dossiers des patients dont le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32) a été retenu selon la classification CIM10 utilisée dans le service et dont un conflit sentimental ou en rapport avec une vie conjugale semble être le facteur déclenchant ou favorisant. Les dossiers retenus ont permis de remplir une grille d'enquête puis traitée par le logiciel sphinx.

Résultats : Quatre cent vingt et un dossiers de patients ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une dépression majeure sur l'UIA de Vesoul ou l'UIA de Matisse ou sur l'UIA de Vesoul puis transféré à l'UIA de Matisse ont été recensés. La lecture de chaque dossier a permis d'en retenir 59 conformément aux critères d'inclusion. Ils sont 32 patients (54%) de sexe masculin et 27 (46%) de sexe féminin ; soit un sex-ratio de 1,8. L'âge moyen des patients est 42 ans pour des extrêmes de 18 ans à 64 ans. La tranche d'âge 40 – 59 ans est la plus représentée (58%) et toutes les couches socioprofessionnelles sont concernées. Il ne s'agit pas de familles recomposées dans 85% des cas et les couples constitués (61%) ont au moins un enfant. La durée de vie du couple est supérieure à 10 ans chez 46% (n=27) des patients. La conjugopathie est caractérisée par des violences conjugales (34%) et des situations d'adultères (37%). L'épisode dépressif est souvent émaillé de tentatives de suicide tant dans la population masculine (53%) que féminine (56%). Ce passage à l'acte est quasiment constant chez les moins de 26 ans (100%) et absent après 59 ans ; il prédomine chez les couples ayant une durée de vie entre 11 – 15 ans (83%).

Conclusion : Le patient dépressif dans un contexte de conflit familial est jeune, d'âge moyen 42 ans, issu de toutes les catégories sociales et professionnelles. L'effondrement dépressif survient chez un sujet sans antécédent de divorce et ne vivant pas en famille recomposée. Les conflits, récurrents, sont en lien avec l'adultère et/ou la violence conjugale. Les tentatives de suicide retrouvées dans les deux sexes prédominent dans le tableau clinique et sont corrélées avec le sexe, l'âge, la durée de vie du couple et l'existence d'enfants mineurs. Le repérage précoce de toute conjugopathie face à des symptômes précur-

1. Psychiatre

Hôpital National de Niamey/Niger ; D.F.M.S.A. de psychiatrie/Université de Besançon

2. D.E.S. de psychiatrie

Université de Besançon

3. D.E.S. de psychiatrie

Université de Besançon

seurs d'un affaissement de l'humeur (insomnie, anorexie, aboulie et anhédonie), au cabinet du médecin généraliste, doit inciter à la mise en route d'une prise en charge multidisciplinaire.

Mots clés : Dépression, conjugopathie, caractéristiques sociodémographiques, tentatives de suicide, Haute Saône (France).

Abstract :

Introduction : Depressive illness is a frequent and multifactorial psychiatric disorder. This study examines a population of patients who suffer from depression because of a marital conflict, in a mental hospital and based on voluntary applications. The aim of this study is to establish a profile of depressed patients related to a conjugal conflict, in order to prevent depressive disorder and to preserve the family unit.

Methods : A retrospective, transversal, descriptive, multicenter study was conducted in two psychiatric departments in Haute-Saône (France): UIA Vesoul and UIA Matisse. This study started on June 1st, 2011 and ended on May 31st, 2012. We studied patients' medical files including diagnosis of Major depressive disorder (F32) based on the CIM-10 classification of mental disorder used in the departments, and selected those related to a marital conflict. These files allowed us to complete a survey, and were then analyzed using the Sphinx software.

Results : 421 medical files were listed and 59 were selected according to the inclusion criteria, namely 32 males (54%) and 27 females (46%) (sex-ratio 1,8). The patients are 18 to 64 years old, for an average age of 42 years old. The 40 to 59 years old patients are the most represented ones (58%) and all socio-economic categories are concerned. 85% are not stepfamilies and the couples have got at least one child. Couple's lifetime exceeds 10 years for 46% of them (n=27). Marital conflict is characterized by conjugal violence (34%) and adultery (37%). Suicide attempts are frequent in both male (53%) and female (56%) populations. The suicidal act is almost certain (100%) for patients under 26 years old and rare after 59 years old; it prevails when the couple's lifetime is between 7 and 15 years (83%).

Conclusion : the depressed patient with a conjugal conflict often is a young patient, average age of 42 years old and from all the socioeconomic categories. The depressive illness occurs for a subject with no history of divorce and who doesn't come from a stepfamily. Recurrent conflicts are linked to adultery and conjugal violence. Suicide attempts for both sex, prevail and are correlated with age, sex, couple's lifetime and when young children are part of the family. When being confronted with precursory symptoms of depression (insomnia, aboulia, anorexia, anhedonia), the physician should search for signs of marital conflicts in order to initiate a multidisciplinary care.

Keywords : depression, conjugal conflict, socio-demographic factors, suicide attempt, Haute Saône (France)

Introduction

La dépression, du latin depressio (enfouissement), est une affection courante en psychiatrie. Elle est un des motifs de consultation les plus fréquents. Selon l'OMS (1), en termes de détriment pour la santé, la dépression occupe la première place devant d'autres maladies chroniques comme l'angor, l'arthrite, l'asthme et le diabète. Elle touche chaque année, en France 3 millions de personnes âgées de 15 à 75 ans, soit 8% de la population (2). La dépression altère considérablement la qualité de vie et engendre un taux de suicide assez élevé chez les sujets déprimés. Elle est fréquemment associée à une comorbidité psychiatrique ou somatique et bien souvent elle a une origine multifactorielle : éléments traumatiques/négatifs, environnement psychosocial ou familial hostile.

Travaillant en milieu d'hospitalisation dans des services d'admission libre, notre équipe a observé une population

importante de patients présentant un épisode dépressif secondaire à une conjugopathie. La prise en charge de ces patients a une certaine spécificité d'autant qu'elle mobilise plus le personnel soignant. Au vu de l'ampleur du travail fourni en hospitalisation sur ce groupe cible, nous nous sommes posé la question de savoir quel est le profil de ces patients déprimés dans un contexte de conjugopathie. Nous percevons la conjugopathie comme toute souffrance alléguée à la relation de couple, de nature pathologique.

De nombreux auteurs se sont penchés sur le sujet en apportant des réponses sur certains facteurs de vulnérabilité. C'est ainsi que Whisman (3), Coyne et Downey (4), ont démontrés que les facteurs de stress dans les relations interpersonnelles (incluant le mariage) sont les facteurs dépressiogènes les plus fréquents, car ils comportent une majoration des conflits associés à un manque de communication et de stabilité, le tout contribuant à un amoindrissement du support social. Pour Roskar, Podlesek and al. (5) la première année

après un changement de statut marital est critique pour le risque suicidaire, les personnes âgées étant plus exposées.

Devant la diversité de ces résultats il est difficile d'établir un profil précis de ces patients déprimés, et d'identifier les types de conjugopathie les plus à risque, afin de pouvoir mener un travail de repérage et de prévention. Notre travail intitulé « Dépression et conjugopathie dans le département de la Haute Saône: étude rétrospective, observationnelle, à travers une population hospitalière intersectorielle à l'UIA de Vesoul et à l'UIA de Matisse du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012 » vise donc à établir un profil type des patients susceptibles de présenter une première décompensation dépressive résultant d'une conjugopathie, et à préciser la nature des événements conjugaux en cause.

Cadre et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, descriptive et multicentrique réalisée dans les deux services psychiatriques d'hospitalisation libre de la Haute Saône à savoir les unités intersectorielles d'admission (UIA) de Vesoul situées dans le centre hospitalier intercommunal de Vesoul (CHI Vesoul) et celle de Matisse (UIA Matisse). L'unité intersectorielle située au 3^{ème} étage du CHI de Vesoul représente la véritable structure d'urgence psychiatrique d'admission avec consentement. La durée de l'hospitalisation n'excède pas huit jours. Lorsque le patient sort de sa crise il est, soit transféré sur la structure de Matisse à Saint-Rémy (située à 27 km de Vesoul) pour consolider les soins sur une période de trois semaines au maximum, soit orienté pour une prise en charge en ambulatoire.

La période d'étude s'étend du 1^{er} juin 2011 au 31 mai 2012. Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients hospitalisés dans ces unités. Le logiciel des dossiers des patients de l'établissement (DPE) a permis le recueil des dossiers de l'ensemble des patients dépressifs codés en F32 selon la classification internationale des maladies CIM10. La lecture de chaque dossier a permis d'identifier les sujets dont la dépression est en réaction à une conjugopathie.

Sont donc inclus dans cette étude, les sujets d'âge compris entre 18 et 65 ans, chez qui le diagnostic d'épisode dépressif majeur (F32) a été retenu selon la classification CIM10 utilisée dans le service et dont un conflit sentimental ou en rapport avec une vie conjugale semble être le facteur déclenchant ou favorisant. Sont exclus tous les individus ayant un antécédent psychiatrique connu avant la survenue de l'épisode dépressif majeur, ceux ayant été exposés à un événement de vie négatif dans les 6 derniers mois, et ceux dont l'hospitalisation a été réalisée dans un premier temps

sur une unité fermée du fait du risque suicidaire élevé.

Les dossiers retenus ont permis de remplir une grille d'enquête qui, traitée par le logiciel sphinx a conduit à des résultats et mené à une discussion.

Résultats

Quatre cent vingt et un dossiers de patients ayant fait l'objet d'une prise en charge pour une dépression majeure sur l'UIA de Vesoul ou l'UIA de Matisse ou sur l'UIA de Vesoul puis transféré à l'UIA de Matisse ont été recensés. La lecture de chaque dossier a permis d'en retenir 59 conformément aux critères d'inclusion. Les patients ont été hospitalisés à 59% à l'unité UIA de Vesoul, 24% ont bénéficié d'un séjour à l'unité UIA Vesoul puis transférés l'UIA Matisse et 17% ont été hospitalisé directement à l'UIA Matisse.

Caractéristiques sociodémographiques

La population cible est constituée de 54% (n=32) de sujets de sexe masculin et de 46% (n=27) de femmes, avec un sexe ratio de 1,18 en faveur des hommes.

L'âge moyen de la population d'étude est de 42 ans avec les extrêmes compris entre 18 ans et 64 ans. 13% des patients ont un âge inférieur à 25ans ; 24% ont un âge compris entre 26 ans et 39 ans. Les tranches d'âges de 40 à 59 ans et 60 à 64 ans représentent respectivement 58% et 5%.

La répartition selon le niveau scolaire retrouve : des patients non scolarisés et ceux à niveau d'étude élémentaire à des taux identiques de 3% ; les niveaux brevet, baccalauréat et supérieur après le baccalauréat respectifs de 41%, 12% et 24%. 17% des patients ont un niveau scolaire non renseigné. La cohorte est constituée d'étudiants (10%), d'employés (58%), de professions libérales (5%), d'artisans et commerçants (9%), d'un retraité (2%), de chômeurs (10%), de sujets sans profession (3%) et autres (3%).

Caractéristiques des couples

61% des couples de notre échantillon ont au moins un enfant issu du couple. Il ne s'agit pas de familles recomposées dans 85% des cas. 22% des patients ont un antécédent de divorce.

La durée de vie des couples est variable. Elle est supérieure à 20 ans pour 22% de patients. Elle est comprise entre : 16 et 20 ans chez 14% des patients ; 11 et 15 ans pour 10% ; 6 et 10 ans pour 12% ; 1 et 5 ans pour 19% et inférieure à un an pour 9% des patients (14% de données manquantes).

Caractéristiques de la conjugopathie

Le conflit est récurrent chez 63% des couples.

Tableau 1

Conjugopathie suite à l'adultère	Nombre de patients	pourcentage
Patients victimes d'adultère	19	32%
Patients auteurs d'adultère	2	3%
Patients victimes et auteurs d'adultère	1	2%
Absence d'adultère dans le couple	31	53%
Adultères non renseignés	6	10%
Total	59	100%

Des situations d'adultères (victimes, auteurs, victimes et auteurs) sont observées dans 37% des cas.

Tableau 2

Conjugopathie suite à des violences	Nombre	pourcentage
Patients auteurs de violences verbales	8	14%
Patients auteurs de violences physiques	0	0
Patients auteurs de violences verbales et physiques	4	8%
Patients victimes de violences verbales	2	3%
Patients victimes de violences physiques	2	3%
Patients victimes de violences verbales et physiques	2	3%
Patients auteurs et victimes de violences verbales	2	3%
Absence de violences dans le couple	33	56%
Violences non renseignées	6	10%
Total	59	100%

La notion de violence dans le couple apparaît chez 34% des patients.

Caractéristiques des tentatives de suicide dans l'épisode dépressif

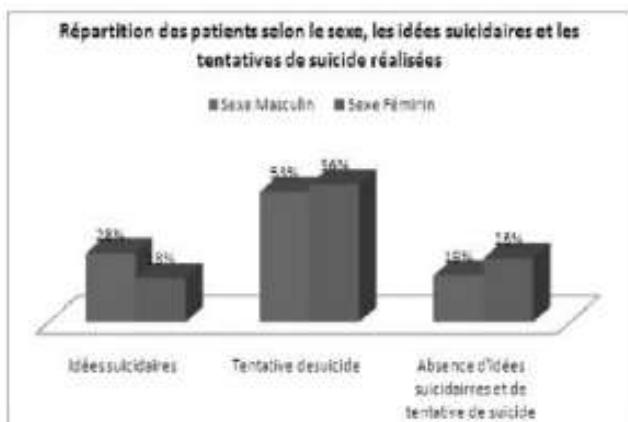


Figure 2: Tous les patients âgés de 18 à 25 ans ont fait une tentative de suicide ; entre 40 et 59 ans on observe 59% de T.S par contre aucune tentative de suicide n'est révélée chez les patients âgés de 60 ans et plus.

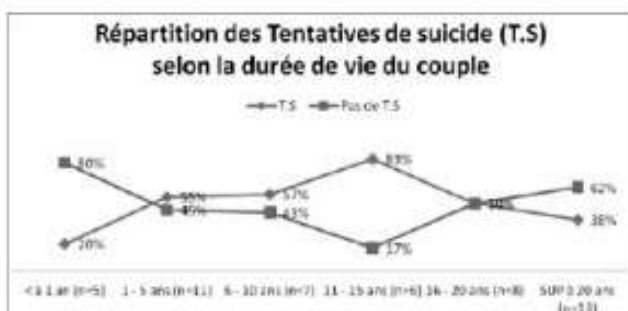


Figure 1: Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont présentes dans les deux sexes. Dans la population féminine de notre étude 18% ont eu des idées suicidaires isolées, 56% ont réalisé une tentative de suicide et 26% ont présenté une symptomatologie dépressive sans velléités suicidaires.

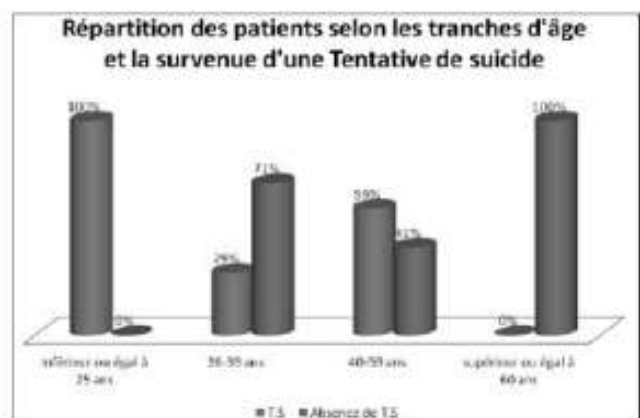


Figure 3 : Entre 1 et 15 ans de vie de couple le nombre de patients ayant réalisé une tentative de suicide ne fait que croître. Ce nombre est supérieur à 50%.

Discussion

Au cours de notre étude, nous avons étudié la survenue d'un premier épisode dépressif caractérisé dans les suites d'une conjugopathie.

La présence d'éventuels facteurs confondants à l'origine du syndrome dépressif a été recherchée notamment avec l'exclusion des patients ayant été exposés à un événement de vie négatif dans les six mois précédant l'inclusion.

La plupart des patients (59%) ont séjourné uniquement dans l'unité intersectorielle de Vesoul. L'admission dans ce service est bien acceptée par les patients qui ne le perçoivent pas d'emblée comme une unité psychiatrique du fait de sa situation dans l'enceinte d'un hôpital général. Le transfert sur Matisse rencontre des oppositions en raison de sa localisation à Saint-Rémy qui de façon péjorative est synonyme de « folie ».

Caractéristiques sociodémographiques

Les deux sexes sont accessibles à une décompensation dépressive face à une turbulence dans la vie de couple. Le sexe masculin est cependant prédominant (54%) avec un ratio de 1,18.

Le plus jeune patient de notre échantillon a 18 ans et le plus âgé a 64 ans. Les patients de moins de 18 ans sont pour la plupart orientés en service de pédopsychiatrie et pédiatrie en période de crise. La faible proportion de patients d'âge supérieur à 60 ans dans notre étude, s'explique par le fait que l'âge maximum d'admission en hospitalisation avec consentement en service ouvert de l'adulte est de 65 ans ; les patients ayant plus de 65 ans sont orientés en pavillon de psychiatrie de la personne âgée. Toutes les tranches d'âge sont retrouvées mais celle incluant les sujets de 40 à 59 ans représente plus de la moitié de la cohorte (58%). Les sujets de cette tranche (40-50 ans) sont des adultes mûrs qui ont une certaine expérience de la vie et chez qui la relation de couple peut se teinter de monotonie avec moins d'attentions réciproques. Il en résulte un attrait pour des nouvelles « expériences » qui conduit bien souvent à l'installation de la crise de la quarantaine ou de la cinquantaine suivant donc sa période de survenue, avec des attitudes moins flexibles notamment dans la prise de décision commune et une remise en cause des modalités de fonctionnement du couple (sexualité, partage des tâches, projets d'avenir). Ces modifications, qu'elles soient physiologiques ou en lien avec une certaine expérience de vie, sont alors sources de conflits dans le foyer.

Dans notre population, toutes les catégories socioprofessionnelles et les niveaux d'étude sont concernés. Les taux élevés de dépressions dues à une conjugopathie sont plus observés chez les patients ayant des niveaux scolaires de brevet d'étude (41%) et post baccalauréat (24%) ; ainsi que chez les employés (58%), les étudiants et les chômeurs (10% chacun). Des études ont montré que les personnes ayant des niveaux d'éducation élevés et des ressources financières importantes sont plus heureuses au sein de leur mariage (7) et moins déprimées (8). Nos résultats ne confirment pas ses

assertions mais pointent la difficulté à établir une corrélation entre le niveau socioéconomique du couple et l'apparition d'un épisode dépressif face à des conflits maritaux.

Caractéristiques des couples

Les couples constituant la population cible ont au moins un enfant (61%) et une durée de vie commune supérieure à 10 ans (46%). Ces couples ne constituent pas des familles recomposées (85%) et pour la plupart il n'y a pas d'antécédents de divorce (78%).

Ces résultats nous questionnent. Il est de sens commun de penser :

- qu'une relation conjugale dans le cadre d'une structure familiale soit plus solide, moins sujette au conflit de part l'engagement des protagonistes, et l'investissement de l'enfant comme produit du couple ;
- qu'un couple parental va mal vivre un premier divorce.

L'éclatement d'une structure familiale étayant avec la conjonction de ces quatre facteurs (durée de vie commune élevée, présence d'enfant, famille non recomposée et absence d'antécédents de divorce) peut alors expliquer l'effondrement dépressif.

Caractéristiques de la conjugopathie

Dans notre étude l'adultère (*Tableau 1*) ou la découverte d'un nouvel amour (37%) et l'agressivité (*Tableau 2*) physique ou verbale (34%) avec comme corolaire la dévalorisation de la victime constituent les principales sources du conflit responsable d'une décompensation dépressive. Brown et al. (9) ont recherché les types de conjugopathie les plus à même de favoriser l'apparition d'un épisode dépressif majeur, et ont démontré que les événements dits « humiliants » étaient plus à même de précipiter l'apparition d'un épisode dépressif que les événements dits « non-humiliants », c'est à dire initiés par le sujet. Parmi ces événements humiliants, dans notre étude, on retrouve : la découverte d'une infidélité du conjoint, une séparation/divorce initié par le conjoint, une séparation/divorce initié par la femme suite à une infidélité, de la violence de la part de l'époux. Cano et O'leary (10) ont confirmé ces conclusions sur un échantillon de 50 femmes en 2000. Notre étude nous permet de confirmer cette tendance, les patients ayant été victimes de violence ou d'adultère étant plus représentés dans la population des sujets déprimés et/ou suicidaires que les auteurs de ces faits, et d'autant plus que ces événements apparaissent récurrents.

Caractéristiques des tentatives de suicide dans l'épisode dépressif

Dans notre étude la catégorie des patients suicidaires est surreprésentée par rapport à d'autres études qui incluent des patients suivis en ambulatoire donc moins à risque. Cela s'explique par le fait que notre population est uniquement hospitalière. Ainsi nous avons retrouvé que 53% des hommes et 56% des femmes ont eu des gestes suicidaires

(Figure 1). Néanmoins, chez Wyder, Ward et De Leo (6), qui ont étudiés la séparation comme facteur de risque de suicide, les patients concernés étaient des hommes (4 hommes pour une femme), âgés de 15 à 24 ans (RR 91,62). Les auteurs attribuent cela à la façon dont les hommes appréhendent leur vie sociale, se reposant plus souvent sur leurs partenaires pour l'étayage social et émotionnel alors que les femmes ont plus souvent un réseau étendu de famille et d'amis. Nous retrouvons, comme ces auteurs, une représentation plus importante des actes suicidaires de l'ordre de 100% chez les sujets âgés de 18 à 25 ans et 71% chez les patients de 26 à 39 ans (Figure 2). Ceci peut être corrélé à une certaine impulsivité, observée dans ces tranches d'âge, qui favoriserait le passage à l'acte suite à la perte brutale d'un premier amour hyper investi. On retrouve également un pourcentage significatif de tentative de suicide (59%) dans la tranche d'âge 40 - 59 ans. Chez ces patients le conflit conjugal pourrait ne représenter que le stade final d'un ensemble d'événements de vie, agissant ainsi plus comme un élément déclencheur de pathologie dépressive. Les séparations marquent alors une rupture objectale c'est-à-dire une séparation avec l'être aimé suivi d'une perte du matériel et du confort jusque là familiers.

L'absence d'acte suicidaire relevée après 60 ans ne dispense pas cette frange de la population d'étude car en lieu et place d'un acte suicidaire violent se positionne souvent un équivalent suicidaire à type de refus de s'alimenter. A ce propos Roskar, Podlessek et al. (5) énoncent que les patients âgés ont un risque suicidaire plus élevé après une séparation récente.

Les actes suicidaires exprimés sont au-delà de 50% pour les sujets dont la durée de vie du couple oscille entre 1 et 15 ans (figure 3). Dans cette tranche, plus la durée de vie du couple est importante plus la fréquence des tentatives de suicide croît. Ceci s'explique certes par la perte du lien affectif mais assez souvent par la non obtention du droit de garde ou de visite d'un enfant. Chez les patients ayant plus de 20 ans de vie commune il n'est retrouvé que 38% de tentative de suicide. Cette longue durée de vie de couple suppose que les enfants ne sont plus en bas âge, souvent partis ou en passe de quitter le nid familial ; les tentatives de suicide observées traduisent le vécu abandonnique, l'expression d'un vide ressenti. Ceci vient donc confirmer les deux explications fournies par Roskar, Podlessek et al. (5) sur les causes de survenue des actes suicidaires chez les patients âgés «la longueur de la relation en cause, et la survenue d'une séparation à une période de la vie marquée par l'apparition d'un sentiment de solitude, d'inutilité et d'absence de sens après le départ d'un enfant».

Conclusion

La décompensation dépressive dans les suites d'une conjugopathie intéresse autant le sexe féminin que masculin même si le sexe ratio est de 1,18 en faveur de ce dernier. La tranche d'âge comprise entre 40 et 59 ans est la plus affectée.

Nous ne retrouvons pas de corrélation entre la survenue de l'effondrement de l'humeur et le niveau socioéconomique. Les conflits récurrents ont essentiellement pour fondement l'adultère et ou la violence conjugale. L'épisode dépressif qui en résulte est souvent sévère, avec présence importante d'idées suicidaires, fréquemment actées. Les tentatives de suicide sont plus observées après 1 à 15 années de vie de couple.

Ainsi le dépistage d'une conjugopathie comme facteur favorisant une dépression s'avère primordial afin de pouvoir proposer au patient une thérapeutique adaptée. Celle-ci pourrait revêtir la forme d'un entretien de couple à Minima, ou mieux d'une thérapie conjugale voire systémique. Les médecins généralistes qui reçoivent, souvent en première ligne, les patients pour des symptômes précurseurs (insomnie, anorexie, aboulie et anhédonie) doivent s'investir dans le repérage d'une conjugopathie sous jacente.

Références

- 1 : Saba Moussavi, Somnath Chatterji, Emese Verdes, Ajay Tandon, Vikram Patel, Bedirhan Ustun. Lancet 2007 ; 370 : 851-58
 - 2 : Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P (dir.), La dépression en France – Enquête Anadep 2005, Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009, 208 p.
 - 3 : Mark A. Whisman. Marital dissatisfaction and psychiatric disorders : Results from the national comorbidity Survey. Journal of abnormal Psychology, 1999 ; 108(4) : 701-706
 - 4 : Coyne, J.C. ,& Downey, G. . Social factors and psychopathology : stress, social support, and coping processes. Annual review of Psychology, 1991 ; 42 : 401-425
 - 5 : Saska Roskar, Anja Podlessek, Marja Kuzmanic, Lucija Omejc Demsar, Metka Zaletel, and Andrej Marusic. Suicide risk and its Relationship to change in Marital Status. Crisis, 2011 ; 32(1) : 24-30
 - 6 : Marianne Wyder, Patrick Ward, Diego De Leo. Separation as a suicide risk factor. Journal of affective disorders, 2009 ; 116 : 208-213
 - 7 : Karney BR, Bradbury TN. The longitudinal course of marital quality and stability : a review of theory, method and research. Psychological Bulletin 1995 ; 118 : 3-34
 - 8 : Stansfeld S, Marmot MG. Social class and minor psychiatric disorder in British civil servants : A validated screening Survey using the général health questionnaire. Psychological Medicine 1992 ; 22 : 739-749
 - 9 : Brown G. W., Harris, T.O., et Hepworth, C.. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression : A patient and non-patient comparison. Psychological Medicine 1995 ; 25 : 7-21
 - 10 : Annmarie Cano and K. Daniel O'Leary. Infidelity and separations precipitate Major Depressive Episodes and symptoms of nonspecific Depression and Anxiety. Journal of consulting and clinical psychology 2000 ; 68(5) : 774-781
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), 1994



Lisa Dehandschoewercker

De l'expression de la douleur en psychiatrie

Résumé : la prise en compte de la douleur somatique en psychiatrie est une considération récente. Elle a longtemps été banalisée, sous estimée, notamment par manque de formation des équipes. L'expression de la douleur est différente chez les patients souffrant de troubles psychiatriques, elle peut donc passer inaperçue ou engendrer des erreurs de diagnostic. L'enjeu est important car dans cette population de patients, les troubles somatiques sont statistiquement plus présents que dans la population générale. Une bonne évaluation clinique et comportementale du patient complétée par l'utilisation d'échelles d'évaluation, peut améliorer le dépistage de cette douleur. Quant à sa prise en charge, elle est complexe, pluridisciplinaire reposant aussi bien sur les traitements médicamenteux que sur les approches corporelles et psychothérapeutiques.

La prise en charge de la douleur en psychiatrie reste donc un défi qui doit être relevé pour tous les patients, à la fois par les soignants et par l'institution.

Mots clés : douleur, douleur somatique, traitement de la douleur, troubles psychiatriques, schizophrénie, CLUD

Abstract : the care of somatic pain in psychiatry is a recent account. It was trivialized for a long time, under-diagnosed, due to the lack of formation of the teams. The expression of pain is different to patients with psychiatric disorders, so it may go unnoticed or may cause misdiagnosis. Consequences are important because in this type of population, somatic disorders are statistically more prevalent than general population type.

A good clinical and behavioral assessment of the patient completed by the use of pain assessment scales can improve detection of this pain. The care of it is complex and multidisciplinary, based as well on the medicinal treatment as on the physical and psychotherapeutic approaches.

The consideration of pain in psychiatry is a challenge that must be taken for all patients, by both caregivers and Institution.

Key words : pain, somatic pain, pain treatment, psychiatric disorder, schizophrenia, CLUD

La douleur a longtemps été mise de côté en psychiatrie, où la priorité n'était pas donnée à l'état somatique du patient, mais plutôt à l'état psychique, renvoyant régulièrement à la médecine générale tout ce qui était en rapport avec le corps lésé, le corps souffrant. Ainsi morcelé, le malade échappait à la possibilité d'une reconnaissance de ses maux, nul ne prenant le temps de l'écouter et d'interroger la signification de sa plainte. Depuis quelques années et dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, la prise en compte de la douleur est devenue une priorité en médecine. La psychiatrie est à son tour rejointe par cette préoccupation.

Praticienne attachée en psychiatrie

CHS de Montfavet (unité « Les lilas 2 »), Vaucluse. Adresse courriel : ldmuse98@gmail.com

Historique

Il faudra attendre les années 2000 pour que la psychiatrie s'intéresse enfin à la problématique de la douleur. Les premiers articles recueillis sur le sujet datent de 2004 (1). Des Centres d'Évaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) se créent, les établissements psychiatriques se dotent progressivement de Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD). Des journées nationales, ayant pour thème la prise en charge de la douleur en Santé Mentale, s'organisent depuis 2005. Au niveau gouvernemental, il faudra attendre le troisième plan de lutte contre la douleur (2006-2010) pour entendre parler de la douleur chez les personnes vulnérables.

Fin 2005, un Comité National de Pilotage d'Étude de la Douleur en Santé Mentale est créé, à l'initiative de l'Association Nationale pour la Promotion des Soins Somatiques en Santé Mentale, présidée par le Docteur Djéa Saravane. Ce Comité lance, début 2006, une première enquête nationale sur la prise en charge de la douleur en psychiatrie (réalisée par l'Institut UPSA de la Douleur). C'est une grande avancée, enfin la douleur en Santé Mentale est reconnue. Mais l'état des lieux ici dressé est alarmant. Cette enquête, réalisée auprès de 811 Chefs de Service de Psychiatrie des Centres Hospitaliers, des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et 203 Chefs de Service de Pharmacie des CHS, a montré que seuls 30 % des patients psychotiques chroniques étaient suivis par un médecin traitant. De plus, 75 % des répondants estiment que leurs équipes ne sont pas formées à la douleur et 69 % des répondants estimaient que la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques n'était pas satisfaisante. Par ailleurs, dans 70 % des CHS, il n'y a pas de CLUD (2).

Douleur : définition

En 1979, l'Association Internationale d'Étude de la Douleur (IASP) propose de définir la douleur comme « une expérience sensorielle ou émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion » (3). Cette définition fait le lien entre le phénomène physiologique de la douleur et sa traduction comportementale et psychologique. Cette définition authentifie l'existence de douleur sans cause physique. La part subjective de la douleur est reconnue. C'est donc un phénomène multidimensionnel et multifactoriel.

Les mécanismes et composantes de la douleur

La littérature définit quatre grands types de douleurs :

- la *douleur nociceptive* : due à un excès de stimulation nociceptive lors de douleurs aiguës ou chroniques ;
- la *douleur neuropathique* : consécutive à une lésion nerveuse qui induit un dysfonctionnement du système nerveux périphérique, engendrée par un mécanisme de désafférentation (compression tumorale, amputation...) ;
- la *douleur psychogène* : qui exprime par le biais du corps des conflits psychologiques ou des états dépressifs ;
- la *douleur idiopathique* : dont on ne retrouve aucune cause (organique ou psychogène).

La douleur va être ressentie, vécue subjectivement différemment d'un patient à un autre, majorée ou minorée, en fonction des quatre composantes qui la constituent (4) :

- une *composante sensori-discriminative*, permettant de décoder la qualité de la source nociceptive (brûlure, décharges électriques...), son intensité, ses caractéristiques spatiales et temporelles ;
- une *composante motivo-affective*, conférant à la douleur sa tonalité désagréable et pouvant se prolonger vers des états émotionnels tels que le stress, l'anxiété ou la dépression ;



La flagellation du Christ, d'Albrecht Dürer, 1512.

- une *composante cognitive*, correspondant aux processus mentaux capables d'influencer la perception de la douleur et les comportements induits : le processus d'attention et de diversion de l'attention, les interprétations et valeurs attribuées à la douleur, les anticipations, les références à des expériences douloureuses antérieures ;
- une *composante comportementale*, correspondant aux manifestations, verbales et non verbales, observables chez un sujet douloureux (plainte, positions antalgiques...). Ces manifestations sont influencées par les apprentissages antérieurs, par l'environnement familial et ethnoculturel.

Douleur et souffrance

Nos sociétés occidentales connaissent de longue date un dualisme entre le corps et l'esprit. Il y aurait alors une douleur (physique) et une souffrance (psychique). Selon Le Breton, le dualisme douleur-souffrance n'est pas plus fondé que le dualisme corps-esprit. En effet, la douleur implique la souffrance. « Il n'y a pas de peine physique qui n'entraîne un retentissement dans la relation de l'Homme au monde. Elle ne reste pas cantonnée à un organe ou une fonction, elle diffuse bien au delà, elle imprègne les gestes, traverse les pensées : elle contamine la totalité du rapport au monde » (5).

Douleur et pathologies psychiatriques

De nombreuses études réalisées depuis une vingtaine d'années, ont montré une co-morbidité entre la douleur et les troubles mentaux, ainsi qu'une prévalence augmentée des affections somatiques chez les patients psychiatriques (7). Certaines pathologies psychiatriques donnent un caractère particulier à l'expression de la douleur, d'autres peuvent être responsables d'un déni de la douleur (8).

La psychose

Toutes les observations cliniques rapportées dans la littérature établissent l'absence de plainte douloureuse claire chez les schizophrènes. Par le passé, les médecins ont interprété cela comme une insensibilité du patient schizophrène à la douleur. Plusieurs études expérimentales (9) ont tenté de mettre en évidence une diminution de la perception douloureuse dans la psychose avec un certains nombres d'hypothèses explicatives (incidence des psychotropes sur la perception douloureuse avec une liaison par l'halopéridol des récepteurs endomorphiniques, des modifications neurobiologiques impliquant les opioïdes, la sérotonine, la dopamine, le glutamate...). Mais leur niveau de preuves scientifiques étant faibles, on peut donc conclure, comme le dit le Dr Saravane que cette idée selon laquelle « ces patients atteints de pathologies mentales sévères sont totalement insensibles à la douleur, est sans fondement scientifique » (10).

Cependant les données de la littérature s'accordent à retrouver une diminution de la réactivité comportementale à la douleur chez les schizophrènes. Cela ne relèverait pas d'une réelle analgésie endogène, - leur système endogène d'inhibition est normal, la réponse neurovégétative interne serait même plus importante que chez les sujets témoins (11) - mais d'un mode d'expression différent de la douleur. En effet, on observe chez le patient psychotique une expression particulière de la douleur : une expression verbale, sous forme de métaphore ou de délire, et non verbale à type d'hallucinations à thèmes persécutatoires, d'attitudes paradoxales avec une alternance de cette désaffectation et de plaintes véhémentes, de troubles du comportement...

Ce mode d'expression différent peut s'expliquer par :

- les troubles de la communication et de l'adaptation sociale, un trouble de l'image du corps et un certain trouble cognitif (trouble du cours de la pensée et trouble liés à la gestion, l'expression et reconnaissance des émotions). Les stimuli douloureux entraîneraient un stress physiologique et psychologique qui ne pourrait se décharger par les modes habituels de régulation et d'expression comportementale de la douleur. Comme nous le rappelle Éliane Ferragut, « La douleur est englobée dans un vécu délirant autour du corps, elle étaye le sentiment d'existence défaillant. C'est une tentative de réunification de soi qui donne une matérialité au corps morcelé. Elle peut être vécue comme un objet persécuteur et alors entraîner des états de violence auto ou hétéro-destructeurs » (13) ;
- le stress pourrait constituer un facteur de distorsion de

la perception douloureuse entraînant une altération de la réactivité comportementale à la douleur (9) ;

- les patients schizophrènes ne pressentent pas cette sensibilisation qui est un phénomène adaptatif pour éviter la blessure à une stimulation persistante (12).

Et puis, il y a les automutilations, douleurs provoquées, souvent décrites par les patients psychotiques comme non douloureuses voire même vécues comme un « soulagement ». Les psychanalystes y voient une signification auto érotique et une revendication relationnelle : exister en tant que corps et non en tant qu'esprit.

Autisme

L'apparente insensibilité à la douleur observée chez les enfants autistes relèverait moins d'une réelle analgésie endogène que d'un mode d'expression différent de la douleur en rapport avec les troubles autistiques : trouble de la communication verbale et non verbale, trouble du schéma corporel et des capacités de représentation et de symbolisation (14).

Les troubles psychosomatiques

Ils se définissent comme des troubles somatiques dont la survenue et l'évolution sont en grande partie influencées par des facteurs psychologiques. La lésion organique est présente, à la différence des troubles somatoformes. Sa localisation dépend de prédispositions biologiques et n'a pas de signification symbolique. La maladie psychosomatique englobe diverses pathologies (qui évoluent classiquement par crises) : atopie (asthme, eczéma), psoriasis, maladies de systèmes, ulcère gastro-duodénaux, infarctus du myocarde... La faute serait due à une stratégie de coping inadapté. Le stress épuise les capacités d'adaptation de l'organisme et l'émotion impossible à gérer doit être refoulée pour préserver l'intégrité de l'organisme. Toute émotion déclenche diverses répercussions somatiques transitoires, endocriniennes et neuro-végétatives. Dans la pathologie psychosomatique, au lieu de s'épuiser rapidement, ces signes persistent et engendrent des lésions organiques (13). On retrouve souvent chez les patients souffrant de ces troubles une pensée opératoire ou une alexithymie.

Les troubles somatoformes

Ces troubles se définissent par la présence de symptômes physiques non explicables par une lésion organique et dont le déclenchement et l'aggravation sont essentiellement expliqués par des facteurs psychologiques. Le mécanisme de ces troubles est la conversion : le symptôme organique représente un moyen de résolution symbolique d'un conflit psychologique inconscient, l'anxiété psychique résultant du conflit est converti en symptôme somatique. Le sujet en retire inconsciemment des bénéfices primaires (éviter les tensions internes) et secondaires (attirer l'attention de ses proches et obtenir d'eux des satisfactions émotionnelles...). La douleur permet d'acquiescer un véritable statut pour le malade (15).



Saint François d'Assise reçoit les stigmates.
Le Greco, 1585.

Selon Freud, la localisation des troubles est déterminée par la valeur symbolique de la zone pour le sujet. Les symptômes somatiques sont interprétés dans la théorie psychanalytique comme la mise en scène, à travers le corps de fantasmes inconscients liés aux avatars de la sexualité infantile et au conflit œdipien. Les manifestations de conversion surviennent souvent chez des patients présentant une personnalité histrionique ou passive-dépendante. Pour certains médecins, la fibromyalgie appartiendrait aux troubles somatoformes.

À l'intérieur des troubles somatoformes, se trouve l'hypocondrie. D'un point de vue analytique, l'hypocondrie névrotique correspond à un désinvestissement du monde objectal et à un repli narcissique de la libido (avec régression vers des stades infantiles de la sexualité). Les organes surinvestis sont l'objet d'une érotisation qui demeure inconsciente. Le plaisir culpabilisé, culpabilité liée à l'auto-érotisme, est alors retourné en son contraire plus tolérable : la douleur (Freud, 1914).

Dépression

Les syndromes dépressifs associent souvent des douleurs physiques à la souffrance morale. Ils peuvent avoir comme expression dominante une plainte douloureuse somatique, on parle alors de dépression masquée, notamment chez les personnes âgées. La douleur physique peut même aller jusqu'à se substituer à la douleur psychique, devenant l'expression de cette dernière. Dans nos sociétés occiden-

tales, souffrir d'une pathologie somatique demeure plus « avouable » que souffrir d'une pathologie psychiatrique.

La présence de douleurs corporelles au cours d'un épisode dépressif majeur varie entre 50 et 90 % selon les populations étudiées. La présence de douleurs corporelles prédit un épisode dépressif majeur plus sévère et plus long (16).

Les hypothèses étiopathogéniques pour expliquer cette co-existence fréquente de la dépression et des douleurs corporelles reposent sur l'hypofonctionnement des systèmes sérotoninergiques et noradrénergiques connu dans la dépression : il y aurait une insuffisance de contrôle des messages douloureux ascendants, normalement inhibés par la sérotonine et la noradrénaline (16). D'un point de vue psychanalytique, la douleur chronique surgit en lieu et place d'une souffrance en lien avec une perte, un deuil.

Anxiété

Parfois l'anxiété se cristallise sur le corps. Les sujets les plus anxieux rapportent plus de préoccupations corporelles que les autres (Ahles, 1987). La douleur est un des symptômes de l'attaque de panique (DSM IV TR). Inversement, l'anxiété est un symptôme de douleur aiguë. L'influence de l'anxiété sur la perception douloureuse est complexe. Les effets de l'anxiété varient selon qu'elle focalise l'attention du sujet sur sa douleur (augmentant la perception douloureuse) ou au contraire détourne l'attention du patient (ne modifiant pas la perception douloureuse voire la diminuant). L'anxiété intervient sans doute sur l'analgésie psychogène.

Notons une co-morbidité élevée (60 à 80%) douleurs

chroniques et syndrome de stress post traumatique, en partie due à une augmentation de neurotransmission glutaminergique (17).

États-limites

30 % des patients douloureux chroniques présentent une personnalité borderline. La douleur serait une manifestation des difficultés d'auto-régulation, une tentative d'obtenir un soutien émotionnel de la part des autres, un étayage (18). Selon la théorie psychanalytique, la douleur correspondrait à l'agressivité qui est retournée sur le Moi. La douleur peut aussi s'inscrire en lieu et place d'un vécu dépressif, en lien avec le manque de vécu émotionnel, la douleur étant un équivalent dépressif, "une dépression masquée" (13). Au niveau neurobiologique, la fréquence importante de douleurs chroniques chez ce types de patients pourrait s'expliquer par une augmentation de la neurotransmission opioïde (19).

Autres

La douleur est fréquente chez les toxicomanes. Les mécanismes sont multiples, psychosocial et neurobiologique (dysrégulation des systèmes dopaminergique et GABA-ergique) (19).

Il existe une aussi une comorbidité entre douleur chronique et trouble du sommeil (20).

Évaluation de la douleur en psychiatrie

L'évaluation de la douleur en santé mentale est un exercice difficile et rencontre de nombreux obstacles tels que :

- la volonté d'écoute et d'observation du patient souffrant,
- la non verbalisation de la douleur, associée à des altérations des perceptions et du schéma corporel,
- la reconnaissance de la douleur par l'équipe soignante insuffisamment formée dans ce domaine,
- un interrogatoire aléatoire dans un contexte de délire ou d'hallucinations,
- un examen clinique délicat dans certaines pathologies, le toucher pouvant aviver blessures et perturbations.

Il faut une évaluation globale du malade. L'évaluation de la douleur ne se limite pas à celle de son intensité mais implique l'analyse de son étiologie, de son ou de ses mécanismes physiopathologiques supposés, de sa place dans l'histoire et la culture du patient mais aussi de l'impact de cette douleur sur la qualité de vie, le comportement, la vie relationnelle.

L'examen clinique est capital. Chez nos patients psychotiques, le Dr Saravane recommande cependant de procéder à un examen des patients en plaçant ses mains tour à tour sur toutes les parties du corps et en demandant au patient si ça lui fait mal. (10)

Enfin, il convient de prêter une attention particulière aux changements d'habitudes et aux troubles du comportement, surtout lorsque le patient est stabilisé.

Outils d'évaluation

Nous disposons d'outils pour évaluer cette douleur, mais à ce jour, aucun n'est spécifique de la douleur en santé mentale.

Les échelles d'autoévaluation renseignent uniquement sur l'intensité de la douleur. Elles ne peuvent s'appliquer qu'aux individus communicants capables de raisonnement.

- L'échelle visuelle analogique (EVA) se présente sous forme de règle à curseur qui va de « pas mal » à « très très mal ». Son utilisation est limitée si les capacités d'attention, capacités cognitives et capacités de symbolisation sont perturbées.
- L'échelle numérique simple (EN) propose de donner une note sur une échelle de 0 à 10.
- L'échelle verbale simple (EVS) permet de faire préciser à partir d'un langage simple : « pas du tout » à « un peu », « moyen », « beaucoup », le niveau de sa douleur. C'est celle qui semble préférable en psychiatrie du fait de sa simplicité.
- L'échelle de six visages (« Faces Pain Scale ») : montre des visages souriant ou pleurant. Elle est utilisée en pédiatrie et semble être utile chez nos patients atteints de pathologie mentale sévère, le patient reçoit la consigne de montrer le visage « qui semble avoir aussi mal que lui ». Chez nos patients, il est fortement recommandé de ne pas employer les mots « triste » ou « heureux ».

Les échelles d'hétéro-évaluation ont une approche comportementale. Elles sont spécifiquement adaptées aux sujets âgés dont les capacités d'abstraction sont altérées, qui ont des troubles cognitifs ou de la mémoire ou des difficultés d'expression :

- L'échelle DOLOPLUS 2.
- L'échelle ECPA (échelle comportementale de la douleur chez la personne âgée).
- L'échelle EDAAP (Échelle pour adulte polyhandicapé) semble intéressante pour les patients schizophrènes. Elle évalue la douleur au travers de douze items répartis en trois groupes :
 - retentissement somatique : plaintes, position antalgique, mimique, sommeil...
 - retentissement psychomoteur : réaction lors des soins douloureux, tonus et expression corporelle,
 - retentissement psychosocial : communication, la relation au monde, trouble du comportement.

Des échelles sont en cours d'évaluation chez les patients schizophrènes.

Prise en charge de la douleur

Tout d'abord, bienveillance, écoute et empathie sont indispensables. Le traitement de la douleur repose à la fois sur des traitements médicamenteux et des traitements non médicamenteux. Il doit être réévalué fréquemment. La prise en charge de la douleur en psychiatrie est pluridisciplinaire.

Traitements médicamenteux

Les traitements antalgiques classiques sont classés selon les paliers de l'OMS :

- palier 1 : paracétamol et AINS. La co-prescription AINS-lithium impose le contrôle de la lithémie en raison d'un risque de surdosage.
- palier 2 : la codéine se verra accompagnée systématiquement de laxatifs osmotiques en raison du risque de ralentissement du transit ; le tramadol sera à utiliser avec prudence avec des médicaments pouvant diminuer le seuil épileptogène
- palier 3 : la morphine et les autres opioïdes forts. Il ne faut pas hésiter à en prescrire dans le cas de douleurs rebelles. Il existe une réticence à en prescrire en santé mentale à cause du risque de dépendance-addiction. Pourtant, lorsque la morphine est prescrite selon des règles strictes, le risque est faible (21). Le patch de fentanyl semble être un bon moyen d'analgesie chez les patients toxicomanes en raison de l'absence de pic plasmatique (effet flash) et du risque minimisé d'interférence avec les produits de substitution.

Pour la douleur neuropathique, on pourra utiliser certains antidépresseurs (tricycliques, duloxétine) et certains anti-épileptiques (gabapentine, pregabaline, carbamazépine). Des antidépresseurs pourront aussi être utiles dans le trouble somatoforme douloureux et chez les douloureux chroniques.

Quant à la douleur liée aux soins on utilisera des traitements préventifs : crème EMLA, gaz MEOPA...

Traitements non médicamenteux

- Les approches corporelles font également partie de l'arsenal thérapeutique : kinésithérapie, massages, stimulation thermique, acupuncture, relaxation, hypnose, sophrologie, méditation, shiatsu.
- Psychothérapie analytique, et cognitivo-comportementale (notamment pour les troubles anxieux et somatoformes).

Conclusion

La prise en charge de la douleur en psychiatrie est complexe, en particulier pour les patients psychotiques qui ressentent la douleur, mais ne réagissent pas, ne l'expriment pas et l'expression de cette douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder (10).

La douleur est un défi qui doit être relevé pour tous les patients, à la fois par le soignant et par l'institution.

Bibliographie

1. Santé mentale n°90 de septembre 2004, Dossier « Folie et soins somatiques » et Santé mentale n°99 de juin 2005, Dossier « Douleur en santé mentale ».
2. Serra E, Saravane D, de Beauchamps I et al. *La douleur en santé mentale : première enquête nationale auprès*

des PH chef de service de psychiatrie générale et de pharmacie. Douleur et analgésie, 2007 ; 2(20) : 96-101.

3. IASP, www.iasp-pain.org.
4. Marchand S. *Le phénomène de la douleur*. Paris: Masson (1998).
5. D. Le Breton. *Anthropologie de la douleur*. Ed Métaillé, 1995.
6. L. Israël. *Boiter n'est pas pécher*. Ed Denoël, 1989.
7. Février R. *Comorbidité somatique en psychiatrie*. Santé Mentale, N°90 Septembre 2004.
8. Dr Saravane, colloque du 30 nov 2010 « *Evaluation et prise en charge de la douleur chez les patients souffrants de pathologies psychiatriques* ».
9. Bonnot O, Tordjman S. *Schizophrénie et réactivité à la douleur*. Presse médicale novembre 2008 vol 37 n°11.
10. Saravane D. *L'évaluation de la douleur en santé mentale*. Douleur et santé mentale 2008 n°3 décembre pp 1-4.
11. Bonnot O, Tordjman S. *Étude de la réactivité à la douleur dans la schizophrénie à début précoce et l'autisme*. Poster P35 au 1er congrès de L'Encéphale. Paris; 2003.
12. S. Potvin, E. Stip, A. Tempier, T. Pampoulova, L.A. Bentaleb, P. Lalonde, O. Lipp, P. Goffaux, S. Marchand, *Pain perception in schizophrenia: No changes in diffuse noxious inhibitory controls (DNIC) but a lack of pain sensitization*, J. Psychiatr. Res. (2007).
13. Ferragut. E. *Le corps en psychosomatique*. Masson, Paris, 2003.
14. Tordjman S, Antoine C, Cohen DJ, Gauvain-Picard A, Carlier M, Roubertoux P et al. *Etude des conduites auto-agressives, de la réactivité à la douleur et de leurs interrelations chez les enfants autistes*. L'Encephale 1999;XXV:122-34.
15. Keller. P. H. *La médecine psychosomatique en question*. Odile Jacob. Paris, 1997. Keller. P. H. *Médecine et psychosomatique*. Coll. Dominos. Flammarion, 2000.
16. Pelissolo A. *Douleurs corporelles dans la dépression : prévalence et importance clinique*. La presse médicale, tome 38 n°3 mars 2009.
17. Elman I, Zubieta JK, Borsook D. *The missing p in psychiatric training: why it is important to teach pain to psychiatrists*. Arch Gen Psychiatry. 2011 Jan;68(1):12-20. Review.
18. Sansone RA, Sansone LA. *Chronic Pain Syndromes and Borderline Personality*. Innov Clin Neurosci. 2012 Jan;9(1):10-14.
19. Otis JD, Keane TM, Kerns RD. *An examination of the relationship between chronic pain and post-traumatic stress disorder*. J Rehabil Res Dev. 2003 Sep-Oct;40(5):397-405.
20. Dikeos D, Georgantopoulos G. *Medical comorbidity of sleep disorders*. Curr Opin Psychiatry. 2011 Jul;24(4):346-54. Review.
21. E Serra. *Douleur, psychiatrie et morphine*. L'information psychiatrique, vol 85 n°4, avril 2009.

Un pays, un article

Dans cette seconde partie du numéro, nous reprenons la formule « un pays, un article », qui propose aux lecteurs un kaléidoscope à propos de 6 pays qui ont produit au moins un article en langue française disponible lors de la construction de ce numéro.

1. En Suède : c'est un article rédigé par un psychologue clinicien de Karlstad, qui fait le point sur un concept, l'alliance de travail, qui fait consensus dans ce pays chez les psychothérapeutes et qui traduit un changement de cap de la recherche qui quitte les modèles simplifiés venant des études randomisées et contrôlées.

2. En Algérie : ce second texte traite de la résilience chez les victimes du terrorisme dans la wilaya de Tlemcen. C'est un sujet sensible qui demeure d'actualité bien au delà de l'Algérie.

3. En République Démocratique du Congo : il s'agit de la première publication de ce pays qui compte trente cinq millions de locuteurs francophones selon l'Organisation Internationale de la Francophonie, ce qui en fait le second pays francophone de la planète. Cet article porte sur les malades mentaux errants de la ville province de Kinshasa.

4. Au Togo et au Bénin : ce quatrième article est rédigé par des auteurs de ces deux pays voisins, qui se sont penchés sur une problématique culturelle au sud du Togo et du Bénin. Ils étudient le cas clinique d'un « *Dji Kui* », c'est à dire d'un patient né d'une mère auparavant victime de multiples fausses couches et décès précoces de ses rejetons. Il s'agit d'une recherche clinique, psychopathologique et anthropologique.

5. En Côte d'Ivoire : la problématique étudiée dans ce texte est celle des couples sérodifférents dans un pays où la pandémie du VIH/sida est un problème majeur de santé publique. Ce travail a été réalisé dans le Service de Pneumophtisiologie du CHU de Treichville.



Ensemble de portraits singuliers.
Exposition de l'atelier d'art-thérapie
du Centre Psychothérapique
Camille Claudel (Centre Hospitalier
de Béziers). Photo transmise en
2014 par Jean Louis Aguilar, art-
thérapeute.



Ola Lindgren

La psychothérapie, une relation à plusieurs niveaux

Résumé : l'alliance de travail est un concept utilisé la première fois par Richard Sterba en 1934. Dans la psychanalyse, il a été développé en outre par par exemple Zetzel (1956), Greenson (1965) et Etchegoyen (1991). L'alliance de travail a toujours été un concept utilisé pour décrire les différents aspects de la relation entre l'analyste et l'analysant orientée à la réalité comme distincte des aspects généralement conçus comme le transfert et le contre-transfert. Dans la recherche en psychothérapie aujourd'hui, le concept est largement utilisé chez les chercheurs avec une orientation psychanalytique ainsi que parmi ceux qui ont une approche cognitivo-comportementale. Dans ce processus, le sens originel du concept, c'est à dire la différence entre les aspects rationnels et les aspects irrationnels de la relation thérapeutique, a été plus ou moins perdu. Cet article est une tentative de re-attacher le concept à son contexte d'origine, qui permettra d'enrichir la compréhension de la psychothérapie ainsi que les efforts de recherche pour examiner le processus thérapeutique.

Mots clés : alliance de travail, l'alliance thérapeutique, relation transférentielle, la recherche de processus de la psychothérapie.

Abstract : working alliance is a concept first used by Richard Sterba in 1934. In psychoanalysis it has been developed further by for example Zetzel (1956), Greenson (1965) and Etchegoyen (1991). The working alliance has traditionally been a concept used to describe different reality oriented aspects of the multi-layered relationship between the analyst and the analysand as separate from the over-determined aspects, usually conceived as transference and counter-transference. In present day psychotherapy research the concept is widely used among researchers with a psychoanalytic orientation as well as among those with a cognitive-behavioural approach. In this process the original meaning of the concept, that is the difference between the rational and the irrational aspects of the therapeutic Relationship, has been more or less lost. This article is an attempt to re-attach the concept to it's original context which will enrich the understanding of psychotherapy as well as the research efforts to examine the therapeutic process.

Key words : working alliance, therapeutic alliance, transference relationship, psychotherapy process research.

L'offensive du champ comportemental dans la psychothérapie en Suède, a ralenti. Et la recherche dans le domaine de la psychothérapie a ainsi pu quitter les modèles simplifiés venant des études randomisées et contrôlées (RCT). On parle maintenant de *practise based evidence* (pas seulement de *evidence based practise*), des études des traitements comme on les trouve dans le travail quotidien, dans les cliniques. Par un procès pareil les modèles psychothérapeutiques nommés *Common factor models* gagnent terrain. Puis, la notion d'alliance thérapeutique ou d'alliance de travail est devenue au centre d'un grand intérêt pour les chercheurs. Mon article est un examen de l'importance clinique et thérapeutique de cette notion et un essai de la re-attacher aux racines psychanalytiques.

Presque toutes les approches psychothérapeutiques ont adopté le concept et phénomène de l'alliance de travail ou d'une alliance thérapeutique. Dans la recherche en psychothérapie, il est largement admis que, précisément, la force de l'alliance de travail entre le thérapeute et le patient a une forte corrélation avec le résultat positif de la psychothérapie, dans le cadre de toute une variété d'approches thérapeutiques, et que les estimations de la force de l'alliance entre le thérapeute et le patient a une valeur prédictive particulièrement élevée pour bon résultat (Horvath & Bedi, 2002). De même, il semble que la capacité du thérapeute à réparer les baisses temporaires ou la violation de l'alliance est positive, compte tenu du résultat de la psychothérapie (Safran, Muran, Wallner Samstag, et Stevens, 2002). Cependant, ce qui est souvent perdu en cours de route lors de l'utilisation de la notion élargie, est lié à son contexte d'origine psychanalytique qui permet une meilleure compréhension du phénomène de l'alliance et comment ce dernier se rapporte à d'autres parties de la relation thérapeutique ou de coopération. L'interaction n'est pas toujours consciente et pas toujours rationnelle et complètement en contact avec la réalité. Le phénomène que plus tard Zetzel (1956) et Greenson (1965) ont appelé l'alliance thérapeutique et l'alliance de travail, a été déjà décrit pour la première fois dans un discours de Richard Sterba lors d'un congrès à Wiesbaden en 1934. Sterba avait présenté ses réflexions sur la façon dont des parties de soi peuvent être dissociées de l'autre. L'analyste peut ainsi prendre l'aide de, ou alliance avec, certaines parties de l'intérieur du patient à travailler, et interpréter d'autres «dissidents» ou des parties conflictuelles (Sterba, 1934).

En psychanalyse (Etchegoyen, 1991) depuis Freud, on voit l'alliance de travail comme un aspect particulier du transfert, notamment le transfert positif, et l'identification du patient avec la capacité observationnelle de l'analyste et la position de réflexion de ce dernier (Etchegoyen, 1991). Cette «attitude de base» n'est pas vraiment différente selon les psychothérapeutes de différentes orientations. Ces derniers ont tous une posture où l'intérêt et l'acceptation par rapport au patient est dominante, et où il y a un effort pour comprendre et intervenir de façon positive et constructive pour le patient. Les psychothérapeutes de

toutes les approches thérapeutiques mettent l'accent sur l'information des patients sur la façon dont le travail devrait aller, la description des rôles du thérapeute et du patient et la nécessité d'établir une sorte d'accord sur le temps, l'espace et de coût. Tous ces efforts sont destinés à créer un partenariat et à aider les patients à composer avec le stress généré sur eux-mêmes et sur la relation avec le thérapeute, que le travail thérapeutique entraînera inévitablement. Une définition commune de l'alliance de travail dans le champ de la recherche en psychothérapie n'est pas différente, mais opérationnalisée pour une utilisation dans la recherche empirique et dans un contexte mesurable. Bordin (Horvath et Bedi, 2002) avance une définition qui se compose de trois parties : l'alliance de travail signifie que le thérapeute et le patient sont d'accord sur les buts de la thérapie, qu'il existe un accord sur ce qui doit être fait pour en arriver là, et qu'il existe un lien émotionnel et positif entre eux. Bordin estime également qu'il est normal que l'alliance puisse se fracturer pendant le processus de traitement et que réparer les brèches dans l'alliance est au cœur de toutes les relations d'aide. Ici, on sent "l'ombre du relation transférentielle"; la résolution des conflits dans le transfert renforce l'alliance et les échecs dans le processus de transfert pourraient affaiblir l'alliance.

Afin d'analyser et de discuter le phénomène de transfert et l'alliance thérapeutique, les chercheurs ont réparti la relation entre le thérapeute et le patient dans deux «niveaux», une relation réelle et une relation de transfert. Etchegoyen (1991), cependant, dans sa revue de la littérature psychanalytique sur le transfert et l'alliance de travail, n'a pas vraiment cru qu'il existe une relation «réelle» complètement hors du transfert quoique semblent dire d'autres psychanalystes. Il s'agit plutôt de degrés et de qualités de la relation entre le thérapeute et le patient qui peut s'équilibrer dans un sens ou dans l'autre. Tout, dans le domaine global, se compose de communication et d'interaction consciente et inconsciente entre les parties. La relation transférentielle est le contexte général du travail analytique et de la relation que la structure et l'accord de la psychanalyse sont adaptés à créer. Dans le processus analytique, le rationnel et l'irrationnel se mélangent. Dans le cas des traitements qui n'utilisent pas la notion du transfert dans l'équation thérapeutique, et selon la théorie psychanalytique, ce n'est pas que le transfert n'existe pas, mais seulement qu'il n'est pas remarqué. Ainsi, même pour des approches thérapeutiques autres que psychanalytiques, il peut être pertinent d'examiner la relation entre le thérapeute et le patient comme un phénomène multidimensionnel. Sans la notion d'une relation qui implique l'interaction de multiples dimensions, le concept de l'alliance ne serait pas pertinent. Il existe dans toutes les psychothérapies un niveau commun d'accord consensuel et un autre niveau où la position du thérapeute est différente de celle du patient. À cet autre niveau, le patient produit du «matériel» pour le thérapeute et que le thérapeute donne des exercices, interprète ou suggère des nouvelles manières de penser ou des options comportementales aux patients.

Une formulation «générique» de la différence entre l'alliance



Hôpital psychiatrique de Karlstad (2013).
Photo de l'auteur.

thérapeutique et la relation de transfert pourrait, en termes de position du thérapeute, être formulée ainsi : l'alliance thérapeutique est un accord entre deux parties égales et la psychothérapie se déroule dans une relation asymétrique dans laquelle l'histoire personnelle du patient et celle du thérapeute sont mises en jeu, mais où le problème du patient est au centre des deux.

Toutes les relations humaines sont des mélanges complexes d'influences actuelles et historiques, à la fois conscientes et inconscientes. Et chaque relation de transfert a une touche de réalité en soi, comme toute relation réelle a une touche de transfert d'une relation antérieure. Le passé est toujours dans une certaine mesure le présent, même en psychothérapie et/ou indépendamment de l'orientation thérapeutique. Etchegoyen (1991) dit que quand on utilise les expériences passées pour s'orienter dans les relations dans le présent d'une manière réaliste, c'est pour *comprendre*. Si le matériau conflictuel s'impose dans le présent comme un action dans le transfert, on se *méprend* sur le contemporain.

Le contre-transfert, en tant que forme de ce qui se déplace en interne à partir du thérapeute, est vu dans la psychanalyse

comme une ressource indispensable au sein du travail thérapeutique. Le contre-transfert est, selon Racker (Etchegoyen, 1991), de la même origine que le transfert. Il peut être utile pour connaître l'intérieur du patient. Le contre-transfert est à la fois un obstacle, un instrument et un domaine où le changement peut avoir lieu. Il peut être un obstacle à un travail thérapeutique quand l'intérieur du thérapeute devient dominant. Le thérapeute peut par exemple devenir trop accommodant, critique ou punitif d'une manière qui ne favorise pas la thérapie. Le contre-transfert peut être un instrument que le thérapeute utilise pour comprendre son patient. En étant sensible à ses propres réactions, le thérapeute peut obtenir une indication sur les problèmes ou les conflits des patients qui sont en thérapie.

La troisième fonction est d'établir un domaine dans lequel le patient peut tourner ses problèmes dans une relation, sans conséquences négatives, correspondant à la possibilité de nouvelles expériences correctrices qui sont disponibles dans la plupart des thérapies établies (Lindgren, Folkesson, et Almqvist, 2012).

Dans la recherche en psychothérapie ainsi que dans la cli-

nique, un manque de clarté et de certitude sur ce qui est de la réalité ou de la relation de transfert, ce qui est relation symétrique ou asymétrique, conduit à mélanger la brèche de l'alliance d'une part et les conflits agis dans le processus de transfert (Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011). La friction qui se produit dans la psychothérapie n'est pas considérée en totalité comme une brèche de l'alliance. Il peut très bien exister un «désaccord» entre le thérapeute et le patient, mais il convient de toujours maintenir l'accord sous-jacent à la fois sur les objectifs et les moyens de traitement ainsi que la relation positive sous-jacente. La vraie relation d'alliance créée, peut ainsi protéger le travail de transfert pour accroître la compréhension des problèmes des patients. Peu à peu, l'alliance et l'accord initial sont approfondis par une bonne expérience dans le travail thérapeutique. L'alliance thérapeutique, comme mentionné précédemment, est considéré dans son contexte psychanalytique comme une identification du patient à l'observation du thérapeute et ses éléments d'interprétation. Cette identification est renforcée et la confiance est accrue dans le travail du thérapeute et dans le processus thérapeutique, de par les progrès que le patient fait en thérapie. Ce qui est nécessaire en cas de situation précaire de la thérapie qui met à mal l'alliance thérapeutique, c'est de résoudre le conflit au travers le travail psychothérapeutique. C'est que le psychothérapeute doit se tenir dans la position réflexive et exploratoire inégale, au lieu de se réfugier dans les positions réalistes symétriques où une tentative de comprendre l'élément irrationnel, par définition, ne se produit pas.

Un outil précieux dans les efforts pour réparer les brèches de l'alliance et pour prévenir de telles difficultés, est le contrat, celui que vous avez formulé à l'origine et contre lequel ne cessent de s'appuyer l'alliance thérapeutique et le travail psychothérapeutique. Un accord, rédigé avec soin et transparent, sert de cadre à l'intérieur duquel le processus thérapeutique peut être acceptée et les brèches de l'alliance ainsi que le transfert peuvent être logés et corrigés. Un accord complet crée également la relation de base positive entre le thérapeute et le patient comme le comprend Bordin (Horvath et Bedi, 2002) dans sa définition de l'alliance thérapeutique. Ce dernier ne pense raisonnablement pas aux sentiments d'idéalisation, de transfert amoureux ou de toute-puissance qui peuvent se développer en tant que processus de traitement lorsque l'occasion se présente. La négligence et les écarts en phase de contrat peuvent donc avoir des conséquences importantes pour l'avenir de la psychothérapie. Il peut être tentant pour les deux, thérapeute et patient, d'être attirés de façon prématurée dans une force relationnelle avant que n'aient été triées les conditions réalistes pour la conduite de la psychothérapie, acceptées pour être appliquées sur eux. Si c'est le cas, l'accord sur les bases de la thérapie est sapé, et le risque pour des brèches

de l'alliance à cause de la friction dans le traitement, est imminent.

Lors d'un processus de traitement, on utilise le contrat et le cadre convenu pour sauvegarder l'alliance pendant les périodes où le travail thérapeutique est ardu pour la relation et la coopération, ou lorsque la résistance et des impasses dominent temporairement le processus. On réfléchit ensemble sur la situation déjà discutée en phase de contrat où fut évoquée la possibilité que quelque chose de semblable pourrait se produire. Et on est ainsi préparé aux contraintes de la coopération, qui pourraient finalement conduire à l'échec de la thérapie. Avoir été en mesure de parler des difficultés avant qu'elles ne surviennent, sert en partie à une vaccination contre les violations de l'alliance quand elles se produisent. Les difficultés que l'on a été en mesure de prédire deviennent également un support dans les efforts pour réparer l'alliance. Le patient peut les voir comme quelque chose qui appartient à la thérapie plutôt que comme quelque chose qui menace et sape la confiance dans le thérapeute et la capacité du thérapeute.

Références

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540.
- Etchegoyen, R. H. (1991). *The fundamentals of psychoanalytic technique* (P. Pitchon, Trans.). London: Karnac Books.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and the transference neurosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 34, 155-181.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work; Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Lindgren, O., Folkesson, P., & Almqvist, K. (2012). Renewing Experience - Therapists' Thoughts on What is Effective in Psychotherapy. *European Journal for Qualitative Research in Psychotherapy* (6).
- Safran, J., D., Muran, J., C., Wallner Samstag, L., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work; Therapist contributions and responsiveness to patients*. Oxford: Oxford University Press, Inc.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.



Meryem Tadlaoui

Les caractéristiques cognitives de la personnalité résiliente chez les victimes du terrorisme

Résumé : le travail que nous présentons est une tentative de description des caractéristiques cognitives de la personnalité résiliente chez les victimes du terrorisme dans la wilaya de Tlemcen en Algérie. Le but de cette recherche est de connaître leurs qualités de planification en plus de leurs compétences cognitives, cela à l'aide du test de la tour de Hanoi. Le principal résultat de cette étude a montré que les sujets résilients ont eu l'habitude de bénéficier de leurs expériences de vie pour pouvoir affronter les problèmes et les situations de vie difficiles telles que la condamnation à mort par les terroristes.

Mots clés : *résilience, planification, terrorisme, trauma.*

Abstract : the work that we present is an attempt to describe the cognitive characteristics of resilient personality among victims of terrorism in the city of Tlemcen in Algeria. The purpose of this research is to know their planning competencies in addition to their cognitive skills. This with the test of the Tower of Hanoi. The main result of this study showed that resilient subjects had used to benefit from their life experiences in order to face the difficult problems and life situations such as the death sentence by terrorists.

Keywords : resilience, planning, terrorism, trauma.

Introduction

La société algérienne a vécu depuis 1990 un état extrême de violence signée par les terroristes. C'était la décennie noire... Avant de parvenir à la réconciliation nationale, l'Algérie a beaucoup souffert de dégâts humains et matériels, avec des séquelles psychiques chez les victimes. Selon les chiffres officiels, on a compté 100 000 morts, en plus des blessés et des portés disparus. Les femmes et les enfants étaient les victimes les plus touchés, tout en sachant qu'ils ont assisté aux massacres, à des boucheries, à des égorgements, aux bombes... Les femmes étaient ciblées par les viols.

Dans une recherche que nous avons faite en 2004 sur les victimes du terrorisme à Tlemcen, nous avons constaté que parmi les 60 personnes qui ont consulté, seulement 05 personnes souffraient du PTSD, alors que 55 avaient surmonté et dépassé les événements mortels le plus normalement possible. La question qui nous est venue à l'esprit

à ce moment-là était : qu'est ce qu'elles ont de si spécial pour pouvoir être résilientes ? Après quelques années, nous avons fait de cette question un sujet de recherche et dans cet article nous nous baserons sur les caractéristiques cognitives des sujets résilients.

Les problématiques sont les suivantes :

- 1- Comment ces sujets ont réagi quand ils ont rencontré la mort ?
- 2- Quel processus cognitifs emploient ils devant ces problèmes non familiers ?

Avant d'essayer de répondre à ces questions, nous allons faire un petit aperçu théorique sur le terme de la résilience. Il est tout d'abord important de signaler que malgré de nombreux écrits trouvés sur ce sujet (écrits en majorité en langue anglaise), il y a peu de recherches et d'articles sur le concept dans le monde arabe. L'appellation même du concept varie d'un auteur à un autre, tout simplement parce qu'il y a ceux qui veulent faire la traduction du concept, des auteurs qui veulent trouver un mot qui exprime la résistance des métaux face au choc, enfin d'autres qui veulent rester dans le côté psychique de la résilience et trouver dans la

langue arabe son équivalent. Alors on se retrouve avec plusieurs termes. Et si nous revenons vers la naissance du terme « résilience », nous remarquons que ce dernier est apparu après les termes de « vulnérabilité, invulnérabilité ; sujet à risque... ». La concentration des recherches sur ces capacités là, a donné une nouvelle vision de recherche vers les facteurs qui permettent et poussent l'individu à faire face, à dépasser, à maîtriser les situations difficiles.

Description des cas

Nous sommes allés vers les régions les plus touchées par le terrorisme dans le département de Tlemcen : montagnes, villages... et nous avons travaillé avec les sujets qui ont eu des expériences mortelles sévères et les condamnés à mort par les terroristes.

RC : homme âgé actuellement de 42 ans. Il y a quelques années, il a été condamné à mort par les terroristes pour avoir fait son service militaire. Les terroristes ont envahi sa maison en pleine nuit ; l'ont frappé devant ses parents et l'ont emmené avec eux. Ils l'ont égorgé dans le noir... Mais il s'en est sorti car il a pensé à mettre ses mains sur son coup, à crier et à râler pour qu'ils croient qu'il était en train d'agoniser...

HM : homme âgé actuellement de 52 ans. Il y a quelques années, il était recherché par les terroristes car il travaillait avec son frère pour l'Etat. Pendant la nuit, les terroristes les ont kidnappés, son frère et lui, les ont frappés avec la crosse d'une kalachnikov et les ont emmenés loin du village pour les égorger. Ligoté, et pendant que les terroristes étaient occupés par l'égorgeage de son frère, il a réussi à prendre la fuite...

NE : homme âgé actuellement de 40 ans. Il y a quelques années, il a été condamné à mort par les terroristes pour son travail pour l'Etat. Les terroristes voulaient faire exploser sa maison en pleine nuit, mais il a demandé à être tué et que soit épargnée sa famille innocente. Ils l'ont emmené avec eux, lui ont tiré dessus et il a pris la fuite...

ND : homme âgé actuellement de 52 ans. Il y a quelques années, les terroristes se sont introduits chez lui pendant la nuit pour l'égorger devant sa famille et mettre le feu à sa maison. Il avait été auparavant averti comme tous les autres vignerons, qu'il ne devait pas vendre son raisin à la cave de vin. Ligoté, il est placé sur le genou du terroriste... et c'est là qu'il se rappelle qu'il avait des papiers qui prouvaient qu'il avait vendu sa récolte à un mandataire au marché de gros... il est sauvé.

SB : homme âgé actuellement de 34 ans. Il y a quelques années, il s'était accroché avec des terroristes qui avaient égorgé neuf gendarmes près du village. Pendant l'accrochage, il a essuyé des tirs, il a vu ses amis mourir et il a vu des pieds voler en l'air à cause d'une bombe. Une fois l'accrochage terminé, il a découvert qu'il était assis sur une bombe artisanale, il s'en est sorti par miracle sans blessure...

Outil de la recherche : LA TOUR DE HANOI

C'est une tour imaginée par le mathématicien français Edouard Lucas en 1883. Selon lui, cet outil serait originaire de l'Inde où la légende raconte que dans un temple se trouvaient trois poteaux sur lesquels s'empilaient 64 disques d'or.

Ces disques en or étant très fragiles, les prêtres de Brahma les déplaçaient continuellement selon les règles suivantes :

- ne pas déplacer plus d'un disque à la fois.
- Ne prendre qu'un disque à la fois.
- Ne prendre que le disque qui est en dessus.
- Ne pas poser un disque plus grand sur un disque plus petit.

Selon cette légende, le dernier déplacement de disque marquera la fin du monde. Cette légende existe sous plusieurs versions.



Figure 01 : test de la tour de Hanoï.

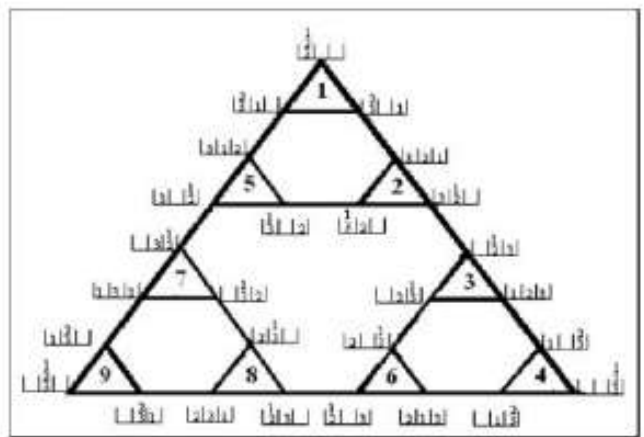


Figure 02 : espace problème de la tour de Hanoï de 03 disques.

Le problème de la tour de Hanoï est défini en tant que problème de transformation d'état. La difficulté réside dans la façon de passer d'un état à un autre, d'où l'importance particulière des activités métacognitives. Autrement dit, c'est un problème qui nécessite de trouver une suite d'opérations qui transforme l'état initial de la situation problème en son état final. Donc la résolution demande beaucoup plus d'états et le nombre de possibilités à explorer est parfois énorme même si le but à atteindre est tout à fait clair.

Pour déplacer une tour de n disques de l'emplacement A vers l'emplacement C, nous devons déplacer la tour de $n-1$ premier disque de A vers B, puis le disque n de A vers C,

puis la tour n-1 de l'emplacement B vers C, et le nombre de déplacement des disques sera :

X_n est le nombre de déplacements des disques nécessaires au déplacement d'une tour de n disques de A vers C.

$$X_n = 1 \quad \text{si } n = 1$$

$$X_n = X_{n-1} + 1 + X_{n-1} \quad \text{si } n > 1$$

$$X_n = 2 X_{n-1} + 1 \Rightarrow X_n = 2^n - 1$$

Nombre de disques	Nombre de déplacements
1	$X_1 = 2$
2	$X_2 = 2^2 - 1$ $X_2 = 3$
3	$X_3 = 2^3 - 1$ $X_3 = 7$
4	$X_4 = 2^4 - 1$ $X_4 = 15$
5	$X_5 = 2^5 - 1$ $X_5 = 31$
6	$X_6 = 2^6 - 1$ $X_6 = 63$

X_n ici c'est le nombre minimal de déplacements d'une tour de n disque de l'emplacement A vers C, mais il existe des sujets qui dépassent ce nombre dans la même tour de n disques, c'est pour la simple raison que dans chaque état, nous avons deux choix pour déplacer les disques, ce qui nous permet de dire que la méthode de résolution de la tour de Hanoi conduit à un algorithme.

Un algorithme est un protocole qui garantit tôt ou tard l'accès à une solution, une possibilité de continuité et de suivi correcte d'un ensemble de règles. Cet algorithme constitue l'espace problème de la tour de Hanoi, c'est-à-dire que ce champ des possibilités offre en quelque sorte, une carte géographique de tous les espaces propres aux états successifs du problème.

Résultats :

1/ D'après Margaret W Matlin, « l'essai et l'erreur » est une façon parmi d'autres de résoudre le problème de la tour de Hanoi de 3 disques, selon laquelle le sujet effectue plusieurs essais dans l'espoir de trouver la bonne solution, ce n'est pas le cas de nos sujets résilients car ils ont réussi à résoudre le problème de 3 disques avec le nombre minimal de déplacements « 7 ». D'après Grreno, c'est l'utilisation de l'analyse du moyen par rapport à la fin. Les sujets emploient une stratégie de comparaison entre la situation initiale et le but, et à partir de là, ils désignent les opérations possibles pour réduire la différence entre les deux états et arriver au but sans dégât.

2/ Les sujets ont continué à résoudre les problèmes à 4, 5, 6 disques avec le moins de déplacements possibles et en planifiant leurs actes, en se basant sur les bénéfices de l'expérience positive de 3 disques. Ils ont employé les informations recueillies lors de la première expérience où

la planification a mené droit au but, tout en rapportant des petites modifications selon l'état actuel.

3/ Les sujets ont eu l'habitude de bénéficier de leurs expériences de vie pour pouvoir affronter les problèmes et les situations de vie difficiles. C'est ce qui les ont aidé à déplacer les disques de 3, 4, 5, 6 disques, et à réagir au moment opportun, sans perdre de temps ; c'est l'impact de l'automatisme de la pensée.

4/ Les sujets ont eu une bonne représentation mentale du problème. Dans la représentation de la tour de Hanoi, il y a un type de relation hiérarchique, une relation de raffinement, qui est une relation de décomposition d'un tout en composantes, qui permet de passer d'une représentation globale à une représentation détaillée. Citons par exemple la relation entre le but global (faire une tour à l'emplacement c) et les sous buts (mettre 1 en c, 2 en c, 3 en c), qui est une relation de raffinement. Ce qui donne la possibilité d'une bonne planification avec le moins de déplacements possible, tout en respectant les consignes.

5/ Quand les sujet ont rencontré leur mort, ils se sont posé la question : « que dois-je faire ? » La réponse à cette question constitue les probabilités possibles. Donc la vision est claire, la décision est prise et l'acte est accompli.

On a un enchaînement de processus mentaux, qui commence par la compréhension, la présence mentale et s'achève avec l'acte qui va leur sauver la vie.

Selon Jean Stewart, la compréhension du problème serait meilleure si on se posait des questions, car cela mène à une bonne interprétation des données et une bonne vision des différents états du problème, où le sujet relie les données avec l'état désiré. C'est le plan. Et la planification pendant la résolution du problème de la tour de Hanoi, est réalisée par une démarche descendante, c'est-à-dire celle qui va du général au particulier.

On peut distinguer trois processus dans la démarche descendante.

- 1/ La définition des sous buts à partir du but général, relation de raffinement.
- 2/ Le traitement des interactions entre buts et ordonnancement des sous buts dans le temps, de façon que la réalisation de ceci n'empêche pas une réalisation d'un autre sous but.
- 3/ Définir pour un but un mode particulier de réalisation sans le décomposer (pour dégager les disques qui gênent la prise du grand disque, ce qui peut être particularisé en faisant une tour avec ces disques à l'emplacement intermédiaire).

Conclusion

« Le coup qui ne brise pas le dos, le rend plus fort ». Le vaccin aide à renforcer l'immunité des sujets contre les maladies graves, mortelles, et c'est pourtant une petite dose... Donc si ces sujets ont pu surmonter l'événement traumatique, et si les facteurs stressants n'ont pas pu briser leur



Université de Tlemcen.

appareil psychique, c'est qu'ils ont une structure bien blindée, basée sur la gestion du stress, l'autocontrôle, la confiance en soi, et surtout la perception exacte de l'état actuel « la mort » et l'état but « la vie ». C'est ce qui les pousse à mettre en œuvre des stratégies de résolution de problèmes et à planifier leurs actes au point que certaines opérations mentales deviennent abstraites, rapides et automatiques. Donc ils sont dans la compréhension totale de ce qui leur arrive, pas de blocage, pas de stupeur, pas de non sens. Ils ne se laissent pas faire par les terroristes. Au moment de la rencontre avec la mort, ils décident de l'ignorer et choisissent la vie...

Bibliographie

- Margaret W Matlin, la cognition « une introduction a la psychologie cognitive », introduction de la 4eme édition américaine par Alain Brossard, de book université, Bruxelles, 2001.
- Mireille Falardeau, « Revue canadienne de l'éducation » 19:1 (1994) l'Université Laval.
- Patrick Lemaire, psychologie cognitive, de book, 1^{ère} édition, Bruxelles 2003.
- RICHARD Jean-François « Les activités mentales ». Comprendre, raisonner, trouver des solutions, Paris, Armand Colin, 1990.



Michel Saïd Mbuku Nguala Gilbert Mananga Lelo

Profils cliniques et socio démographiques des malades mentaux errants de la ville province de Kinshasa / RD Congo

Auteurs : Michel Saïd Mbuku Nguala¹, Faustin Tshamala Kalala², Gilbert Mananga Lelo³, Sébastien Kinsala Ya Bassi⁴.

Résumé :

Contexte : le phénomène des malades mentaux errants constitue un problème qui guette toutes les grandes villes du monde. La prévalence de ces malades demeure inconnue. Cette étude a eu pour objectif de déterminer le profil clinique et sociodémographique des malades mentaux errants hospitalisés au CNPP.

Méthodes : Etude transversale de 213 malades mentaux récupérés dans la ville province de Kinshasa du 04 au 12 octobre 2012.

Résultats : Sur un total de 213 cas, 84,5% d'hommes vs 15,5% des femmes ($P < 0,001$) ; l'âge moyen était de 30 ± 10 ans ($P < 0,001$) ; célibataires dans 94% ($P < 0,001$) ; niveau d'instruction primaire dans 84% ($P < 0,001$) ; originaires du bas Congo dans 28% ; alcooliques dans 73% ; cannabiques dans 76% et tabagiques dans 74% ; et schizophrènes dans 89,2% ($P < 0,001$).

Conclusion : les malades mentaux errants de Kinshasa étaient en majorité de sexe masculin, jeunes, célibataires, d'un bas niveau d'instruction et des schizophrènes.

Mots clés : Malades mentaux errants, schizophrènes.

Summary :

Background : The wandering mentally ill is a problem that threatens all major cities of the world. The prevalence of these patients on the street is unknown. This study aimed to determine the clinical and demographic profile of wandering mentally ill hospitalized CNPP.

Methods : Cross-sectional study of 213 mental patients recovered in the large arteries of the city-province of Kinshasa from 4 to 12 October 2012.

Results : on a total of 213 cases, 84.5 % men and 15.5 % of women ($P < 0.001$), the mean age was 30 ± 10 years ($P < 0.001$), level of primary education in 84% ($P < 0.001$), a native of Bas Congo in 28% alcohol in 73 %, and smoking cannabis and cigarette in 76% in 74% ; schizophrenic in 89.2% ($P < 0.001$).

Conclusion : The profile of the mentally ill wandering in the city of Kinshasa is very characteristic, predominantly male, young, single, a very low level of education and suffering from schizophrenia.

Keywords : Mentally ill, wandering, schizophrenia.

1. Neuropsychiatre

Centre NeuroPsychoPathologique de Kinshasa.

2. Neuropsychiatre

Centre NeuroPsychoPathologique de Kinshasa.

3. Vice doyen de la faculté de médecine de Kinshasa, neuropsychiatre, directeur du Centre NeuroPsychoPathologique de Kinshasa.

4. Professeur de psychiatrie à la faculté de médecine de Kinshasa, neuropsychiatre chef de département au Centre NeuroPsychoPathologique de Kinshasa.

Introduction

Le phénomène d'errance des malades mentaux constitue un problème de toutes les grandes villes du monde. (1) La prévalence de ces malades reste inconnue. (2)

L'OMS (3, 4) estime que les efforts ne sont pas suffisamment faits pour établir le profil épidémiologique de cette catégorie des malades. En effet, quelques données en rapport avec des études réalisées dans certains pays d'Amérique du nord, de l'Europe et d'Afrique font état d'une croissance exponentielle de ce phénomène dans les grandes villes. (1) Les grandes manifestations organisées dans ces grandes villes et les troubles de l'ordre public occasionnés par ces malades mentaux constituent souvent l'occasion qui pousse l'autorité à prendre des décisions de prise en charge, mais pour une efficacité faible et un effort non soutenu. (5).

La ville province de Kinshasa n'échappe pas à cette réalité d'errance des malades mentaux. À l'issue des tentatives infructueuses de traitement, certaines familles, compte tenu du lien parental très fort, préfèrent garder leur malade à la maison ligoté ou non selon qu'il est agressif ou pas, mais d'autres familles préfèrent les pousser dans la rue parce que devenus gênants (5)

Malgré l'ampleur croissante de ce phénomène dans le monde comme problème de santé publique, les mesures de prise en charge ne sont pas encore codifiées. Cette étude a planché ce phénomène dans la ville province de Kinshasa, capitale de la république démocratique du Congo.

Objectif

Dresser le profil clinique et sociodémographique des malades mentaux errants récupérés dans les grandes artères de la ville province de Kinshasa du 04 au 12 octobre 2012.

Matériel et méthode

Cette étude transversale a porté sur 213 malades mentaux hospitalisés au Centre neuropsychopathologique de l'université de Kinshasa. Les données de ces malades étaient consignées dans les fiches d'observation qui portaient sur les éléments socio démographique, les antécédents, la clinique et le diagnostic. Ces données ont été saisies en Excel, exprimées sous forme des tableaux et analysées par le logiciel SPSS 17.0.

Déroulement de l'étude :

- La première étape consistait à accuser réception de la réquisition à médecin par le médecin directeur ou son représentant.
- La deuxième étape consistait à compter et à identifier toutes les personnes selon la note de la réquisition.
- La troisième étape consistait à séparer les hommes et les femmes.
- La quatrième étape consistait à faire une observation psychiatrique et un examen somatique pour établir le

statut mental et les comorbidités associées.

- La cinquième étape consistait à catégoriser les malades selon le DSM IV-TR.

À la fin, un rapport détaillé comprenant les données cliniques et sociodémographiques était établi. Les sujets normaux étaient remis aux autorités administratives et les malades gardés à l'hôpital pour la prise en charge. Une hétéro anamnèse était conduite plus tard chez les membres de famille des malades qui s'étaient présentés.

Résultats

Données socio démographiques.

Le sexe, l'âge, l'état civil, le niveau d'instruction et le lieu d'origine ont constitué les données socio démographiques exploitées dans les tableaux I et II de ce travail.

Le tableau I montrait que les hommes, avec une moyenne d'âge de 30 ± 10 ans, et les célibataires prédominaient avec une différence statistiquement significative.

Le tableau II a montré que ces patients avaient majoritairement un bas niveau scolaire, étaient ressortissants du Bas Congo, de l'Equateur et du Bandundu. Il a été noté également la présence des ressortissants de nationalité Nigérienne et Angolaise.

Données cliniques

Le tableau III montrait que les patients étaient majoritairement des schizophrènes suivis des sociopathes, des déments et des retardés mentaux. La présence d'épileptiques a aussi été épinglée.

La consommation des substances psychoactives (cannabis, tabac et alcool)

Le tableau IV montre que la majorité de ces patients consomment des substances psychoactives (cannabis, tabac et l'alcool).

Discussion

Cette étude transversale a porté sur les aspects cliniques et sociodémographiques de 213 malades mentaux errants dans la ville de Kinshasa.

Aspects sociodémographiques

Sexe : le sexe masculin prédominait avec 85 %. Plusieurs raisons expliqueraient cette prédominance masculine. La femme malade mentale est socialement plus tolérée, car supposée moins agressive. La prédominance masculine était également constatée au Burkina Faso et au Sénégal (5- 8).

L'âge : la tranche d'âge allant de 20 à 40 ans, soit 71 %, était la plus importante avec un âge moyen de 30 ± 10 ans dans la ville province de Kinshasa, comme dans les études Burkinabaises (5-6). En effet, les pyramides d'âges en



Vue d'une rue de Kinshasa.

Afrique ont une base large et un sommet rétréci traduisant la jeunesse de sa population.

Etat civil : les célibataires prédominaient dans cette étude avec 94%. En effet, cette maladie empêche le sujet d'assurer les fonctions maritales. Ces malades sont incapables d'initier et d'entretenir une relation durable (9). Cette prédominance pourrait s'expliquer par l'absence de revenu et le manque de productivité chez ces derniers.

Lieu d'origine : les provinces situées près de la ville province de Kinshasa demeurent les plus concernées ; cela pourrait se justifier par la proximité, l'accessibilité à la capitale. La présence des ressortissants étrangers de nationalité Nigérienne et Anglaise pourrait s'expliquer par la présence d'une forte communauté Anglaise et Nigérienne dans la capitale de la République Démocratique du Congo.

Aspects cliniques

Les habitus : la consommation des substances psychoactives est un comportement habituel chez les malades mentaux errants. La prise de ces substances est l'un des mécanismes de lutte contre l'anxiété psychotique de morcellement et les intempéries tout comme diverses difficultés auxquelles ces patients sont confrontés.

Les attitudes addictives résultent de l'interaction de facteurs

de vulnérabilité individuelle, psychoaffectifs et biologiques en particulier génétiques, de facteurs liés aux produits et des facteurs environnementaux en particulier socioculturels. (13-15)

L'alcool est la substance la plus consommée, ceci s'expliquerait par la facilité qu'ont les malades à récupérer les fonds de verres d'alcool abandonnés par les clients dans les débits de boissons à Kinshasa. Le cannabis est faiblement consommé suite aux difficultés de s'en procurer. (16)

Le diagnostic : la prédominance de la schizophrénie pourrait s'expliquer par le fait de l'évolution chronique de cette pathologie, les difficultés d'intégration de ces malades, le manque de structures de prise en charge à Kinshasa et le coût financier important pour la prise en charge de cette pathologie.

La pathologie schizophrénique reste une pathologie au long cours dont le pronostic symptomatique et fonctionnel demeure sévère, bien que des remissions soient possibles (17). La présence d'épileptiques parmi ces malades errants était un fait particulier à signaler. En effet ces malades sont souvent accusés de sorcellerie et donc rejetés par leur famille d'une part et d'autre part, il est connu qu'à force de faire des crises non soignées, les épileptiques développent des troubles de comportement.

Tableau I : Répartition des malades selon le sexe, l'âge et l'état civil.

Caractéristiques		n	%
Sexe	Masculin	180	84,5
	Féminin	33	15,5
Moyenne d'âge		30 ± 10 ans	
Etat civil	Célibataires	201	94,3
	Aucune réponse	7	3,2
	Divorcés	1	0,5
	Mariés	4	1,9
Total		213	100

Tableau II : Répartition des malades selon le niveau d'instruction et le lieu d'origine.

Caractéristiques		n	%
Niveau d'instruction	Primaire	179	84
	Secondaire	29	13,6
	Universitaire	5	2,3
Lieu d'origine	Bas Congo	60	28,1
	Equateur	29	13,6
	Bandundu	27	12,6
	Kasaï occidental	25	11,7
	Angola	10	4,6
	Kasaï oriental	18	8,4
	Province orientale	19	8,9
	Nord Kivu	17	7,9
	Aucune	7	3,2
	Nigérian	1	0,4
Total		213	100

Tableau III : Répartition des patients selon le diagnostic.

Diagnostic	n	%	P
Schizophrénie	190	89,2	< 0,001
Sociopathe	7	3,3	< 0,001
Epilepsie	4	1,9	< 0,001
Démence	4	1,9	< 0,001
Retard mental	4	1,9	< 0,001
Maniaque	3	1,4	< 0,001
Dépression	1	0,5	< 0,001
Total	213	100,0	

Tableau IV : Répartition des malades selon la consommation du cannabis, tabac et alcool.

Caractéristiques		n	%	P
Consommation du cannabis	Oui	163	76,5	< 0,001
	Non	43	20,0	
	Aucune réponse	7	3,2	
Consommation du tabac	Oui	159	74,6	< 0,001
	Non	47	22,1	
	Aucune réponse	7	3,2	
Consommation d'alcool	Oui	156	73,2	< 0,001
	Non	50	23,5	
	Aucune réponse	7	3,2	
Total		60	100,0	

Conclusion

Cette étude, en dépit de ses limites (manque des données biologiques et para cliniques), a montré que le phénomène d'errance de malades mentaux était l'apanage des sujets jeunes, peu instruits, consommateurs des substances psychoactives, célibataires de sexe masculin provenant des provinces connexes à la ville de Kinshasa et que la schizophrénie en était le tableau clinique le plus fréquent.

La présence parmi eux des épileptiques, pathologie accessible à la thérapie actuelle, est un phénomène qui mérite une attention particulière.

Bibliographie

1. Mitelberg G. Contribution à l'étude d'une population marginalisée: les «fous de la rue» au Burkina Faso. Mémoire de DEA en santé publique. Paris: 1990.
2. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. <http://www.who.int/2001/main/contents.htm>.
3. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. Geneva: OMS; 2006.
4. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006; 3:e 442.
5. ASSAMM (association sénégalaise pour le suivi et l'assistance aux malades mentaux) : enquête réalisée sur toute l'étendue du territoire, publié le 17 août 2013.
6. FRANCINE DOUAMBA : les malades mentaux errants de la ville d' Ouagadougou : l'aspect épidémiologique, clinique et possibilité de prise en charge. Janvier 1999.
7. Arveiller JP, Bonnet C, L'insertion du malade mental: une place pour chacun ou chacun à sa place. Toulouse: BDSP/ENSP; 1994: 172.
8. Mitelberg G., Contribution à l'étude d'une population marginalisée: les «fous de la rue» au Burkina Faso. Mémoire de DEA en santé publique. Paris: 1990.
9. BOURGEOIS ML. L'anhédonie. Le non plaisir et la psychopathologie. Masson, Paris 1999.)
10. TRIBOLET S, SHAHIDI M. Précis de sémiologie de troubles psychiatriques, Heures de France, Thoiry, 2000.
11. GUELFIDJ, CORRUBLE E, DURET C, PHAM SCOTTEZ A, PURPER OUAKIL, D. Personnalité et troubles de l'humeur. Dion, Paris 1999.
12. LANTERI LAURA G, GROS M. La discordance. Unicet, Paris, 1984.)
13. Dervaux A, Laqueille X. Représentations des stupéfiants et histoire des législations internationales du XVIIe au XXe siècle. *Courrier Addict* 2005;7:77-9.
14. McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284:1689-95. Observatoire Européen des Drogues et des Toxicomanies (OEDT).
15. Rapport annuel 2007. État du phénomène de la drogue en Europe. Lisboa: OEDT;2007: 104p.
16. Dervaux A, Laqueille X. Représentations des stupéfiants et histoire des législations internationales du XVIIe au XXe siècle. *Courrier Addict* 2005;7:77-9.
17. Azorin JM. Évolution de la notion de rémission dans la schizophrénie. *Encéphale* 2005; 31:7-10.
18. American Psychiatric Association-DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC: American psychiatric Association; 1994.
19. CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, chapitre V (10^e révision). Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2000.)
20. VIDON G, Schizophrénie en France : données actuelles. Frison Roche, Paris, 2000.
21. Lempérière Th, Féline A et Collaborateurs – Psychiatrie de l'adulte Paris: Masson, 1977 ; 430.



Le Centre NeuroPsychoPathologique de Kinshasa.



Kokou Messanh
Agbémélé Soédjé

Aspects psychopathologiques et itinéraire thérapeutique d'un « *Dji Kui* » dans l'aire culturelle Adja (Togo-Bénin)

Auteurs : Kokou Messanh Agbémélé Soédjé¹, Guy Gérard Aza-Gnadjir²,
Anselme Djidonou³, Lucrèce Anaganou², Grégoire Magloire Gansou²,
Simliwa Kolou Dassa¹, Mathieu C Tognidé², Josiane Ezin-Houngbé².

Résumé :

Introduction : la famille au sud Togo vit un ébranlement des éléments fondamentaux de la société. L'enfant qui survit après plusieurs avortements spontanés ou plusieurs décès malgré son destin funèbre s'appelle « DJI KUI ».

Observation : Victor, âgé de 30 ans, infirmier au bloc chirurgical, syncrétiste, a été reçu en consultation psychiatrique pour céphalée, insomnie, anxiété, accompagné par son frère aîné. Il est le benjamin d'une fratrie de dix dont les six enfants qui l'ont immédiatement précédé sont décédés. La venue au monde de Victor a été conditionnée par un rituel. Il vient d'être père après cinq années de recherche infructueuse d'avoir un enfant. Le début des symptômes remonterait à 20 ans avec des multiples tentatives chez les christianistes célestes, les guérisseurs traditionnels et les centres conventionnels de santé, sans amélioration notable. **Conclusion** : Le cas de Victor illustre ce personnage en difficulté de choix religieux, culturel et thérapeutique dans une société aux fondements mouvants.

Mots clés : Mort ; culture ; état limite ; Togo-Bénin, Adja.

Summary :

Introduction : in the south of Togo the family is undergoing a disturbance of the fundamentals components. A child who stays alive after many spontaneous abortions or many deaths is called "DJI KUI".

Observation : Victor is 30, he is an operation room nurse, and he is a syncretistic. He came for psychiatry consultation complaining of head each, sleeplessness, and he is also anxious. He was accompanied by his elder brother. He is the last borne of ten children and all the six infants that came immediately before him died. His birth was permitted by a ceremony. After five years of unfortunate researches of birth, he is now happy to be a father. The symptoms began 20 years ago and he did many attempts of treatment in a Celeste Christian church, herbalist's shrines and modern medicine hospitals, without having a good result.

Conclusion : this person illustrious difficulty choice between religion, culture and modern therapy.

Key words : death, culture, borderline states, Togo-Bénin, Adja.

1. Psychiatre FSS
Université de Lomé (Togo)

2. Psychiatre FSS
UAC de Cotonou (Bénin)

3. Psychiatre FSS
Université de Parakou (Bénin)

Correspondance : KMA SOEDJE, Ancien DES de Psychiatrie à FSS-UAC Bénin, Psychiatre-Addictologue, CHU-Campus. 01BP 4702 Lomé-Togo.
E-mail : soedjek@yahoo.fr



Le Trône des ancêtres.

Les sociétés des pays d'Afrique subsaharienne traversent de profondes crises identitaires. La famille au sud Bénin et au sud Togo, chez les Adja Fon et les Adja Ewé, vit un ébranlement des fondamentaux de la société, ceci par les modifications intrinsèques d'une part et l'influence venue d'ailleurs d'autre part, dans un contexte sociopolitique, culturel et économique instable. Le contrat social exige dans cette société d'avoir un enfant. La stigmatisation de la femme stérile symbolise cette obligation. L'incapacité de certaines familles à assurer la descendance à cause des décès prématurés à répétition ou « le retour des enfants » retirés par la mort aussitôt arrivés dans le monde des vivants, ont des interprétations particulières. Cette situation amène à poser souvent des questions : qui est cet enfant qui vit ou « qui s'arrête dans la vie » après plusieurs avortements spontanés ou décès précoces malgré son destin funèbre ? Cet enfant au sud Togo s'appelle un « DJI KUI » dont la traduction littérale est « Nous avons fait un enfant pour la mort ». Cela va de soi qu'il faut atteindre une certaine compréhension pour accepter neuf mois de grossesse et dire que le résultat de cette dernière est destiné à disparaître. Dans un autre temps les parents de cet enfant doivent maintenir cet « enfant destiné à la mort » dans le monde des vivants. Nous rapportons un fait clinique sur l'aspect psychopathologique et le parcours thérapeutique d'un « DJI KUI » nommé Victor où se mêle tradition et modernité dans une famille en conflit religieux.

Observation

Victor, âgé de 30 ans, infirmier exerçant au bloc chirurgical, d'ethnie Mina, syncretiste de religion, était reçu en consultation psychiatrique en Août 2011 au service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Cotonou, accompagné par son frère, pour céphalées, insomnie totale et anxiété. Le début des céphalées remonterait à 20 ans. De manière périodique, environ trois fois par trimestre,

s'associent des insomnies, une anxiété et des palpitations. De multiples démarches de soins dans les centres conventionnels de soins généraux, chez les christianistes célestes et les féticheurs guérisseurs n'ont pas eu de résultats favorables. Au terme de presque onze années d'évolution, celui-ci avait remarqué l'augmentation significative des céphalées en intensité, la présence de symptômes associés et l'apparition des voix intérieures lui disant « il faut fuir, il ne faut pas raccrocher. On vient une fois sur terre et on repart une fois pour de bon ». Ce qui avait motivé deux consultations : une première consultation chez le tradithérapeute où un diagnostic d'envoûtement avait été posé et les cérémonies nécessaires furent faites, une autre consultation pour la première fois chez un psychiatre dans un Centre Hospitalier Départemental. Une prise en charge à base de Lévomépromazine et d'Amitriptyline pendant six mois avait alors été instituée. Et le patient avait signalé pour la première fois une amélioration de ses symptômes. La rémission avait été incomplète et trainante.

L'aggravation des symptômes, il y a trois semaines, a motivé une nouvelle consultation traditionnelle où des révélations sur ses origines ont été établies, suivie de la présente consultation psychiatrique. La consultation traditionnelle a révélé que « le maintien de Victor parmi les vivants » a été possible grâce à un rituel sur un autel consacré de son arrière grand-mère qui fut esclave de son arrière grand-père. Les maux dont il souffrait seraient dus à l'abandon de ce rituel qui devait être perpétué.

À la consultation psychiatrique, la biographie a montré que Victor est le benjamin d'une fratrie utérine de 10. L'aîné était catholique, le second était protestant, la troisième était une sœur religieuse catholique, les 4^{ème} et 5^{ème} étaient décédés à 8 mois de vie, les 6^{ème} et 7^{ème} ont été des morts nés et les 8^{ème} et 9^{ème} étaient décédés à 5 mois de vie. Il avait vécu avec ses parents jusqu'à 8 ans dans une ambiance de surprotection parentale, avant de rejoindre un cousin puis

une tante au décès de sa mère. Pour des raisons d'études, il avait vécu seul à Cotonou à partir de 18 ans. Victor a eu une scolarité moyenne et a obtenu un diplôme d'infirmier d'état après son brevet. Le patient s'était décrit comme ayant un sentiment de vide chronique, cherchant toujours à être joyeux avec les autres. Il avait une instabilité des relations interpersonnelles avec des colères inappropriées et de l'impulsivité. Celui-ci était marié depuis 5 ans sans stabilité du couple. Les tentatives infructueuses liées à son désir d'avoir un enfant au sein du couple, l'auraient poussé à avoir une fille naturelle, il y avait deux mois de cela. L'examen psychiatrique avait objectivé une hypomimie, une inhibition psychique, une anxiété, une cicatrice oblique sur la joue gauche, un vécu abandonnique, des idées suicidaires, pessimistes et persécutrices. De même il avait des idées de références. Il décrivait des périodes de dépersonnalisation et des expériences de déréalisation. Une passation du Rorschach et du TAT, a été réalisée.

Un diagnostic d'épisode dépressif sur une organisation limitée de la personnalité fut établi. Une chimiothérapie à base de Clomipramine, de Lévomépromazine et de Prométazine a été instituée. Des séances de psychothérapie de soutien avaient été initiées de même que des entretiens avec la famille. Au 7^{ème} jour d'hospitalisation, l'évolution était favorable. Le patient était sorti contre avis médical demandant un certificat médical de repos dans le but de faire les rituels nécessaires. Par liaison téléphonique, il affirmait être bien portant, refusait le suivi psychothérapique mais continuait la chimiothérapie.

Discussion

Victor occupait la dernière position d'une fratrie de 10 après 6 décès consécutifs et avait survécu à la mort après un rituel familial. Il portait un nom et une marque assez particuliers. Son mode de fonctionnement interpersonnel est caractéristique et traîne une pathologie où l'on croirait sa tête mise à prix de manière permanente. Le patient, autrefois enfant à destin funèbre, a choisi un métier où il est confronté à la mort au quotidien. Aurait-il une incapacité à donner la vie à son tour ? Est-ce le sexe du nouveau-né ou le doute de la paternité qui l'aurait ramené à ses origines ? Qui est l'enfant « DJI KUI » ? Cette description montre un adulte tout puissant, menaçant, dont les parents toléraient les écarts de comportement. Quelles sont les approches de solutions établies par la tradition ? Que faire dans une société en mutation socioculturelle ?

Le concept de maladie, en milieu culturel Adja, distingue la maladie dite naturelle, la maladie provoquée et la maladie par transgression. Selon la transgression, la maladie mentale est considérée comme provoquée, ce qui justifie l'itinéraire thérapeutique du malade mental qui passe souvent d'abord chez le tradithérapeute [1]. En pays Adja, le chef de famille ou le devin est consulté en cas de répétition de décès infantiles ou d'avortements spontanés. Les rituels doivent être pratiqués selon les prescriptions de l'oracle. Les raisons les

plus souvent évoquées sont l'infidélité de la femme, la dysharmonie au sein du couple et le secret de famille ou fétiche non honoré. Le cas Victor semble être celui du « Trône des ancêtres » ou « Togbé-zékpé » non honoré.

Il existe trois types de « Togbé-zékpé » : le « Ho-zékpé » c'est-à-dire le trône de l'argent ; « Ahwa-zékpé » c'est à dire le trône de la guerre et un troisième, composés des petites variantes cachant le secret des origines du clan, nous avait expliqué le sacrificateur en chef des fétiches de la ville de Tohou (ville originaire des Adja au sud du Togo). Le « Ho-zékpé » cache la notion d'achat de personne ou esclave qui symbolisait autrefois la richesse. Il est recommandé d'élire un autel ou un trône à vénérer pour non seulement apaiser les esprits de l'étranger mais aussi faire accepter la personne achetée par les esprits résidents. L'achat d'une personne est un acte sacrilège sévèrement puni par les entités surnaturelles par l'infertilité dans la descendance si aucune cérémonie n'est pratiquée. Cet autel reste le garant de la pérennité de la descendance et de sa prospérité financière.

En plus de ce lieu familial sacré destiné à assurer la descendance, les Adja éwé ont des lieux consacrés pour faire les demandes d'avoir un enfant comme : le Havé-vodou. Les enfants issus de cette demande portent des noms caractéristiques comme « Klouvi » « Kloutsé » c'est-à-dire « enfant de la servitude ». De même le « DJI KUI » a une partie de son identité au niveau du nom comme « Kumédjina » « Djinaku » « Kupévi » dont la traduction littérale signifie « il est né pour mourir ; il appartient à la mort » ou encore « Agbétiko » « il est fatigué de vivre ». Ces enfants peuvent aussi porter des noms d'une autre ethnie sans aucun lien. Ce nom ne les inscrit dans aucune filiation dans un contexte socioculturel où le nom tient compte des origines, de l'histoire personnelle et du programme de vie. Ce nom est en soi une expression psychothérapie de soutien en cas de nécessité. Les cicatrices que peuvent porter ces personnes au visage sont une autre marque identitaire. Ce sont soit trois traits divergeant sur la joue de chaque côté de la fente labiale vers l'arrière ; soit trois lignes verticales sur chaque joue ; soit un trait oblique sur la joue gauche de haut en bas d'avant en arrière. Ces cicatrices sont peut être une autre façon d'affirmation de la non appartenance symbolique de ces personnes au groupe ethnique sans les exclure.

Sur le plan comportemental et relationnel l'angoisse, l'instabilité, le sentiment de vide et une façade hyper adaptée peuvent caractériser le « DJI KUI ». Ce tableau clinique peut être très variable et totalement imprévisible. L'organisation de cette personnalité serait avant tout une pathologie de la relation à l'autre, centrée sur la dépendance anaclitique, où le sujet est en lutte continue contre la dépression. C'est une relation de dépendance à l'autre massive, vitale, aussi bien sur un mode passif que manipulateur agressif plus ou moins conscient, sans atteindre toutefois la relation fusionnelle propre aux psychotiques selon Bergeret [2]. Le « DJI KUI » a son équivalent qui est le « ABIKU » chez les Adja-Fon. Un chef féticheur et guérisseur parlant du comportement



Fétiche Adja.

des « ABIKU » disait « ..., on a tout le temps peur qu'il ne fabrique quelque chose de grave qui vous surprenne... »[3]. Chez les Ewé les sages disent qu'il faut préparer sa poche avant d'énervé un « DJI KUI ». Ces affirmations sont des allusions à peine voilées de la potentialité auto agressive ou d'autolyse de cette personnalité. Ceci rappelle l'enfant « NIT KU BON » que Zemplini et Rabain ont décrit chez les Wolof et Lébou du Sénégal : « au lieu de rester immobile ou pleurer, il peut mourir sur le champs ». « On les trouve morts et pourtant ils n'étaient pas malade »[4]. Cet enfant fait planer le spectre de la mort. Ici, vu la valeur anthropologique de la tête chez les Adja, les céphalées peuvent être interprétées comme ce spectre car il existe des cérémonies, de « Ta tro tro » ou « Ta wo wo », c'est-à-dire littéralement de reprise de la tête, indiquées pour ramener le mourant ou le condamné à la vie. Chez notre patient, le choix de son métier pourrait être en rapport avec son désir hétéroagressif ou avec le spectre de la mort. Celui-ci observe au quotidien des personnes se faire anesthésier, c'est s'endormir comme un mort. De même son incapacité apparente à donner la vie ne serait-elle pas en rapport avec ce spectre ? Les comportements de ce dernier peuvent être, selon des interprétations, attribuées à ses frères décédés qui l'énervent, le perturbent et le rendent instable au plan relationnel.

Cette description montre un adulte dont la situation qu'il a vécue dans enfance, porte des risques de compromettre une structuration équilibrée : enfant tout puissant, menaçant, dont les parents tolèrent les écarts de conduites. Que faire ? La tradition a prévu des approches de solutions. Une tentative est de placer très tôt cet enfant chez un proche parent qui doit le considérer comme son fils. Le « DJI KUI » issu d'une promesse à un fétiche, ne doit pas être victime de coup et de blessure ni de lui couper les cheveux jusqu'à l'âge scolaire où une cérémonie doit conférer aux parents leur rôle d'éducateur. Pour notre part ces interdictions

devraient s'interpréter comme une obligation d'apaisement des tensions dans le milieu de vie de l'enfant car n'oublions pas que les autres enfants (les décédés) sont repartis parce qu'il n'y n'avait pas la paix. Des rituels qui consistent à ramener de la brousse les autres « frères partis » pour leur élire un autel et communier avec eux, est une autre tentative de solution. Toute la fratrie étant au domicile, les menaces, si elles existent, n'auront plus la même portée et il n'y a plus de frères ailleurs pour déranger.

Un travail permanent est fait pour repositionner les valeurs sociales. Thomas Louis-Vincent affirme que les Mina du Togo et du Dahomey (actuel Bénin) présentent leur défunts sous forme de figurines en bois que l'on habille, que l'on baigne, à qui l'on offre à boire et à manger comme s'il s'agissait de vivants authentiques [5]. La sortie contre avis médical prouve un dilemme des soins. A cause de leur attachement à la tradition et de leur adhésion aux révélations de l'oracle, aucun argument n'a pu leur faire changer d'avis [6]. Cette situation est fréquemment observée, quelque soit la religion des patients. Les thérapeutes de la médecine moderne occidentale doivent aider les personnes « DJI KUI » dans la compréhension de leur pathologie et leur proposer un suivi cohérent. L'action préventive au niveau des parents, pour les enfants, paraît essentielle.

Conclusion

Le cas de Victor illustre ce personnage en difficulté de choix religieux, culturel et thérapeutique dans une société aux fondements mouvants. Le « DJI KUI », avec quelques marques identitaires, vit un épisode dépressif avec des difficultés de prise en charge cohérente à cause de l'influence des représentations socioculturelles. Ceci révèle l'importance d'une approche multidimensionnelle conciliant la conception du patient, sa réalité culturelle et la vision du thérapeute.

Références

1. EZIN-HOUNGBE J, GANDAHO P, AGOSSOU T, AHYI R.G. Concept de maladie, mort et santé mentale dans l'aire culturelle adja-fon. Le Bénin Médical 1997 ; 6bis :8-11.
2. BERGERET J. Les états-limites et leurs aménagements. Dans : BERGERET J, eds. Psychologie pathologique théorie et clinique. Paris : Elsevier Masson ; 2008. p. 225.
3. ERNY P. Les premiers pas dans la vie de l'enfant d'Afrique Noire. Naissance et petite enfance. Eléments pour une ethnologie de l'éducation. Paris : L'école ; 1972. p.357.
4. ZEMPLINI A, RABAIN J. L'enfant Nit Ku Bon : Un tableau psychopathologie traditionnel chez les Wolof et Lébou du Sénégal. Psychopath Afr 1965 ; 3 :329-441.
- 5- Thomas L.V. Anthropologie de la mort. Paris : Payot ; 1975.p.442-3.
6. EZIN-HOUNGBE J, SESSOU R, TOGNIDE M, DOSSA H.M., TEDONGMO T.L.H., GANSOU G.M., AHYI R.G. Troubles psychiatriques-organicité-tradition : difficultés thérapeutiques (à propos d'un cas clinique). Perspectives psy 2008 ; 47 :5-10.



Yessonguilana
Jean-Marie Yéo-
Ténéna

Alimata Sandia
Bakayoko-Yéo
Ténéna

Asséman
Médard Koua

Catherine Assi-
Sedji



Adama Koné

Drissa Koné

Roger Charles
Joseph Delafosse

Psychologie autour du VIH : à propos de 42 couples sérodifférents à Abidjan

Auteurs : Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna¹, Alimata Sandia Bakayoko-Yéo Ténéna², Asséman Médard Koua³, Catherine Assi-Sedji³, Adama Koné⁴, Drissa Koné⁵, Roger Charles Joseph Delafosse⁶

Résumé : L'objectif de cette étude transversale descriptive réalisée dans l'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) du service de Pneumophtisiologie (PPH) du CHU de Treichville était de décrire la psychologie autour du VIH des couples sérodifférents.

L'étude a donné les résultats suivants :

La majeure partie de nos enquêtés (83,33%) ont été dépistés au décours d'une maladie (71,43% à la phase aiguë et 28,57% à la phase chronique). L'annonce de la séropositivité entraînait chez la personne infectée des réactions psychologiques telles que le déni (42,64%), la culpabilité (13,23%) et des idées de suicide (4,42%). Les réactions psychologiques rencontrées chez les conjoints étaient : le découragement (26,79%), la séparation temporaire des conjoints (5,35%), le soutien moral (51,78%) et le renforcement du lien familial (16,08%).

Face à cette séropositivité, des remaniements de valeur s'opéraient chez les sujets infectés et les valeurs les plus désirées étaient : l'harmonie familiale et cohésion sociale (48,43%), accentuation de la vie spirituelle (21,87%).

L'annonce de la sérologie était faite exclusivement aux membres de la famille de la personne infectée. Par ailleurs, on notait dans 78,51% des cas que les couples étaient sexuellement actifs. Ceux qui n'étaient pas sexuellement actifs évoquaient comme raisons une baisse de la libido (28,28%), les remaniements de la sexualité génitalisée (28,28%) et la peur de contaminer le conjoint (43,44%).

Mots clés : psychologie autour du VIH/sida, couples sérodifférents au VIH, psychoéducation.

1. Maître de conférences Agrégé de psychiatrie

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

2. Maître de conférences Agrégé de Pneumologie

UFR Sciences Médicales Abidjan, Service de Pneumologie CHU de Treichville

3. Assistant de Faculté

UFR Sciences Médicales, Université de Bouaké, Côte d'Ivoire,

4. Médecin

Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan.

5. Professeur de Psychiatrie

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

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

Auteur correspondant : Yessonguilana Jean-Marie Yéo-Ténéna – Maître de conférences Agrégé de Psychiatrie

Adresse personnelle : 09 BP 874, ABIDJAN 09, Rép de Côte d'Ivoire – Portable : 00 225 07 98 15 16 – yeotenena@yahoo.fr

Summary : the objective of this descriptive cross-sectional study carried out in the dosage unit in charge of the people living with VIH (PVVIH) service of Pneumophtisiologie (pH) of Treichville university hospital was to describe psychology around the VIH of the sérodifférents couples.

The study gave the following results:

The major part of our surveyed (83.33%) was detected with the waning of a disease (71.43% with the acute phase and 28.57% with the chronic phase). The announcement of seropositivity involved at the infected person of the psychological reactions such as the refusal (42.64%), the culpability (13.23%) and of the ideas of suicide (4.42%). The psychological reactions met at the couple were: the discouragement (26.79%), the temporary separation of the couple (5.35%), the moral support (51.78%) and reinforcement of the family tie (16.08%).

Vis-a-vis this seropositivity, rehandlings of value took place at the infected subjects and the most desired values were: the family harmony and social cohesion (48.43%), stressing of the spiritual life (21.87%).

The announcement of serology was made exclusively to the family members of the infected person.

In addition, one noted in 78.51% of the cases that the couples were sexually active. Those which were not sexually active evoked as reasons a fall of the libido (28.28%), the rehandlings of genitalized sexuality (28.28%) and the fear of contaminating the spouse (43.44%).

Keywords : psychology around AIDS, serodifférents couples with the VIH, psychoeducation.

Introduction

La pandémie du VIH/sida est un problème majeur de santé publique touchant toute l'Afrique de l'Ouest en général mais en particulier la Côte d'Ivoire avec un taux de prévalence stable estimé à 7% pour la population adulte selon le rapport conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (2011) [13]. Ce constat soulève une préoccupation majeure au sein des couples sérodifférents qui en plus des autres préoccupations courantes (questions financières, travaux ménagers, éducation des enfants, projets de vie commun...) doivent faire face à la question de la souffrance organique et psychologique du conjoint. Les attitudes adoptées face à cette souffrance dépendent de la culture, la représentation de la maladie, l'histoire individuelle, l'histoire sociale du sujet et de la philosophie de la vie. De ce fait, les attitudes face à la maladie vont différer d'un couple à un autre, bien que la problématique initiale soit la même et que le traitement médicamenteux est bien codifié et subventionné en Côte d'Ivoire. Cette différence dans l'attitude face à la souffrance repose la question de l'accompagnement non médicamenteux. En effet l'accompagnement non médicamenteux est à la fois réalisé par les praticiens et les proches du patient. L'implication des proches ne peut se faire que si leur perception de la maladie est en harmonie avec celle des praticiens. Une telle position ne peut être obtenue que grâce à une psychoéducation bien conduite. Dans ses objectifs la psychoéducation a pour but de changer les attitudes envers la maladie, mais également de donner des informations sur la maladie, le traitement (éducation thérapeutique) de sorte à avoir une alliance thérapeutique. Une bonne psychoéducation suppose un abord du sujet souffrant et de ses proches qui prend en compte leurs connaissances de la maladie, leurs représentations et leurs attitudes face à la maladie. C'est dans cette perspective que nous entreprenons cette étude afin de comprendre comment on vit dans un couple

sérodifférent au VIH ?

Comment le conjoint séronégatif arrive-t-il à accepter la maladie dans le foyer ?

Comment peut-on continuer à avoir une intimité avec son conjoint séropositif ?

Quelle est la psychologie de la cellule familiale autour du VIH ?

Méthodologie

Type , durée et cadre de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les couples sérodifférents au VIH/sida suivis dans l'unité de prise en charge des personnes vivant avec le VIH du Service de Pneumophtisiologie (PPH) du CHU de Treichville durant la période du 01/04/2012 au 31/10/2012 soit une période de six (06) mois.

Population d'étude

La population étudiée était constituée de sujets séropositifs vivant en couple suivis dans l'unité de prise en charge du Service de PPH du CHU de Treichville pendant la période du 01 Avril 2012 au 31 Octobre 2012.

Critères d'inclusion : ont été inclus dans notre étude, les sujets séropositifs vivant en couple dont le conjoint était séronégatif à la période d'étude.

En plus de la sérodifférence, les couples retenus étaient ceux qui acceptaient de participer à l'enquête.

Critères de non inclusion : les couples sérodifférents qui ont refusé de participer à l'étude et ceux dont on n'avait pas de contact téléphonique pendant l'étude.

Sur cette base, nous avons dépouillé 1028 dossiers de patients séropositifs dont 107 étaient des couples séro-

différents (10,40 %). Sur les 107 couples, 42 ont accepté de participer à l'enquête soit un taux de participation de 39,25 %.

Méthode

La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'un questionnaire, des registres de consultation et des dossiers des patients.

Les registres de consultation ont servi à identifier les numéros des dossiers des PVVIH venus en consultation.

Les dossiers ont servi à rassembler les patients en couple et à avoir leur contact téléphonique.

Le questionnaire de recherche était structuré en cinq grandes parties.

Les première et deuxième parties du questionnaire ont consisté à recueillir certaines informations relatives aux caractéristiques socio-professionnelles et démographiques des enquêtés (PVVIH) et des conjoints (séronégatifs). Les items de ces deux parties du questionnaire contenaient : le sexe ; l'âge ; le lieu de résidence ; le statut matrimonial ; le niveau d'étude ; la profession ; le nombre d'enfants.

Le recueil des données concernant la troisième partie du questionnaire a consisté à recueillir toutes les informations relatives aux circonstances de dépistage et l'âge sérologique des enquêtés (PVVIH). Ces informations comprenaient les items suivants : dépistage au décours de la maladie (phase aiguë ou chronique) ; dépistage volontaire ; dépistage pendant la grossesse ...

La quatrième partie du questionnaire a consisté à recueillir les informations relatives aux réactions psychologiques à la séropositivité de l'enquêté. Ces informations comprenaient : les réactions psychologiques à l'attente et à l'annonce du résultat ; les réactions psychologiques des conjoints (séronégatifs), des enfants, et de la famille ; les valeurs sociales désirées avant et après la séropositivité de l'enquêté (séropositif).

La cinquième phase du questionnaire a consisté à recueillir des informations relatives à la dynamique familiale et au désir de procréation des enquêtés (PVVIH). Ces informations comprenaient : la place occupée (chef de famille ou non) par l'enquêté (PVVIH) au sein de la famille ; enquêtés sexuellement actifs ou non ; l'usage ou non du préservatif ; le désir d'avoir des enfants ou non.

Considérations éthiques

1. **Confidentialité** : la confidentialité a été respectée car le questionnaire garantissait l'anonymat des couples. Il ne mentionne pas le nom des couples. De même le secret était gardé sur l'identité des personnes infectées. Par l'équipe soignante et l'enquêteur.
2. **Le consentement oral** : avant de procéder à l'administration de notre questionnaire, nous avons obtenu le consentement éclairé des couples. Nous les avons informés également du but et de l'objectif de notre étude.



Bâtiment des urgences du CHU de Treichville (situé à l'entrée du CHU). Photo de l'auteur.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Nous avons interrogé 42 couples sérodifférents au VIH dont 20 sujets de sexe masculin (47,62%) vivaient avec le VIH. Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) avaient un âge compris entre 31 et 59 ans avec une moyenne d'âge de 46,26 ans. Par ailleurs ces sujets se déclaraient hétérosexuels et étaient mariés dans 30,95% des cas contre 60,05% d'entre eux qui vivaient en union libre. Plus de la moitié (76,19%) avait un nombre d'enfants entre un et trois. 16,67% d'entre eux avaient plus de trois enfants. En tenant compte du niveau d'étude, 47,62% des PVVIH avaient le niveau d'étude du secondaire contre 14,28% pour le supérieur et 21,43% pour le primaire. 16,67% des PVVIH n'étaient pas scolarisées. Plus du tiers de PVVIH exerçaient dans le secteur informel (33,33%) et 30,95% étaient sans profession.

En tenant compte de la sexualité, plus de la moitié (78,57%) des PVVIH étaient sexuellement actives. Les raisons évoquées pour la sexualité non active étaient dominées par la peur de contaminer le conjoint (43,44%), la baisse de la libido (28,28%) et le remaniement de la sexualité génitalisée (28,28%).

Discussion

Les caractéristiques sociodémographiques des couples sérodifférents

Les résultats de notre étude ont montré que nos enquêtés infectés avaient une moyenne d'âge de 46,26 ans.

Concernant le sexe, nous avons noté une proportion de 52,38% de sexe masculin. Cette prédominance masculine trouvée chez nos enquêtés va dans le même sens que celle de Fomo qui a trouvé une moyenne d'âge de $35,19 \pm 9,45$ ans

Tableau I : Circonstances de découverte du statut sérologique et Annonce aux Proches

Circonstances du dépistage (n=42)		
Circonstances	Enquêtés	%
Volontaire	3	7,15
Grossesse	1	2,38
Maladie	35	83,33
Dépistage de l'enfant	3	7,14
Phase clinique (n=35)		
Phase Enquêtés %		
≤ 6mois (phase aiguë)	25	71,43
>6 mois (phase chronique)	10	28,57
Durée de la connaissance du statut sérologique (n=42)		
Durée	Enquêtés	%
< 1ans	04	09
[1-2ans [	17	40,48
≥ 2ans	21	50
Annonce aux proches (n 42)		
Annonce	Enquêtés	%
Oui	29	69,05
Non	13	30,95
Personne informée (f=35)		
Personne informée	f	%
Enfants	06	17,14
Parents	21	60
Parents + Enfants	08	22,86
Modalités de l'annonce aux proches (n=29)		
Modalités	Enquêtés	%
Patient lui-même	17	58,62
Conjoint(e)	05	17,24
Médecin	07	24,14
Raisons évoquées pour ne pas informer les proches (f=26)		
Raisons	f	%
Peur d'être rejeté(e) par la communauté	04	15,38
Peur d'être rejeté(e) par les proches	17	65,38
Peur de perdre son foyer du fait de la famille du conjoint	03	11,55
Opinion non exprimée	02	07,69

Tableau II : Aspects du vécu psychologique des couples sérodifférents

Réactions psychologiques de la PVVIH lors de l'attente du résultat (f=51)		
Réactions	f	%
Pas de réactions psychologiques particulières	31	60,78
Angoisse	18	35,29
Confiant	02	3,93
Réactions psychologiques après l'annonce de la séropositivité au VIH (f=68)		
Réactions	f	%
Culpabilité	09	13,23
Déni	29	42,64
Découragement	17	25
Idées de suicide	03	04,42
Angoisse	10	14,71
Réactions psychologiques du conjoint suite à l'annonce du statut sérologique du partenaire (f=56)		
Réactions	f	%
Découragement	15	26,79
Séparation temporaire	03	05,35
Soutien moral	29	51,78
Renforcement accru du lien familial	09	16,08
Réactions psychologiques des enfants suite à l'annonce du statut sérologique du parent (f=39)		
Réactions	f	%
Découragement	03	07,69
Tristesse	06	15,38
Soutien moral	18	46,15
Renforcement accru du lien familial	12	30,77

Tableau III : Répartition des enquêtés (PVVIH) en fonction des valeurs sociales désirées avant la séropositivité.

Valeurs sociales désirées avant la séropositivité		
Enquêtés	f	%
Réussite professionnelle	10	14,49
Réussite financière et matérielle	22	31,88
Harmonie familiale et cohésion sociale	15	21,75
Sexualité	2	2,90
Loisirs	6	8,69
Projets de vie	12	17,39
Accentuation Vie spirituelle	2	2,90
Total	69	100

Tableau IV : Répartition des enquêtés (PVVIH) en fonction des valeurs sociales désirées après l'annonce de la séropositivité.

Valeurs sociales désirées après la séropositivité		
Enquêtés	f	%
Réussite professionnelle	04	6,25
Réussite financière et matérielle	09	14,06
Harmonie familiale et cohésion sociale	31	48,43
Loisirs	01	1,56
Projets de vie	05	7,81
Accentuation Vie spirituelle	14	21,87
Total	43	100

et une prédominance masculine de 58,70% [5]. Cependant, nos résultats vont à l'encontre des résultats du rapport sur l'épidémie mondiale du sida qui attestait que les femmes représentent la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida [11]. De même les études de Lot ont montré qu'en Afrique subsaharienne et aux caraïbes, l'épidémie touche plus gravement les femmes et les jeunes filles. Ce qui représente 60% des adultes contaminés [8]. La prédominance masculine constatée dans notre étude pourrait être justifiée par la caractéristique de notre population d'étude qui a concerné que les infectés vivant en couple à la différence des autres études [9 ; 11], qui elles ont porté sur la population générale.

Au niveau du statut matrimonial, nous avons noté une proportion de 65,05% de nos enquêtés qui vivaient en concubinage (union libre).

La plupart (76,19%) des couples enquêtés avait un nombre d'enfants compris entre un et trois enfants

Concernant le niveau d'instruction et le statut professionnel, les résultats de notre étude ont montré que 47,62% des enquêtés avaient un niveau du secondaire. Selon Ouédraogo, le niveau d'étude est un élément déterminant dans le comportement des individus et particulièrement dans le recours aux soins [7]. L'instruction facilite l'accès aux informations et cette disposition influence la prise de décision qui concerne notre cas précis. Aussi 30,95% de nos enquêtés étaient-ils sans emploi et 33,33% exerçaient dans le secteur informel.

Vécu psychologique des couples sérodifférents

Circonstances de découverte de la séropositivité

Dans notre étude, la circonstance principale ayant occasionné le dépistage des enquêtés était la situation de maladie (Tableau I). Cette cause principale était estimée à 83,33% et se déroulait le plus souvent à la phase aigüe de la maladie (71,43% des cas).

La prédominance des diagnostics au décours de la maladie laisse supposer la nécessité d'un travail d'explication sur la maladie pour augmenter les dépistages en dehors de tout contexte de maladie. Ce travail d'explication passe par la psychoéducation des populations de sorte à fournir des informations suffisantes pouvant induire un comportement favorable à la santé.

Réactions psychologiques à l'annonce de la séropositivité de l'enquêté (PVVIH)

Les résultats de notre étude ont montré que dans l'attente du résultat du statut sérologique, la réaction la plus constatée chez nos enquêtés était l'anxiété avec un taux de 35,29%. Le taux de 35,29% d'anxiété trouvé avant l'annonce du statut sérologique chez nos enquêtés va le même sens que les résultats d'Achi [1] qui avait trouvé chez 32,9% de gestantes la peur de connaître leur statut sérologique.

Concernant les réactions psychologiques après l'annonce du statut sérologique, notre étude a montré les réactions

psychologiques suivantes (Tableau II) : le déni (42,64%), le découragement (25%), l'anxiété (14,71%), le sentiment de culpabilité (13,23%), les idées de suicide (4,42%). Nous constatons donc qu'après l'annonce du résultat du statut sérologique, en plus de l'anxiété, les réactions psychologiques telles que le découragement, le sentiment de culpabilité, le déni et les idées de suicide alimentaient le vécu psychologique des patients.

L'analyse comparée des réactions dans l'attente et après l'annonce du résultat sérologique a montré que l'absence de réactions particulières qui était de 60,78% à l'attente est passée à une proportion de 32,35% après l'annonce, qui en réalité est une réaction de déni masqué de ces personnes enquêtées. De même, la réaction de confiance présentée par certains enquêtés à l'attente du résultat passait de 3,93% à 0% après l'annonce du résultat.

Les différents changements traduisent une nouvelle histoire du sujet ; celle de la maladie.

L'annonce de la séropositivité ne doit pas se faire sans un véritable projet d'accompagnement (projet thérapeutique, éducation thérapeutique, informations sur la maladie, soutien non médicamenteux).

Partage du secret (Tableau I)

Concernant le partage du résultat avec une personne autre que son conjoint(e), notre étude a montré que chez 29 couples (69,05%), la personne vivant avec le VIH (PVVIH) avait annoncé son statut sérologique à un membre de sa famille. Dans ces cas, les parents informés étaient ceux du conjoint infecté et les parents étaient soit le père ou la mère, soit un frère ou une sœur ou un enfant. Ce résultat trouvé dans notre étude va dans le même sens que celui de Ouédraogo et al qui avaient trouvé une proportion de 74,5% de PVVIH qui avaient annoncé leur statut sérologique à un membre de leur famille [14]. Selon les modalités de l'annonce du statut sérologique à un membre de la famille, les résultats de notre étude ont révélé que dans cette situation, la famille était informée par le patient lui-même (58,62%), par le médecin ou agent de santé (24,14%) et le conjoint(e) (17,24%). Cet aspect de l'étude va dans le même sens que celui de Ouédraogo et al. [14].

Le partage de l'information relative au statut sérologique de la personne vivant avec le VIH avec son entourage proche, se présentait dans notre étude comme suit : 60 % avec un parent (père, mère, frère et sœur) ; 22,86% à la fois avec parent et enfant et 17,14% avec uniquement que les enfants. Nous avons constaté que les personnes informées autre que les conjoint(e)s étaient les membres de l'entourage proche (famille). Dans notre étude, aucun couple n'avait partagé le secret avec un ami ou membre de la communauté dans laquelle il vivait. Ceci montre que malgré les nombreuses sensibilisations relatives au VIH/ sida, cette maladie constitue toujours un sujet tabou. Ce contexte justifie la proportion de 30,95% des couples au sein desquels la PVVIH n'avait informé que le conjoint.

Au niveau des couples n'ayant pas informé un membre de la famille autre que le conjoint(e), plusieurs raisons avaient

motivé cette attitude. En effet, selon les résultats de notre étude, la peur d'être rejeté par la famille proche ou la communauté (80,76%) était la principale cause évoquée comme étant le motif du refus de l'annonce du statut sérologique. Les causes évoquées secondairement étaient : la peur de perdre son foyer du fait de la famille du conjoint (11,55%) qui lui était non infecté et des motifs d'ordre personnel (opinion non exprimée) (7,69%). Les raisons ayant motivé le refus d'annoncer le résultat du statut sérologique du partenaire infecté à la famille, trouvées dans notre étude ont été aussi évoquées dans d'autres études relatives au VIH/sida [2 ; 8 ; 14].

Réactions psychologiques des proches (conjoint, enfants et famille) suite à l'annonce du statut sérologique positif de leur parent (Tableau II)

Grace à la découverte et à la vulgarisation des anti-rétroviraux, l'infection à VIH est aujourd'hui considérée comme une maladie chronique plutôt qu'une maladie mortelle. Malgré cette situation, comme le souligne Mario, la séropositivité, le sida et les maladies afférentes suscitent chez les malades, la communauté (conjoint)(e) et les soignants, des représentations diverses engendrant des attitudes parfois inopportunes [10]. Ainsi l'annonce du statut sérologique d'une personne infectée à un membre de la famille proche (conjoint et enfants) suscite chez ce dernier des réactions psychologiques diverses. À ce niveau, les résultats de la présente étude ont montré que chez les conjoints l'on rencontrait deux grandes catégories de réactions. La première catégorie de réactions était composée de : le découragement (26,79%) et la séparation temporaire (5,35%). La deuxième catégorie de réactions était composée : du soutien moral (51,78%) et du renforcement accru du lien familial (16,08%). Par ailleurs, chez les enfants (couple ayant informé les enfants), nous avons noté dans la première catégorie de réactions : la tristesse (15,38%) et le découragement (7,69%) ; dans la deuxième catégorie de réactions, nous avons noté le soutien moral (46,15%) et le renforcement accru du lien familial (30,77%).

Le découragement, la tristesse et la séparation temporaire constituaient la première catégorie de réactions psychologiques rencontrées chez les conjoints et les enfants des personnes infectées. Ces réactions psychologiques observées chez ces personnes, peuvent être interprétées comme des réactions immédiates normales face à une situation nouvelle inattendue.

Les attitudes de soutien moral et de renforcement accru du lien familial affirmées par les conjoints et par les enfants lors de nos entretiens peuvent être interprétées comme des attitudes d'ajustement face à une situation inattendue. L'ajustement étant considéré comme le processus par lequel le malade cherche à faire face à une situation en développant des ressources qui lui permettent de la supporter et de la surmonter [15]. Dans notre étude, le soutien moral et le renforcement accru du lien familial offerts par les familles

pourraient être considérés dans un premier temps comme des mécanismes d'ajustement permettant à ceux-ci (famille de la Ppvih) de faire face à la maladie. Dans un second temps ces attitudes de l'entourage proche permettent aux personnes infectées d'avoir un soutien psychologique et social indéniable. En effet Tarquin et al ont montré qu'un soutien psychologique adapté améliorait l'état du malade et par conséquent accélérât sa guérison [15].

Dynamique psychologique suite à la séropositivité (Tableaux III et IV)

Lorsqu'une maladie chronique invalidante ou mortelle survient dans le cours de la vie, les valeurs établies comme norme de vie prennent une nouvelle orientation. Les valeurs consistent en un ensemble de jugements et de croyances qui servent de référence dans les conduites et constituent l'une des expressions de raison de vivre autour desquelles des individus construisent leur vie [4 ; 5].

À ce propos l'étude de Fisher et al sur les patients atteints de pathologie cancéreuse et des patients séropositifs a permis de mettre en évidence des remaniements de valeurs portant sur quatre notions : l'image du corps, le rapport au temps, la philosophie de la vie et la relation au mourir [5]. Dans le cas de notre étude, nous nous attacherons aux notions de rapport au temps et à la philosophie de vie.

Le rapport au temps

La survenue de maladie grave au décours de la vie, redéfinit de manière radicale la façon de vivre le temps et ce à travers un comportement spécifique. Ainsi, l'intrusion du VIH/sida dans la vie d'un individu bouleverse son rapport au temps et crée dans le même moment une nouvelle relation au temps. Lorsque le VIH/sida survient dans la vie d'un individu, il ne fait plus de projet ou si c'est le cas, ce ne sont que des projets à court terme. Selon Fisher et Tarquino, ces projets se font suivant un critère essentiel : l'espérance de vie de chacun [5]. Les résultats de notre étude ont montré qu'avant la découverte de leur maladie, une proportion (17,39%) des valeurs de vie qui prévalaient chez nos enquêtés étaient des projets de vie à long terme (construire une maison, avoir des plantations) et après la découverte de la séropositivité, la valeur projet de vie ne représentait qu'une proportion de 7,81%.

Cette étude corrobore l'étude de Domoua et al [4] qui avaient trouvé que : avant la maladie, la presque totalité des patients (93,3%) avaient au moins un projet et après la découverte de leur séropositivité, seulement 23,3% des patients avaient encore un projet.

Par rapport au temps, nos enquêtés avaient revu à la baisse ou réorienté leur projet de vie. Une telle attitude pourrait se justifier par le fait que ces personnes infectées pensaient qu'elles allaient mourir. Ce constat est corroboré par une étude faite à l'hôpital de Metz en France sur les patients séropositifs qui indiquait que la plupart des patients affirmaient ne plus avoir le même rapport au temps, c'est à dire qu'ils ne faisaient plus de projet à long terme. Ceux qui avaient des enfants avaient peur de ne pas les voir grandir et

ceux qui n'en avaient pas se disaient que s'était trop tard [5]. À cette étape de la vie, tous les projets qui étaient autrefois essentiels pour l'individu se trouvent relégués au second plan, au profit de la recherche de l'intégrité physique.

Ce fait est aussi remarqué dans d'autres pathologies chroniques comme le cancer. A cet effet, Sousan [15] explique dans un entretien que l'apparition du cancer dicte de nouveaux comportements, imposent de nouvelles balises repérées dans le temps au point qu'il devient chez le malade, un peu par la force des choses sa seule préoccupation. Le rapport au temps répond à de nouveaux repères qui vont eux-mêmes commander la mise en place d'une nouvelle relation au temps. Les préoccupations de la vie de tous les jours se trouvent en décalage par rapport à une nouvelle réalité. Il fait disparaître les autres nécessités qui jusque-là apparaissaient comme prioritaires, primordiales voir vitales [15].

La philosophie de la vie

Chaque individu se construit au cours de son existence une philosophie de la vie qui peut être ébranlée ou restructurée en cas d'intrusion d'une maladie grave. L'intrusion de cette maladie dans le cours de la vie entraîne des modifications des valeurs qui amènent le malade à modifier sa manière de vivre et à réorienter ses objectifs de vie. La philosophie de vie d'une personne se construit autour de certaines valeurs comme : la religion, la sexualité et les valeurs sociales. Ces valeurs peuvent être remaniées au cours de la maladie.

La religion

La totalité de nos enquêtés affirmaient pratiquer une religion. On notait une accentuation de la vie spirituelle chez 2,90% des PVVIH avant la survenue de la maladie. Au décours de la maladie, on notait une accentuation de la vie spirituelle dans une proportion de 21, 87% chez nos enquêtés. Cette accentuation de la foi trouverait son explication principale dans la recherche de la guérison. Nos résultats corroborent ceux de l'étude de Domoua et al [4] où les raisons évoquées pour l'accentuation de la foi et de la nouvelle pratique de la religion étaient dominées par la recherche de la guérison (66,7%) et par l'appréhension de l'inconnu (27,8%).

L'accentuation de la foi a été observée aussi dans une étude faite aux États Unis par Cotton et al qui ont montré que 41% des patients ont eu une accentuation de leur spiritualité et 50% des patients ont vu leur espérance de vie augmenter grâce à la religion et/ou à la spiritualité [3]. Une autre étude a révélé que la majorité des PVVIH aux États Unis accordaient une place importante à la religion et à la spiritualité. Il ressort de cette étude que cette augmentation de la foi et de la spiritualité permettaient aux PVVIH d'avoir un soutien dans leur prise en charge [9]. L'accentuation de la foi est aussi trouvée chez les patients atteints de cancer.

La sexualité

Les résultats de notre étude ont montré qu'avant la maladie, seulement 2,90% de nos enquêtés soutenaient avoir comme



La basilique Notre Dame de la Paix à Yamoussoukro, Côte d'Ivoire.

valeur de vie la sexualité. Au décours de la maladie, cette valeur de vie était absente chez tous nos enquêtés. Nous avons remarqué que malgré la séropositivité déclarée, 78,57% étaient sexuellement actifs.

Cette situation s'explique comme suit : le faible taux (2,90%) serait dû au fait que nos enquêtés ne voulaient pas parler de leur sexualité. Ce qui nous amène à dire que la sexualité est un sujet tabou en Afrique.

Au décours de la maladie, cette valeur de vie n'était plus évoquée. Cela pourrait s'expliquer par le fait que l'on a une représentation négative du VIH/sida. En effet, la voie sexuelle étant la principale voie de transmission, parler de sexualité revient à dire qu'on est une personne « de mauvaise vie »

Bien que peu évoquée comme valeur de vie, la sexualité demeure un élément central de la vie de nos enquêtés. En effet malgré le statut sérologique bon nombre de nos enquêtés étaient sexuellement actifs (78,57%).

Les valeurs sociales

Chaque être humain se construit des valeurs sociales qu'il établit comme objectif à atteindre. Mais l'intrusion d'une maladie grave dans le cours de la vie peut entraîner un remaniement des valeurs. Les résultats de notre étude ont montré qu'avant la survenue de l'infection VIH, les valeurs sociales désirées par les enquêtés étaient : la réussite financière et matérielle (31,88%), l'harmonie familiale et la cohésion sociale (21,75%) et la réussite professionnelle (14,49%). Au décours de la maladie, l'on notait un remaniement de ces valeurs sociales. Ainsi l'harmonie familiale et cohésion sociale étaient les valeurs les plus désirées. Elles venaient en première position avec un taux de 48,43%, suivies de la réussite financière et matérielle (14,06%) et la réussite professionnelle (6,25%). Cet aspect de notre étude va dans le même sens que l'étude fait par Fisher qui a révélé que l'annonce de la séropositivité a modifié chez ces personnes leur manière de voir la vie. Ainsi, les patients se disent très souvent moins « matérialiste ». Ils accordent moins d'importance aux choses, aux biens matériels et se concentrent d'avantage sur les relations humaines. Ce qui compte c'est d'être auprès de ceux qu'on aime, de passer du temps avec eux [5].

Conclusion

L'intrusion du VIH dans la vie des personnes vivant en couple entraîne des bouleversements d'ordre psychologique, relationnel et social tant chez les personnes vivant avec le VIH que dans l'entourage proche.

Vivre avec le VIH, reste une possibilité à travers une psychoéducation bien conduite.

Références

- 1- Achi D M. Conseil et dépistage volontaire du VIH en consultation prénatale, l'exemple de la formation sanitaire urbaine de Koumassi. Thèse Médecine, Université de cody, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2001, n° 2981
- 2- Annick T T. Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire). Sciences sociales et santé vol24, n°2, juin 2006, pp 43-67
- 3- Cotton S, Joël T, Szarflarski M. Changes in Religiousness and Spirituality Attributed to HIV/AIDS: Are There Sex and Race Differences? Disponible sur <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1924779/> consulté le 19/05/2013
- 4- Domoua KMS, Yéo-Tenena YJM, Bakayoko AS et al. Remaniement des valeurs chez les personnes atteintes de pathologies pulmonaires associées au VIH. Rev pneumol trop 2008 : 10 ;10-18
- 5- Fisher GN, Tarquino C. L'expérience de la maladie : ressources psychiques et changement de valeurs In : traité de psychologie médicale paris, Dunod, 2002 ; 300-19
- 6- Fomo B. Profil épidémiologique et Clinique des infections et affections au cours du VIH/ sida dans les services de Médecine interne et hématologie-oncologique de l'hôpital national de Point G. De janvier 1990 à décembre 1999. Thèse, Médecine, Bamako, 2001
- 7- INSD (Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso) Enquête démographique et santé 1998-1999, 32p
- 8- Kazihise PC. Etude de l'acceptabilité du test de dépistage VIH à yopougon (Mémoire de Dess) université de cody, Abidjan, Côte d'Ivoire, 2005
- 9- Lot F. Epidémiologie du VIH/sida et les autres IST chez les femmes. Médecine et sciences, 2008, n°2, hors serie, pp 7-19
- 10-Mann JM. Aspects épidémiologiques de l'herpès Humaine (8) (HHV-8) et sarcome de kaposi. Med Mal Infect 2005, Volume 35 : 314-321 issue
- 11- Mario Maj. Psychological problem of families and health workers dealing with people infect with Human Immunodeficiency Virus. Acta Psychiat Scand 1991 : 83 ; 161-168
- 12- ONUSIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale sida. Genève, 2008, 31p
- 13-ONUSIDA. VIH/sida : Ambassade des Etats Unis Abidjan. Côte d'Ivoire.
french.cote.divoire.usembassy.gov. De US Embassy, 2011
- 14- Ouedraogo TL, Ouedraogo A. Ouedraogo AV et al. Les personnes vivant avec le VIH, vécu quotidien et gestion des risques de transmission à l'entourage : étude à Ouagadougou. Méd Trop 2005 ; 65 : 143-148
- 15-Sousan BP. Une lutte permanente contre le temps [Internet] disponible sur http://test02.iis6.domicile.fr/public/missions/cancer/journal/Articles/journal_6/Journalct.pdf (consulté le 20/05/2013)

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 Barcil-Guerin (Limoux, France)

Agnès Beisson (Séguret, 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 Chatriel (Paris, France)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

André Salomon Cohen (Nyons, France)

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 Feberay (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 Oeynhausien (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)

Adeline Raharivelo (Antananarivo, Madagascar)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo, Madagascar)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Anne Rivet (Avignon, France)

Salio Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrassat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Maria Eugenia Socolsky (Buenos Aires, Argentine)

Kokou Messanh Aghémélé Soédjé (Lomé, Togo)

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 Videlaire (Papeete, Polynésie)

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

Correspondants

Hassen Ari (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benriq (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova (Ostrava, Tchéquie)

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

Françoise Deraumont (Toulouse, France)

François Dethier (Lernieux, Belgique)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint-Petersbourg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségala (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint-Petersbourg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint-Petersbourg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

Membres d'honneur

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martignes, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martignes, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Metge (Martignes, France)

Dominique Pringuey (Nice, France)

Jean Pierre Staehler (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.

Les troubles bipolaires

XVI^e COLLOQUE INTERRÉGIONAL DE PSYCAUSE EN FRANCE



le samedi 11 avril 2015 au Château de Rochemorand

Colloque organisé par la section française de Psy Cause International ainsi que par la revue Psy Cause. Il est co-présidé par le Dr Jean Louis Griguer, psychiatre chef de pôle au Centre Hospitalier Le Valmont à Valence et rédacteur de la revue Psy Cause (contact : jean-louis.griguer@orange.fr) et par le Dr Jean Paul Bossuat, directeur de la revue Psy Cause et président de Psy Cause International (contact : psycause.info@gmail.com). Les inscriptions se font auprès de la trésorière Chantal Roose (contact : psycause.info@gmail.com). Ce colloque est ouvert à tous les professionnels français et francophones.

Le programme et les tarifs sont à lire sur le site : <http://www.psycause.info> et peuvent vous être adressés à votre demande avec un bulletin d'inscription.