

Psy



en francophonie, les psy causent

Cause

■ Passages

■ Un pays, un article

Sommaire

PsyCause I – Passages	3
Moi, Arthur Rimbaud, piéton Fatiha Djilali-Messaoud, Bernard Guiter	5
Effets des violences subies et de l'estime de soi sur les comportements à risque chez les adolescents à Abidjan Konan Simon Kouamé	11
Vécu d'un adolescent présentant une anomalie de la différenciation sexuelle (ADS) Alphonse Noudamadjo, Joseph Agossou, Julien Didier Adédémy, Francis Tognon Tchégnoni, Anselme Djidonou, Antoine Emile Dodji Mensah, Laifoya Olobo, Anatole Lalèyè, Prosper Gandaho	17
Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la dépression des adolescents à Conakry 22 Moridofé Doukouré, Kémo Soumaoro, Solo Condé, Mamady Mori Kéita, Chérifath Bamisso, Ibrahima Camara	22
Les dangers de la télévision ou l'histoire de Badara, un jeune garçon de 13 ans Papa Lamine Faye, Elhadj Makhtar Ba, Momar Camara, Sokhna Seck, Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo, Lamine Fall, Mamadou Habib Thiam	28
Autisme et manifestations comportementales à l'adolescence Amine Hamhami	31
L'anorexie mentale évaluée par le EAT 40 Faten Ellouze, Sana Ellini, Wissal Cherif, Mohamed Fadhel Mrad	38
PsyCause II – Un pays, un article	44
Le trouble éjaculatoire précoce, tuteur et révélateur d'un symptôme inconscient Lawrence Yapi	45
Infertilité des couples, itinéraires thérapeutiques et psychopathologie au Cameroun. Regards cliniques sur des malades apparemment bien portants Peguy Ndonko, Jean Pierre Kamga Olen, Emilie Tchokoté	49
Préparation de sortie du malade du service de psychiatrie selon le rituel de réconciliation du «sin tun tun» Anselme Djidonou, Francis Tchégnoni Tognon, Emilie Fioffi-Kpadonou, Magloire Grégoire Gansou, Raoul Kouassi Satondji, Denis Hers, Prosper Gandaho, Thérèse Agossou	57
Café, tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques : Quel lien ? Saliou Salifou, Corentin Nascimento, Géraldine Bonet	63



Vous avez dit « néoaliénisme » ?

À l'occasion du vote à l'Assemblée Nationale de la loi de santé de la ministre Marisol Touraine, le Dr Thierry Najman, membre du « Collectif des 39 » qui s'était élevé contre la politique sécuritaire du président Nicolas Sarkozy, médecin chef d'un important secteur dans la Région Parisienne, déclare dans la presse : *« Schématiquement, dans l'histoire de la psychiatrie, on peut parler de trois périodes : celle de l'asile, qui va de la Révolution française à la Libération ; puis une période désaliéniste, qui a correspondu à la création des secteurs, à la psychothérapie institutionnelle ; depuis quinze ans, la situation est différente. Je parle d'une période néoaliéniste. Parce que lors de la toute première époque, on enfermait, certes, mais les pratiques étaient portées par la philosophie des Lumières. Aujourd'hui, ce n'est pas le cas, on est dans un contexte de fermeture, de régression, et dans un contexte de bonne gestion comptable des hôpitaux. »* Il dénonce la contrainte qui se développe sur les patients et que pointe la loi Marisol mais il ajoute que cette contrainte *« se développe aussi sur les professionnels. Ils sont soumis à des contraintes économiques, administratives, bureaucratiques. Peut-être que beaucoup se laissent aller à une certaine résignation, dans ce contexte de restriction. »*

C'est un fait qu'en France depuis quinze ans, et très nettement depuis les cinq dernières années, nous ressentons au niveau de Psy Cause, cette « fermeture » d'un univers professionnel (le service public de psychiatrie) qui a été notre vivier ... et à l'origine de notre revue. La libération en 1944 avait, dans certains asiles, conduit à une remise en question de l'univers concentrationnaire du traitement de la folie. Ce fut la grande époque de la psychothérapie institutionnelle, rapidement plus efficiente avec les psychotropes, qui humanisait et donnait un sens nouveau à l'univers concentrationnaire. Ensuite, ce fut le pouvoir politique qui imposa partout le principe de la désaliénation avec le secteur, porté par une certaine utopie que nous avons connue dans les années 1970 quant aux possibilités de la psychiatrie biologique et de la psychanalyse qui ont réellement bouleversé le destin de beaucoup de malades mais qui ont buté sur des limites. Le néoaliénisme actuel, en France, serait le reflet d'un repli conservateur, vide de contenu ...

Ce conservatisme ambiant est un fait sociétal en France. Le manque de remise en question, d'invention, fait le lit de la violence. C'est le cas en psychiatrie où, faute de régler le problème de la maladie mentale, on n'a cessé d'investir des moyens pour régler la violence. Car non, Dr Thierry Najman, ce n'est pas le manque de moyens qui est en cause, et les contraintes administratives et bureaucratiques ne sont pas une explication suffisante. Vous croyez que c'était facile à Saint Alban en 1942 lorsque la soldatesque nazie défilait à Paris ? Vous croyez que nos politiciens qui font les lois ne sont pas entourés de psychiatres, de psychologues ou d'infirmiers psychiatriques qui les conseillent ? Le néoaliénisme est vide sans doute, mais pas de professionnels de la santé.

Ce néoaliénisme est pavé de bonnes intentions : au nom de l'humanisation des lits de psychiatrie, on a transformé des lits de chroniques en lits fermés aux normes carcérales et en lits de crise au sortir des urgences, le tout partout en France, et au nom d'une réponse immédiate et pseudo « humaniste » à la demande sociale, sans effort de théorisation de la souffrance psychique, au risque d'un retour du refoulé violent avec un contrôle hors normes... Psy Cause défend depuis toujours l'effort de théoriser la rencontre clinique... Notre mouvement, présent dans nombre de pays de par le monde, au carrefour des idées, réclame d'être entendu et d'être utile en France. Vous avez dit verrou ? Vers où ?

Lors de notre XI^e congrès international qui se déroulera à l'automne de cette année 2015 en Principauté de Monaco, nous donnerons une place particulière aux associations de familles de malades mentaux (organisées également à Monaco). C'est un fait que les familles de malades sont aujourd'hui en France à l'avant poste de l'innovation. Elles ont créé des associations pour prendre en charge le handicap et une bonne partie de la pédopsychiatrie, mettant ainsi en exergue les difficultés de l'intégration scolaire... Elles sont en situation d'interpeller la psychiatrie française : *« il ne suffit pas de dire « néoaliénisme ». Posez vous les vraies questions pour trouver comment être au service des patients vers une psychiatrie qui soigne autant qu'elle prévient... »*

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne



Au congrès d'Uzès, le Dr Thierry Lavergne communique sur les rites de passage.
Photo Psy Cause du 4 juin 1999.



Au congrès d'Uzès, le Dr Rafael Ortiz explique le pas-sage vers l'âge adulte.
Photo Psy Cause du 4 juin 1999.

Passages

Lorsque fut évoqué le 23 avril dernier, dans le bureau de la Dr Valérie Aubin au Centre Hospitalier Princesse Grace, ce signifiant lors de l'entretien préparatoire à notre congrès de Monaco prévu à l'automne 2015, nous voulions parler de l'adolescence, et un peu plus. Nous pensions aussi à notre colloque d'Uzès du 4 juin 1999 : « Passages, d'une psychiatrie à l'autre. » À l'époque d'ailleurs, beaucoup évoquaient le passage à l'an 2000, le grand hug qui allait éteindre tous les ordinateurs de la planète. Il y avait quelque chose de l'ordre de la « crainte de l'effondrement », de Winnicott.

Thierry Lavergne déclarait dans sa communication intitulée « Rites de passage, à l'école du soin »¹ que « l'identité humaine la plus commune connaît le passage de l'enfant à l'adulte, le passage à la guérison, puis le passage au trépas. » Il s'appuyait sur les travaux d'Arnold Van Gennep à propos des cérémonies qui permettent de franchir le seuil : « pour les individus comme pour les groupes, vivre c'est sans cesse se désagréger puis se reconstituer, changer de forme, mourir et renaître. » Il faisait sienne la différence entre l'identité ipséique et l'identité de l'idem pour montrer que l'homme qui assume pleinement son identité humaine passe d'un état à un autre de façon ipséique, en s'articulant à un discours faisant de lui un être vivant, désirant, mouvant, dans le passage vers autre chose sans trop de souffrance, à la différence de l'identité de l'idem qui suppose de rester fidèle à l'image de sortie de l'adolescence, « comme un tableau sans cesse ravalé pour rester identique en traversant les années. »

À ce même colloque, dans un article intitulé « D'un pas-sage vers l'âge adulte », Rafael Ortiz, pédopsychiatre, considérait le contexte de l'adolescence² : « l'adolescent occupe déjà, nous le savons, une place particulière. Rappelons que l'adolescence comme objet (sujet) de réflexion sociologique, politique, économique, médiatique et psychiatrique est relativement récente (l'art - peinture, sculpture, littérature - l'a, en revanche, abondamment traitée). Ces jeunes, « vicieux, indisciplinés, paresseux »... décrits ainsi à la fin du XIX^e siècle, inquiétaient déjà le pouvoir. Les problèmes posés par la scolarité (nombre croissant d'étudiants depuis le début du siècle³), la délinquance, plus tard les phénomènes sociaux (rock, drogues), enfin les problèmes de santé (suicides, SIDA, etc.), ont, au fil du temps, fait de l'adolescence un groupe particulier. »

Le dossier présente ici six textes sur l'adolescence, de quatre pays différents (respectivement : la Côte d'Ivoire, le Bénin, la Guinée, le Sénégal, la France et la Tunisie) introduits par un article sur Rimbaud.

Fatiha Djilali-Messaoud est une enseignante en philosophie à Béziers, titulaire d'un doctorat en psychanalyse de l'université Montpellier 3. Passionnée de psychanalyse appliquée à la littérature et l'art, elle a adressé à la revue Psy Cause un article cosigné par Bernard Guiter, psychanalyste à Béziers, docteur en psychopathologie clinique, maître de conférence et chercheur à l'université Paul Valéry de Montpellier : « Moi, Arthur Rimbaud, piéton ». « Le poète qui devait révolutionner la poésie au point de penser qu'en faire empêchait de la vivre et qui voulut selon l'expression d'Hölderlin "poématiser le monde" fut sacralisé (pour Les lettres du voyant) et diabolisé (pour l'aventure du Harar) », constatent les auteurs. Rimbaud fut diabolisé, entre autres, par Charles Maurras qui le traite de voyou, de négrier et d'esclavagiste tout en

1. Psy Cause N°19, Janvier-mars 2000, pages 7 à 12.

2. Psy Cause N°18, octobre-décembre 1999, page 29

3. La communication est de 1999, donc il s'agit du XX^e siècle.



Timbre français sur Rimbaud.



Au congrès de Parakou (Bénin).
Photo Psy Cause du 11 février 2008.



La Dr Valérie Aubin et le Dr Thierry Lavergne débattent du thème du XI^e congrès international de Psy Cause à l'Hôpital Princesse Grace de Monaco, le 23 avril 2015. Photo Psy Cause.

prédisant que le mythe rimbaudien ne durera pas. D'un autre côté, il fut divinisé par son amant Verlaine qui déplore qu'on ait voulu le travestir en loup garou. Henri Miller l'a qualifié de « rebelle incarné ». Et les auteurs de dire : « adoré, haï : Rimbaud s'impose comme objet de désir, lui s'avouant n'être qu'un piéton : « Je suis le piéton de la grand-route par les bois nains ». Pourtant Arthur Rimbaud se prête au mythe en tant que le mythe est lecture d'une énigme. » Les auteurs décryptent en Rimbaud une personnalité perverse, avec à la base l'image d'une mère qui ne devait pas être dépourvue du phallus. Rimbaud illustrant le corps fétichisé « corps hiéraldisé par la marche ; les accidents, les abus, corps fétichisé, assomption du corps comme corps glorieux dira Lacan. » Cependant sa posture perverse était transcendée dans une posture sublimée, celle de son esthétisme poétique qui permettait à Verlaine d'écrire : « Ce n'était ni le diable ni le bon Dieu, c'était Arthur Rimbaud, c'est-à-dire un très grand poète. » Rimbaud, le piéton, est le paradigme du passage : le passage de la naissance, le passage à l'âge adulte, le passage au trépas, le pas-sage. Thierry Lavergne voit la construction d'une identité ipséique lorsque, selon lui, Rimbaud sort de l'image de l'adolescent poète pour devenir un voyageur sans bagage qui fait de sa vie une poésie.

La Côte d'Ivoire nous a adressé un travail de Konan Simon Kouamé, un psychologue qui enseigne dans le département de psychologie de l'université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan. Cet article aborde les effets des violences subies et de l'estime de soi sur les comportements à risque chez des adolescents à Abidjan. Cet auteur ivoirien nous invite dans ce « groupe particulier » décrit par Rafael Ortiz à Uzès.

Le Bénin apporte le regard du pédiatre, Alphonse Noudamadjo, complété par celui du psychiatre, à propos du vécu d'un adolescent présentant une anomalie de la différenciation sexuelle : « vivre avec une ambiguïté sexuelle constitue un poids à la fois social et psychologique énorme en milieu Bariba au Bénin où la culture place l'homme au dessus de la femme. Zénabou de sexe masculin génétiquement, mais précocement baptisée fille par une erreur d'appréciation clinique de son sexe à la naissance, s'emploie à son corps défendant pour réparer cette erreur initiale et réintégrer son univers psychosocial. »

La Guinée évalue le poids de la dépression lors de l'adolescence, avec une étude épidémiologique et clinique coordonnée à Conakry par le Professeur Moridofé Doukouré : « Il ressort de notre travail que la dépression est la première pathologie du service. »

Le Sénégal expose une vignette clinique, celle d'un jeune garçon de 13 ans, qui entre dans l'adolescence et expérimente à ses dépens le passage de la virtualité télévisée à la réalité de son corps.

Le dossier se poursuit sur un article franco-algérien puisqu'il s'agit d'une étude réalisée au Centre de Ressources Autisme (CRA) de Montpellier, par un chercheur, Amine Hamhami, doctorant en psychopathologie développementale à l'université de Tlemcen en co-tutelle avec l'université Paul Valéry de Montpellier. Cette étude descriptive et statistique porte sur l'autisme et les manifestations comportementales à l'adolescence.

Le dossier s'achève sur un article tunisien qui présente une évaluation de la version arabe du questionnaire EAT utilisée pour la détection de l'anorexie mentale, dans le cadre d'un groupe de 200 adolescents tunisiens. Ceci afin de permettre un dépistage précoce dans une population - les adolescents - considérée par les auteurs comme à haut risque, en raison de la poussée pulsionnelle pubertaire et d'un deuil à faire de l'enfant en soi.

Nous avons arrêté le principe de ce dossier pour introduire la thématique de notre XI^e congrès international qui se déroulera dans la Principauté de Monaco à l'automne 2015, coordonné par le Dr Thierry Lavergne en partenariat avec la Dr Valérie Aubin, médecin chef du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Princesse Grace.

Jean Paul Bossuat



Fatiha Djilali-Messaoud¹



Bernard Guiter²

Moi, Arthur Rimbaud, piéton

«Pour trouver la féerie, il ne faut pas lever la tête vers le ciel, il faut d'abord fouiller le réel...»

Résumé : Arthur Rimbaud, en un laps très concis de temps d'écriture, va révolutionner la poésie pour en faire la restitution d'un ineffable sous le mode d'un éprouvé. Il ne respecte aucune des règles de l'art poétique : sculpte, lime, cisèle. Ensuite va advenir la vie poétique où la perception n'est pas restituée en écriture pour éviter sa déperdition, ainsi que la trahison par l'écriture de ce perçu. Le poète se met à marcher, à sillonner le monde jusqu'à ce que sa mort précoce vienne imposer à sa recherche le mot fin et faire de Rimbaud un des mythes les plus imposants de la modernité. Enfin Rimbaud du bateau ivre et celui du Harar semble tant se contredire que la littérature évoque un Rimbaud double. Nous tenterons de montrer qu'en fait le second Rimbaud est en filigrane dans le premier et que la sublimation gère la perversion sans pour autant bousculer l'éthique.

Mots-clés : Piéton, ailleurs, marche, poésie, sublimation, perversion, voyage, voyou.

Summary : Arthur Rimbaud, in his very brief period of writing time will revolutionize the art of poetry by putting in words unspeakable experience's feelings. He do not respect any of the usual rules of the art of poetry : he is sculpting, filing, chiseling. Then, is coming his poetic life with no feed back of his feelings, to avoid losing and betraying perceptions. The poet is now walking, travelling around the world till his early death put a final word to his research and makes of Rimbaud one of the most impressive myths of modernity. Lastly, Rimbaud of the drunken boat and Rimbaud of the Harar seem so different that a double Rimbaud is often mentioned in the literature. We shall try to demonstrate that the second Rimbaud is implicit in the first one and that sublimation manages perversion without overthrowing ethic rules.

Key-words : pedestrian, elsewhere, walk, poetry, sublimation, perversion, travel, hooligan.

Le mythe Rimbaldien

Le poète qui devait révolutionner la poésie au point de penser qu'en faire empêchait de la vivre et qui voulut selon l'expression d'Hölderlin "poématiser le monde" fut sacralisé (pour *Les lettres du voyant*) et diabolisé (pour l'aventure du Harar). Il prit une part active à ces deux postures psychiques (c'est la rectification subjective : «*Vois quelle est ta part au désordre dont tu te plains*», qu'imposa Freud à sa patiente Dora).

Rimbaud diabolisé par Charles Maurras qui le traite de voyou, négrier, esclavagiste précisant que le mythe Rimbaud ne durera pas puis par Pierre Reverdy qui étend la haine Maurrassienne : «*Le mythe n'intéresse que les mythomanes*». L'universitaire René Etiemble écrit Le mythe Rimbaud pour, dit-il prétentieusement, «en finir avec lui».

Rimbaud divinisé par son amant Verlaine qui déplore : «*Lui que l'on a voulu travestir en loup-garou*», par Philippe Soupault qui le présente comme : «un merveilleux voyou», puis par Henri Miller qui tempère la sentence voyoucratique et le qualifie de «rebelle incarné», et, *in fine*, par Jacques Rivière qui voit en lui «un monstre de pureté».

Adoré, haï : Rimbaud s'impose comme objet de désir, lui s'avouant n'être qu'un piéton : «Je suis le piéton de la grand-route par les bois nains». Pourtant Arthur Rimbaud se prête au mythe en tant que le mythe est lecture d'une énigme. Pourquoi donc parler d'énigme Rimbaud ?

¹. Docteur en Psychanalyse

Université Montpellier 3. Philosophe. Béziers

². Docteur en Psychopathologie Clinique, qualifié aux fonctions de Maître de Conférence et Habilité à Diriger les Recherches/Section 15 Université Paul Valéry de Montpellier. Psychanalyste. Béziers.

Grâce à sa poésie

Théophile Gautier donne la formule poétique : *«Sculpte, lime, ciselle»*. Cela implique apprentissage avant maîtrise. Or, Rimbaud ne fait aucun apprentissage, sa poésie est faite de rimes pauvres, l'architecture poétique est inexistante pourtant elle est parfaite : *«Comme si l'on restituait une musique inédite à une oreille absolue»*. Il dit lui-même : «Je suis un musicien qui a trouvé quelque chose comme la clé de l'amour». Pour certains cela fait de Rimbaud un grand initié.

Grâce à sa vie

Existe-t-il un Rimbaud double ou deux Rimbaud (énigme de Ginko Biloba) ? Ou, au contraire, faut-il saisir sa vie comme une continuité logique ? Il y a chez Rimbaud :

- **Le temps de l'écriture** qui comprend lui-même plusieurs temps. Soucieux de se faire connaître il écrira à la mode du Parnasse de beaux poèmes comme Ophélie : *«Et le poète dit qu'aux rayons des étoiles / Tu viens chercher la nuit les fleurs que tu cueillis / Et qu'il a vu sur l'eau couchée en ses longs voiles / La blanche Ophélie flottée comme un grand lys»*. On reconnaît ici l'influence pré-parnassienne (Heredia, Leconte de Lisle etc.), romantique d'Alfred de Musset : *«Adieu ta blanche main sur les claviers d'ivoire/Pendant les nuits d'été ne voltigera plus»*
- **Le temps de la marche et de l'écriture**. Très tôt Rimbaud va se désolidariser de tout modèle et il dira : «Musset est quatorze fois exécrable pour nous» et «Libre aux nouveaux d'exécuter les ancêtres». Vient alors le second temps d'absorption des impressions du monde, absorption poétique comme une hallucination et Rimbaud écrit en marchant selon son souhait : «l'infini reste à trouver» et il écrira *Ma Bohème, Le Cabaret Vert, Le Bateau Ivre etc.* *«Petit poucet rêveur.../ J'égrenais dans ma course des rimes»*. Cela durera jusqu'à 17 ans. Après, Rimbaud n'écrit plus ... quelques reçus de voyage, c'est tout et ce jusqu'à sa mort à 37 ans.
- **Le temps de la marche** : Rimbaud ne fait plus que marcher pour englober la poésie sans risquer de la perdre dans l'écriture. Il est devenu : *«l'homme aux semelles de vent»* ou *«Rimbaud l'africain»*. Suite logique d'un don de soi à la poésie. Il vit avec la poésie sans adresse à un quelconque public et ce temps n'est que la continuité psychique de l'autre ... Il n'y a qu'un Rimbaud mais ce dernier ne fera pas que poématiser le monde et va commercer avec les despotes africains, leur livrer des armes destinées à de grandes tueries, s'enrichir considérablement ... Le trafiquant d'âmes de *Lettres du voyant* est devenu le trafiquant d'armes et c'est cela qui rebute chez Rimbaud au point que le pape du surréalisme, André Breton, déconsidère ce deuxième temps : *«Pas de Harar pour moi»* tandis que Yves Bonnefoy recommande : *«pour connaître Rimbaud lisons Rimbaud (...) ne lisons pas les lettres du Harar»*. Seul Jean Genet l'innocente : *«Un enfant meurt de honte et surgit*

à sa place un voyou, le voyou sera hanté par l'enfant». Rimbaud avait lui-même tiré la sonnette d'alarme : «Ma vie sera trop immense pour être vouée à la beauté».

Sa mort précoce contribue au mythe

Rimbaud meurt à 37 ans après amputation d'une jambe atteinte d'une tumeur blanche du genou. Pour ses admirateurs, il était mort depuis bien longtemps déjà : «Rimbaud mort à 17 ans, enterré à 37 ans». Pour Rimbaud cette mort est un projet : «La vraie vie est ailleurs, nous ne sommes pas au monde». Il aura voué sa vie à la damnation : *«Sur toute joie pour l'étrangler, j'ai fait le bon sourd de la bête féroce (...) Le malheur a été mon Dieu (...) Je me suis séché à l'air du crime. Et j'ai joué de bon tours à la folie»*. Rimbaud, le damné, c'est ainsi qu'il s'appelle, et, bien que mort jeune, est mort trop vieux. L'homme «qui eut la malédiction de n'être jamais las», l'homme «maudit par lui-même, expulsé du paradis et condamné à marcher» connu à 37 ans la mort comme absence de fin. Ce qu'il s'était d'ailleurs donné comme programme : «pas de vieillesse» constatant que «la vraie vie est absente». Alors, dit Verlaine, il ne *«fit plus rien que voyager terriblement et de mourir très jeune»*. Rimbaud «le passant considérable».

Vie et mort d'Arthur Rimbaud, piéton

Arthur Rimbaud est né à Charleville chef-lieu des Ardennes (maintenant rattaché à Mézières) dans le Nord-Est de la France, sous le Second Empire (1854).

- Le père de Jean-Nicolas-Arthur se nomme Frédéric Rimbaud, est officier de l'armée française, capitaine d'infanterie au 47^{ème} de ligne. Il dirige le bureau arabe de Sebdo (Algérie). Immédiatement après la naissance d'Arthur, il part pour la guerre de Crimée, puis il est affecté à Grenoble et ne vient que pour des permissions lors desquelles il donne vie à ses derniers enfants. Mais, depuis la guerre, rien n'est pareil et en septembre 1890 Frédéric s'en va pour ne plus revenir. Rimbaud ne verra plus son père qui meurt 18 ans après (1878). Mais dès le départ du père, son épouse se fait appeler *«veuve Rimbaud»*. Le biographe rimbaldien Alain Borer dira de lui : *«Son fait d'arme principal est d'avoir déserté sa famille»*. Sévère jugement d'autant plus que l'on ne sait à peu près rien de cet homme.
- La mère, c'est Vitalie Cui née dans le canton d'Attigny à Roche au lieu-dit Terre des loups. C'est une femme de devoir, une sacrificielle despotique qui placera ses enfants dans les meilleures écoles, déménagera vers un mieux en rapport avec sa réussite sociale. Rimbaud soulignera ce caractère maternel.
«Et la mère fermant le livre du devoir/S'en allant satisfaite et très fière sans voir / Dans les yeux bleus et sous le front plein d'éminence / L'âme de son enfant livré au répugnance»
Pourtant le poète sera toujours dépendant de cette mère sûre, constante, mais plus narcissique que tendre. Il tente de s'éloigner verbalement de la tentation cédipienne et

l'appelle "mother" (recours à l'anglais ou à l'argot : la daronne, la patronne) ou encore la "Rimbe" mais aussi physiquement (fugues, voyages) ... Pour toujours revenir. Mère étouffante dont Rimbaud dit qu'elle est prête à lui enfoncer un «mouchoir de dégoût dans la bouche».

Rimbaud évoque sa situation œdipienne : «*Ma mère me donna ces chaleurs que l'on tait*» puis «*Car un père est troublant (...) son pantalon dont mon doigt désirait ouvrir la fente (...) pour avoir le bout gros, noir et dur*» et son résultat «*Pourquoi la puberté tardive et le malheur du gland tenace et trop consulté ?*».



Arthur Rimbaud.

Jean-Arthur est le second d'une fratrie de 5 enfants : Frédéric son aîné d'un an (1853), Victorine qui meurt quelques semaines après sa naissance (1855), puis vient Vitalie (1858) qui mourra à 17 ans d'une synovite (1875). On ne meurt pas quand on a 17 ans, Rimbaud est désespéré : nausées, migraines, convulsions ... Il se rase la tête pour marquer la perte du temps partagé de l'enfance. Enfin vient Isabelle (1860) sa confidente et dernière accompagnatrice qui, dans un souci hagiographique et aidée en cela par son époux, le poète anarchiste Paternie Berrichon, taira, glorifiera, censurera les écrits fraternels et le trahira.

Arthur fait ses études primaires à l'institut Rozat, meilleur établissement privé de Charleville, puis rentre au collège, Vitalie ne pouvant plus faire face à de telles dépenses. Rim-

baud est le meilleur élève, toujours premier (36 prix en 5 ans) particulièrement en latin et français mais les professeurs feront quatre remarques : son détachement (son regard est vide), son impatience (il bâcle tout en un temps très bref), son excessive fierté et son acharnement que Verlaine définira plus tard par un oxymore : «*C'est un précoce, sérieux*». La conclusion sera rude : «*Il finira mal*».

Et puis arrive Georges Izambard, le catalyseur qui lui fait connaître ce Parnasse qui recherche : «l'art pour l'art», Baudelaire, Mallarmé, Sully Prudhomme et c'est la révélation : il fugue, monte à Paris où on l'emprisonne (à Mazas, quartier Saint Antoine) en tant que passager clandestin (il n'avait pas de billet de train). Georges Izambard le fait libérer tandis que Rimbaud lui déclare «*Je vous aime comme un frère*» (Besson) ou «*comme un père*» (Borer). Puis adviennent d'autres fugues : Paris, la Belgique... En 1871, Rimbaud monte à Paris où la Commune est en pleine débâcle et il évoque dans un poème son viol par des soldats et son écœurement (mais rien n'atteste ce viol ni sa présence à Paris).

«*Mon triste cœur bave à la poupe / Mon cœur est plein de caporal / Ils y lancent des jets de soupe / (...) Mon triste cœur bave à la poupe / Sous les quolibets de la troupe / Qui lance un rire général / Mon triste cœur bave à la poupe / Mon cœur est plein de caporal / Itiphaliques et proutpresques / Leurs insultes l'ont dépravé / (...) Ô flots abracadabrantiques / Prenez mon cœur qu'il soit sauvé ...*»

Mais Rimbaud restera associé à cette Commune plus durable qu'elle n'a duré et que l'on appelle parfois la Commune aux semelles de vent. Après la Commune, Rimbaud quitte définitivement l'école, se fâche avec Izambard qui, gagné par les théories sociales (il lui a fait lire *Les Misérables* de Victor Hugo), est dubitatif sur ses malheurs. Et, comme la Commune n'était pas une autre révolution mais une révolution autre, Rimbaud n'est pas un autre poète mais un poète autre.



Soldats de la Commune de Paris (1871).

Rimbaud va alors écrire à Verlaine qui lui répond : «Venez chère grande âme, on vous appelle, on vous attend». Rimbaud monte à Paris, les deux hommes deviennent amants, c'est la vie de bohème : amours, alcools, drogues et voyages. Verlaine le fait entrer au Club des Vilains bonshommes puis dans le Cercle Zutique qui dispose d'un album zutique et Rimbaud s'illustre par sa violence. Nombreux voyages : Londres, Bruxelles, etc. Nombreuses scènes de ménage jusqu'à ce jour de 1873 où Verlaine tire un coup de revolver qui brisera le poignet de Rimbaud tandis que lui, écoperà de 2 ans de prison.

À partir de ce moment Rimbaud abandonne la poésie. Il aura écrit 5 ans avant, dit Mallarmé, de «s'opérer vivant de la poésie». Il avait dit : «La vraie vie est ailleurs, nous ne sommes pas au monde». Alors il va sillonner le monde : Pays-Bas, Autriche, Allemagne, Italie, Hollande puis après l'Europe, il erre en Afrique et en Arabie pour se fixer à Aden (Yémen) et à Harar (Éthiopie) et c'est en piéton qu'il sillonne le monde, déserts et montagnes, souvent malade (insolation, typhoïde, etc.). Il est comme le prescrivait Charles Baudelaire : «allé au fond de l'inconnu pour y trouver du nouveau». Et il voulait partir encore après amputation de sa jambe droite à l'hôpital de la Conception à Marseille quand après une dernière visite à sa mère et un séjour chez Isabelle, il revint au grand port pour y mourir. Il voulait retrouver Aden et Djami, son deuxième grand amour. C'est ce que l'on nomme *l'œuvre-vie*.

Théorèmes du voyant

Pour Rimbaud, on naît poète plutôt que l'on devient poète. On est traversé par la poésie comme l'on peut l'être par une hallucination. Le poète est un élu : on est sacralisé poète sans l'avoir voulu et à vouloir mettre en forme la poésie, on cloue son cercueil.

La poésie est partout et non là où règne l'esthétisme baudelairien. Elle est partout, même dans la rue et Rimbaud va



Rimbaud debout à gauche, à Scheick Othman près d'Aden.



Paul Verlaine, l'amant d'Arthur Rimbaud.

rendre poétique ce qui était considéré comme crapuleux par le Parnasse dont il considère les poèmes comme des statues, disant après Horace : «Le texte du poète est plus durable que l'airain des statues».

Mais Rimbaud ne peut écrire sur les voyous : cette distance est antipoétique : il devient voyou : «Je m'encrapule de plus en plus», «Je me suis allongé dans la boue et je me suis séché à l'air du crime», «J'adorais le forçat intraitable sur lequel se referme toujours le baignoire». Il ne le regrettera jamais. Le diable, c'est ainsi qu'on l'appelle après *Une saison en enfer*, écrit : «J'ai eu raison dans tous mes dédains, Moi condamné dès toujours pour jamais». Et c'est en voyou qu'il souhaite mourir : «Vite, un crime, que je retourne au néant». Le poète est, pour cela, voyant.

Un voleur de feu

Rimbaud fait ici référence à Prométhée qui vola le feu aux dieux pour le restituer aux hommes, c'est-à-dire pour leur donner la culture traduite par Lévi-Strauss comme le passage du cru au cuit.

Mais cette terminologie n'est pas sans évoquer le choc avec le Réel lacanien (donc avec l'impossible) qu'évoque Rimbaud : «J'ai vu ce que les hommes ont cru voir» et il dit avoir fait reculer ce Réel : «J'écrivais les silences, des nuits je notais l'inexprimable, je fixais les vertiges». D'où cette brûlure à qui se risque au Réel : «Rimbaud a peur de ce qu'il découvre» écrit René Char.



Rimbaud a gravé son nom sur le temple de Louxor.

Il doit être résolument moderne

Poésie subjective

Ceci a été mis en relation avec le passage de la poésie en vers à la poésie en prose, et Verlaine dira de Rimbaud qu'il est un «prosateur étonnant», tandis qu'André Breton pensait que les vers rimbaldiens n'avaient rien à voir avec le système métrique mais entraient en relation avec notre Moi le plus intime. Rimbaud admet cette conception de sa modernité et dit être : «Un inventeur bien plus autrement méritant que tous ceux qui l'avaient précédé» et «qu'il a rêvé le miracle d'une prose musicale, sans rime et sans rythme, assez souple et assez heurtée pour s'adapter aux mouvements lyriques de l'âme, aux ondulations de la rêverie». C'est la prose subjective.

Le voyant

La modernité pour Rimbaud c'est l'anticipation : la poésie ne doit pas rythmer l'action mais la devancer. Mais pour être un voyant, il faut suivre un programme que Rimbaud nomme : le dérèglement systématique de tous les sens : tout ce qui est sensation (endogènes ou exogènes) naturelle ou artificielle (drogues) tout ce qui est émotion, sentiment : il faut s'y adonner pleinement, il faut que le Moi s'ouvre à la quintessence (cinquième essence : le concentré, le pur). Il faut être : «le grand malade, le grand criminel, le grand maudit, le suprême savant» puis restituer ces paroxysmes avec la langue de l'âme pour le tout-venant qui transforme l'énormité en norme.

Le poète doit chercher «le lieu et la formule»

«Et nous errions nourris du vin des tavernes / Et du biscuit de la route / Moi, pressé de trouver le lieu et la formule»

Le lieu, c'est l'inconnu. La formule, c'est la langue de l'âme. La langue fondamentale de la poésie moderne : «trouver de nouvelles harmonies, trouver une langue». D'où un Rimbaud pressé, un Rimbaud en état d'urgence, se délivrant du présent qui signe l'échec du programme : *«L'enfer c'est le présent»*, pressé d'en finir quand il sait le programme voué à l'échec *«Vite un crime, que je tombe au néant»* et laissant aux autres la conclusion : *«Tâches de raconter ma chute et mon sommeil»*, *«C'est faux de dire "je pense", on devrait dire "on me pense"»* : *«Je est un autre»*, dira Rimbaud. Phrase que l'on assimile au premier moment du stade du miroir où celui du miroir n'est pas moi et est virtuel. Pour Rimbaud, on n'est pas soi mais ce que les autres veulent que l'on soit. Le traitement de son œuvre par sa sœur Isabelle illustrera cette trahison.

Mythe psychanalytique et mythe rimbaldien

Assurément, Arthur Rimbaud est antipathique : persuadé d'être ange ou mage, il estime «que le devoir lui est remis» et qu'il est supérieur à tout : il insulte les gens, il méprise famille, hommes de lettres, il se drogue, il s'enivre, il se bat, il vit d'amours, il a des mœurs sexuelles alors douteuses. En une phrase, il dit son mépris de tout : *«Mais de voir que le beau temps est dans l'intérêt de chacun ... je hais l'été»*. Il se

dispense de tout : «Jamais je ne travaillerais, je ne serais ni une main à écrire ni une main à charrue». Certes il déteste l'humanité mais il suppose que l'humanité est un creuset de détestation : «*Nous nous dégoûtons les uns les autres*» et dans la foulée il se déteste aussi : «Je n'ai pas de sens moral, je suis une brute, un nègre». Il exècre cette morale qui fait de chacun de nous un dieu pour lui-même et, pour les autres, un porc. Et pourtant : «Il nous faut nous défendre de Rimbaud plus qu'il ne nous faut défendre Rimbaud lui-même».

En 1916, Freud écrit un article sur la perversion où il montre que le pervers dément la castration de l'Autre maternel en lui apposant un fétiche, cela, dit-il, lui évitant une perversion plus grande que le fétichisme : l'homosexualité. Il précise que le fétiche n'a aucun rapport formel avec le phallus manquant mais qu'il est le dernier objet entraperçu avant la découverte de la différence anatomique des sexes. Lacan rajoutera que le fétiche peut aussi être le corps propre du sujet ou une conduite psychopathique.

Octave Mannoni explique que le névrosé articule la phrase : «*Je sais bien ... mais quand même*». «*Je sais bien*», c'est je sais bien que les femmes n'ont pas de phallus, phrase qui subit les effets du refoulement et le «*mais quand même*», c'est la persistance de la croyance en la détention phallique universelle qui, elle, reste moïque. Le pervers a, à la place du «*mais quand même*», un fétiche, ce qui lui permet de conserver dans la partie moïque inconsciente deux courants de pensée : la castration et son démenti qui sont contraires et s'ignorent l'un l'autre.

Ainsi le monde pervers est un monde où la femme est perçue à double face : putain quand castrée car compromise



Verlaine et Rimbaud chantés par Léo Ferré.

au désir et punie, respectueuse quand dotée d'un fétiche. Il est le produit d'un homme et d'une putain. Rien ne lui faisant tant peur que la différence, il se dévoue au même sexe (Verlaine, Djami) mais aussi il réfute l'écart entre le Je et le Moi, le Je c'est moi et Rimbaud dit toujours Moi : «*Moi pressé de trouver ...*». Le Damné, c'est le croisement de l'homme et de la putain – quand la femme est dotée d'un phallus, c'est un homme alors comment naît-on ? Le pervers répond «de moi-même» et utilise alcool et drogues pour réapparaître au monde après l'éclipse toxique. La haine de toute différence peut l'amener au plus pur humanisme comme au totalitarisme absolu et arrivent alors l'esclavagiste supposé et le marchand d'armes avoué.

Rimbaud illustre aussi le corps fétichisé, corps hiérarchisé par la marche ; les accidents, les abus, corps fétichisé, assumption du corps comme corps glorieux dira Lacan.

Mais, avant tout, le pervers ayant eu une mauvaise surprise en voyant une croyance s'effondrer, celle en la détention phallique universelle, voudra être doté d'un savoir indestructible, non trompeur. C'est le Rimbaud dont parle Verlaine, le Rimbaud philo-mathe (philo-et-mathe) qui écrit à Monsieur Bautin, fabricant d'instruments de précision, à partir d'Aden : «*Monsieur, je désire connaître ce qui se fabrique de mieux en France (ou à l'étranger) en instruments de mathématiques, optique, astronomie, électricité, météorologie, pneumatique, mécanique, hydraulique et minéralogie*».

Oui Rimbaud va à la perversion comme le fil va à l'aiguille et le contre-transfert évoque sa duplicité moïque : loué ou conspué «*âne lugubre*» (André Gill), «*crapaud pustuleux*» (Rémy de Gourmont) et il faut tout l'amour de Verlaine pour lui rendre justice : «*Ce n'était ni le diable ni le bon Dieu, c'était Arthur Rimbaud, c'est-à-dire un très grand poète*». Pervers peut-être mais dans une posture dramatique que son esthétisme poétique rendait encore plus poignante : «*Mais vrai, j'ai trop pleuré, les aubes sont navrantes / Toute lune est atroce et tout soleil amer / L'âcre amour m'a gonflé de torpeurs enivrantes / Ô que ma quille éclate, ô que j'aille à la mer*» L'on comprend que Jacques Lacan ait pu parler du pervers comme du «*défenseur de la foi (...)* précieux auxiliaire de Dieu».

Bibliographie

1. Brunel (P), 2002, *Rimbaud*, Paris, Le Livre de Poche
2. Dhôtel (A), 1952, *Rimbaud et la révolte moderne*, Paris, La Table Ronde, 2004
3. Fondane (B), 1933, *Rimbaud le voyou et l'expérience poétique*, Paris, Non Lieu, 2010
4. Rimbaud (A), 1965, *Poésies, Une saison en enfer, Illuminations*, Éditions de Louis Forestier préfacée par René Char, Paris, Gallimard, 1999



Konan Simon Kouamé

Effets des violences subies et de l'estime de soi sur les comportements à risque chez les adolescents à Abidjan

Résumé : la socialisation, comme moyen d'acquisition des normes sociales amène souvent les plus jeunes, en l'occurrence les adolescents, à adopter des comportements visant à tolérer les risques liés à leur environnement. Ce constat motive cette étude qui vise à appréhender les comportements à risque adoptés par les adolescents sous l'angle des violences dont ils sont victimes et de leur estime de soi. L'échantillon constitué sur la base du plan factoriel comprend au total 320 adolescents dont l'âge varie entre 13 et 19 ans, de sexe masculin, provenant de milieu socioéconomique défavorisé et vivant hors de la résidence familiale. Le questionnaire utilisé permet d'obtenir des informations qui sont traitées au moyen du "t" de Student et de la corrélation linéaire de Pearson. Les résultats ainsi obtenus permettent d'affirmer que les violences faites aux enfants et l'estime de soi, sont des facteurs à prendre en compte dans l'explication des comportements à risque qu'ils adoptent.

Mots clés : violence, estime de soi, comportement risque, adolescents, accidents.

Summary : socialization as a means of acquiring social norms often leads younger, namely teenagers behaviors to tolerate the risks associated with their environment. This observation motivates this study to understand risk behaviors among adolescents in terms of violence experienced by children and their self-esteem. The sample constituted on the basis of the factorial design includes a total of 320 adolescents whose age varies between 13 and 19 years old, male, from disadvantaged socio-economic background and living outside the family home. The questionnaire provides information that is processed by the Student's t and Pearson linear correlation. The results obtained allow to assert that violence against children and self-esteem have an impact on risk behaviors that adolescents show.

Keywords : violence, self-esteem, risk behavior, adolescents, accidents.

Introduction

Le processus de socialisation permet à l'enfant d'acquiescer les normes sociales avec l'aide de l'adulte, plus particulièrement les parents. L'éducation, comme toute institution, repose sur des principes culturellement admis. Dans les sociétés africaines traditionnelles, les pratiques éducatives reposent souvent sur les violences car, comme le soutiennent les tenants de cette philosophie, c'est à travers les menaces et les sévices corporels que l'enfant apprend d'avantage. Ces pratiques, qui rentrent en contradiction avec la conception

moderne de l'éducation, ont des répercussions néfastes sur le développement psychoaffectif des enfants. L'intériorisation de la violence par l'enfant va le conduire à un certain comportement face au risque.

Les comportements à risque qu'adoptent les enfants engendrent chez ces derniers des incarcérations et des détentions dans certaines infrastructures de prise en charge des délinquants. Les statistiques du Bureau Ivoirien Catholique pour l'Enfance (BICE) montrent que plus de 648 adolescents délinquants ont été, pour 246 d'entre eux, récupérés par la Brigade de Protection des Mineurs et, pour 402 d'entre eux, conduits à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). Face à un tel constat, des investigations ont été menées sur la question des comportements à risque chez les adolescents afin d'en déterminer les causes et identifier des mesures préventives. Il en ressort que ces comportements sont inhérents à la consommation de certaines substances

Assistant de Faculté

Département de psychologie, UFR Sciences de l'Homme et de la Société
Université Félix Houphouët BOIGNY de Cocody-Abidjan (Côte d'Ivoire).
Auteur correspondant : Konan Simon KOUAME – kouamesimon@gmail.com . Portable : 225 40 87 86 93 / 225 05 76 45 52

proactives telles que la drogue et les stupéfiants [7 ; 16], alcool [2]) et à une idéalisation du risque [12].

Les résultats de ces investigations ont fait l'objet de plans d'éducation et de sensibilisation en vue d'une prévention efficace du phénomène. Malgré ces efforts, le phénomène des comportements à risque chez cette population d'individus demeure d'actualité et se pose avec acuité. L'ampleur que prend ce phénomène suscite la question de savoir si, alors qu'un tel comportement à risque des adolescents a fait l'objet d'investigations en vue d'une sensibilisation à grande échelle, qu'est-ce qui peut bien expliquer cette persistance des comportements à risque chez ces adolescents ? La réponse à cette interrogation amène à prendre en compte dans cette étude, les formes de violences dont ils sont victimes. Par ailleurs, chez les adolescents, dans un processus de construction du soi, n'est-ce pas leur estime de soi qui expliquerait ces comportements à risque qui les conduisent souvent dans les institutions carcérales ?

Pour appréhender davantage cet état de fait, il importe de réaliser cette étude qui vise à expliquer le comportement à risque qu'adoptent les adolescents sous l'angle des violences subies et de leur estime de soi. La réalisation de ce travail repose sur cinq parties principales dont la première est relative à la problématique, la deuxième est inhérente aux objectifs et aux hypothèses de travail. Quant aux troisièmes et quatrièmes parties, elles sont respectivement liées à la méthodologie et aux résultats. La cinquième partie traite de la discussion des résultats obtenus.

Problématique

Le comportement des individus dans un environnement social découle, comme le soutient Linton [15], de leur origine culturelle. C'est en fait, la culture en tant que l'ensemble des croyances, règles, pratiques, attitudes et rôles communs à un peuple ou un groupe social donné, qui forge chez l'individu une certaine personnalité. La socialisation se montre dans ces conditions comme un facteur essentiel dans l'acquisition des normes sociales et des conduites. Autrement dit, à travers le processus de socialisation, l'adolescent acquiert chez l'adulte des comportements lui permettant d'aborder sereinement les réalités sociales.

La socialisation se déroulant à travers l'éducation, plusieurs pratiques sont adoptées par les parents pour amener leurs progénitures à assimiler les règles et normes sociales. Au nombre des techniques utilisées dans l'éducation se trouve la violence qui peut être considérée comme étant l'utilisation de la force, de la position ou de l'autorité pour blesser volontairement son prochain. Dans la pratique éducative, il existe plusieurs formes de violence dont la première, la plus rudimentaire est la violence physique (sérvices corporels). En outre, il existe la violence psychologique qui repose sur les injures, de surnoms, de menaces, de l'isolement ou du rejet de l'enfant [21 ; 24]. Dans le milieu traditionnel, surtout africain, les enfants sont également victimes de violences liées aux pratiques traditionnelles telles que la violence sexuelle, le mariage précoce, la scarification, les

mutilations génitales féminines, les excisions des hommes, les rites initiatiques violents et les privations de toutes sortes. Les pratiques violentes sur les enfants provoquent, chez les victimes, des décès, des traumatismes qui engendrent souvent des comportements pathologiques tels que la peur (la phobie), des troubles de comportements comme les fugues ou la culture de la violence. De même, ces formes d'éducation adoptées par les parents amènent les enfants à adopter un comportement particulier face au risque qui est perçu par Leplat [14] comme étant la possibilité qu'un événement ou une situation entraîne des conséquences négatives dans des conditions déterminées. Dans une perspective culturaliste et surtout dans un champ qui est celui de la psychologie du risque, il est important de concevoir la violence faite aux enfants sous son aspect physique qui pourrait regrouper les sérvices corporels, les rites initiatiques qui constituent une sorte de formation à la tolérance du risque.

Les comportements à risque adoptés par cette frange de la population se traduisent entre autres par les vols, viols, attaques à mains armées, braquages, cambriolages, meurtres, ventes et/ou consommation de drogues et stupéfiants [17]. Ces actes, qualifiés par Einaudi [4] d'actes déviants, connaissent une croissance significative chez les adolescents et conduisent chaque jour plusieurs auteurs dans les geôles de la police et des institutions carcérales. Les enquêtes menées auprès du Bureau Ivoirien Catholique pour l'Enfance (BICE) en 2010 font état de plus de 648 adolescents délinquants dont 246 récupérés par la Brigade de Protection des Mineurs et 402 conduits à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan. Cette situation a des répercussions néfastes sur développement physique et psychologique de l'adolescent mais aussi sur sa vie sociale. Les comportements à risques ou conduites déviantes trouvent leurs explications à travers plusieurs facteurs.

Pour certains auteurs comme Trimpop et Zimolong [23], les comportements à risque sont le résultat de l'acceptation des risques qui est tributaire de certains déterminants psychosociologiques comme l'âge, le sexe et le niveau d'instruction. Pour ces auteurs, ces travaux réalisés dans le domaine de la guerre et des accidents de la circulation montrent que les hommes jeunes et peu instruits prennent les plus grands risques. Cette conception est précédée des travaux de Zuckerman [25] qui attribuent les comportements à risque à la personnalité. Pour cet auteur, les prises de risque sont liées à la quête de sensation forte ou d'expériences nouvelles. Sur le plan socioculturel, les comportements à risque sont davantage attribués à la perception du risque (Kouabenan, [6 ; 9 ; 10 ; 11]). Cette perception du risque est liée à plusieurs facteurs comme les illusions perceptives (optimisme comparatif, l'illusion de contrôle, l'illusion d'invulnérabilité, l'optimisme irréaliste...). Ces biais perceptifs expliquent les accidents dont sont victimes certaines personnes dans leurs prises de décisions.

De même, certains comportements à risque sont attribués à des troubles affectifs qui découlent de la maltraitance. La dépression et les comportements suicidaires sont depuis longtemps associés aux violences subies durant l'enfance

[20]. Des études portant sur les femmes souffrant de dépression révèlent de façon constante, selon Noller et Callan [18] et Ogien [19] leur forte exposition à la violence endurée pendant l'enfance. Le point de vue traditionnel, manifesté par des auteurs comme Taylor et Brown [22], suggère qu'une estime de soi élevée contribue à une meilleure santé mentale et influence de cette manière l'ajustement comportemental, émotionnel et social des adolescents. Ce point de vue est remis en cause par Brendgen [1] faisant remarquer qu'une estime de soi trop élevée entraîne des attentes peu réalistes et, quand celles-ci sont contredites, des sentiments dépressifs et des conduites agressives peuvent se manifester. Ces différentes recherches sur les comportements à risque, bien que mettant en exergue l'implication de certains facteurs, méritent que l'on y associe d'autres qui prennent en compte une autre méthodologie.

Objectifs et hypothèses

Cette étude vise à montrer que les comportements pathologiques tels que les comportements à risque sont tributaires de la violence dont sont victimes les enfants au cours de leur socialisation et de leur estime de soi. De cet objectif général découlent deux objectifs spécifiques dont le premier stipule que les comportements à risque adoptés par les adolescents dépendent de la violence dont ils ont été victimes. De même le comportement à risque qu'ils adoptent est corrélé à leur estime de soi. L'atteinte de ces objectifs nécessite l'élaboration d'hypothèses de travail qui seront soumises à l'épreuve des tâches.

Hypothèses de travail

Hypothèse générale

L'hypothèse générale de cette étude stipule que les violences faites aux enfants et l'estime de soi influencent les comportements à risque chez les adolescents.

Hypothèses opérationnelles

H1 : Les adolescents qui sont victimes de la violence adoptent plus de comportements à risque que leurs homologues qui ne subissent pas de violence.

H2 : Plus l'estime de soi des adolescents augmente, plus ils ont une fréquence d'adoption de comportements à risque élevée.

La vérification de ces hypothèses nécessite la mise en place d'une démarche méthodologique scientifiquement élaborée.

Méthode

Variables

La présente étude repose sur deux variables indépendantes (violences faites aux enfants et l'estime de soi) et une variable dépendante (comportements à risque). La première variable indépendante (violences faites aux enfants) est de nature qualitative avec deux modalités (ceux qui subissent les violences et ceux qui n'en subissent pas). La seconde variable

indépendante est relative au niveau d'estime de soi qui est une variable de nature quantitative. Quant à la variable dépendante (adoption de comportement à risque), elle est de nature quantitative. Elle est relative à la fréquence des actes délictueux commis par l'adolescent pendant une période donnée (dans la semaine).

Participants

Les participants de cette étude sont sélectionnés à travers la ville d'Abidjan, capitale économique de la Côte d'Ivoire depuis 1934. Le choix d'Abidjan s'explique par sa population qui est estimée à plus de 5 millions d'habitants, selon Leclerc [13]. De cette population, l'Institut National de Statistique (INS) [8] relève plus de 560032 adolescents de 15 à 19 ans d'âge. La croissance démographique d'Abidjan a engendré des comportements nouveaux dont la délinquance manifestée à travers la tolérance au risque.

La constitution d'un échantillon nécessaire à la réalisation de la présente étude repose sur la technique d'échantillon par choix raisonné, plus précisément la méthode surplace. Cette méthode a consisté à parcourir le District d'Abidjan et à sélectionner, à partir d'un point précis, les adolescents concernés par la recherche. Cette méthode d'échantillonnage a permis d'interroger au total 650 personnes. Le dépouillement effectué sur la base des caractéristiques de l'échantillon a permis de retenir finalement 320 sujets soumis à l'instrument de collecte des données.

Instrument

La collecte des données nécessaires à la réalisation de cette étude repose sur un questionnaire qui est, de l'avis de Chauchat [3], le mieux indiqué pour les études de tendance quantitative comme celle-ci. Le choix du questionnaire repose également sur la rigidité de l'ordre des questions qui permet d'obtenir une certaine crédibilité dans les réponses. Une facilité de dépouillement justifie également le choix du questionnaire.

Le questionnaire utilisé ici comporte globalement quatre parties dont la première est relative aux variables biographiques telles que l'âge, le sexe, le quartier d'origine, catégorie socioéconomique des parents. La deuxième partie de cet instrument est relative à la maltraitance qui comprend des questions liées aux violences faites au sujet. Quant à la troisième partie du questionnaire, elle est relative à la tolérance au risque qui s'exprime en termes de fréquence de commission d'actes délictueux et de la qualité de ces infractions. La dernière partie de notre instrument est l'échelle de l'estime de soi inspirée de celle de Vallières et Vallerand [25].

L'élaboration de ce questionnaire s'est déroulée selon trois (3) principales étapes. La première étape a consisté à faire un entretien exploratoire afin d'identifier les indicateurs de la maltraitance, de l'estime de soi et de la tolérance au risque. La deuxième étape de l'élaboration de cet instrument a consisté à soumettre les items à un procédé qualifié de la méthode des juges. Cette méthode consiste à soumettre à



Un gang de "microbes" à Abidjan.

des personnes de qualification différentes, les items élaborés afin d'apprécier leur degré d'ambiguïté. Cette épreuve a vu la participation de 20 personnes. Pour tester l'accessibilité du questionnaire (niveau de compréhension des questions), un pré-test a été réalisé auprès de 25 adolescents. Ces différentes étapes ont permis d'élaborer un instrument susceptible de recueillir les informations nécessaires à une analyse.

Cette enquête s'est déroulée à Abidjan, dans les centres d'accueil comme le Bureau Ivoirien Catholique pour l'Enfance (BICE), les maisons d'éducation et également à la Maison d'Arrêt et de Correction d'Abidjan (MACA). Ces établissements hébergent respectivement les enfants maltraités, les enfants en éducation normale et les délinquants. Les informations recueillies ont fait l'objet d'un dépouillement et d'un traitement statistique à l'aide du "t" de Student (pour l'évaluation de la relation entre la maltraitance et de la tolérance au risque) et de la corrélation linéaire de Pearson (pour la relation entre l'estime de soi et la tolérance au risque).

Résultats

La réalisation de cette étude repose principalement sur deux (2) hypothèses opérationnelles. Ces hypothèses sont formulées en termes de différences entre les fréquences des sujets. Cela implique donc une comparaison des groupes des sujets équivalents. Pour traiter les données relatives à cette comparaison, nous avons recours au test statistique du khi carré de Pearson. Le choix du khi carré réside dans le fait que les hypothèses émises visent à croiser les variables indépendantes avec la variable dépendante. Cela revient à comparer ces différents groupes sous l'angle des fréquences des sujets.

Violences subies et comportement à risque

Le "t" de Student utilisé pour le traitement statistique des données a permis d'obtenir une valeur de "t" [$t(320) = 35,91$; $P < 0.01$] qui montre une différence significative entre le niveau de tolérance au risque observé chez les adolescents maltraités et celui des enfants non maltraités. La comparaison des moyennes des deux catégories d'adolescents montre que la moyenne observée chez les adolescents maltraités ($Mx = 0,36$) est supérieure à celle de ceux qui ne sont victimes de maltraitance ($Mx = 0,10$). Ces résultats corroborent l'hypothèse qui stipule que les adolescents qui sont victimes de maltraitance ont un niveau de tolérance au risque plus élevé que ceux qui ne sont pas maltraités.

L'explication de ces résultats repose sur le postulat que le processus de socialisation qui passe par l'éducation rencontre souvent la résistance de l'apprenant qui trouve un déphasage entre ses ambitions et les règles sociales. Cette résistance conduit l'adolescent à rechercher une autonomie pour donner libre expression à ses émotions et ses conduites. Dans cette quête, l'autonomie fonctionnelle amène souvent l'adolescent à fréquenter la rue où il va acquérir un autre type de socialisation qui rime avec la délinquance et les comportements à risque. Dans ce nouveau biotope, l'adolescent va acquérir les leçons et stratégies de la délinquance. Ces comportements à risque qu'ils adoptent dans la rue les conduisent souvent dans les geôles de la prison ou même les morts accidentelles. La rigueur dans l'éducation peut être une source d'inadaptation de l'adolescent qui peut désertier le milieu familial et se retrouver dans la rue où les choses se déroulent avec un peu plus de souplesse.

La socialisation, en tant que phénomène culturel peut, dans certaines contrées, reposer sur la violence. Cette maltraitance qui consiste souvent à infliger à l'adolescent des sévices corporels (tortures), des privations de toute sorte, etc. peuvent perturber le processus d'attachement de

l'adolescent au milieu familial. La violence psychologique peut aussi empêcher les jeunes de développer des réponses émotionnelles appropriées et engendre des difficultés émotionnelles au cours de leur existence. Cela s'explique par le fait que, terrorisé, ignoré, opprimé, agressé verbalement, l'adolescent entretient un climat de terreur, de peur autour de lui parce que l'adulte se montre d'une extrême sévérité en le traitant avec toutes sortes de sobriquet, des surnoms dégradants et humiliants. Toutes ces attitudes poussent l'adolescent à se sous-estimer, ou à vouloir se venger en s'adonnant à des actes délictueux. Ces actes constituent une manière de faire payer les parents, les proches, en somme la société, de la démission parentale ou de l'irresponsabilité de la société.

La maltraitance comme contenu de la socialisation peut avoir des effets traumatisants sur les adolescents qui intériorisent cette agressivité comme mode de fonctionnement. Leur personnalité névrotique est à la base des actes délictueux qu'ils posent sans état d'âme.

Estime de soi et comportements à risque

L'utilisation de la corrélation linéaire de Pearson donne des résultats significatifs ($r=.53$, $p<.0001$). Ces résultats montrent que l'estime de soi et le niveau de tolérance au risque varient positivement. Cela signifie que plus l'estime de soi augmente, plus la tolérance au risque augmente.

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que dans son évolution psychologique, l'enfant a tendance, en fonction de son âge, à acquérir une certaine indépendance et s'identifiant aux autres. Cette crise d'adolescence amène l'enfant à se trouver aussi fort que les autres de son âge, aussi courageux qu'eux. C'est dans cette idéalisation du risque qu'il va adopter des comportements accidentogènes avec ses conséquences néfastes pour lui-même. En s'appuyant sur la théorie du comportement planifié, nous pouvons soutenir que plus l'enfant grandit, plus son estime de soi augmente et plus il réunit les moyens pour commettre des actes délictueux. Les résultats montrent également que selon le niveau de stress, les risques encourus sont plus importants que lorsque l'estime de soi est d'un niveau inférieur.

Discussion des résultats

Dans la présente étude, il a été analysé le rôle de la maltraitance et de l'estime de soi dans l'occurrence des comportements à risque chez les adolescents. Les résultats obtenus confirment les hypothèses émises. Ces résultats corroborent ceux de Fernauguste-Sanson [5] qui rapporte que les violences et les sévices exercés sur les enfants ainsi que les brutalités disciplinaires des méthodes éducatives ont des répercussions néfastes sur le développement psychologique des victimes. Même si cette recherche est axée sur la délinquance, elle donne des éléments importants pouvant permettre de mettre en évidence les effets des comportements parentaux sur l'équilibre psychologique des enfants. De même, cette étude donne des résultats similaires à celles de Kouamé [11 ;12] sur les comportements à risque à

travers le choix des moyens de transport et l'explication des accidents de la circulation. Il montre, en s'appuyant sur la théorie du comportement planifié, que les comportements à risque adoptés par les individus sont liés à leur perception du risque qui est culturellement déterminée.

Conclusion

Les comportements à risque chez les adolescents constituent une préoccupation majeure pour les autorités politiques et surtout les organismes internationaux qui se chargent de la question. Cet intérêt accordé à ce phénomène social tire ses fondements dans les conséquences de tels actes sur l'évolution psychosociale des individus. Dans une perspective qui est celle de la psychologie du risque, la présente recherche vise à appréhender les actes délinquants comme des comportements à risque. L'analyse scientifique de ce phénomène repose sur deux hypothèses opérationnelles dont l'une vise à établir le lien entre les comportements à risque adoptés par les adolescents et les violences vécues par ces derniers. De même, cette étude cherche à établir une corrélation entre l'estime de soi de ces adolescents et les comportements à risques qu'ils adoptent. Il ressort de ces hypothèses que les comportements à risque adoptés par les adolescents peuvent s'expliquer par la violence subie et l'estime de soi développée.

Références bibliographiques

1. Brendgen, M.L. Is there a dark side of positive illusions? Overestimation of social competence and subsequent adjustment in aggressive and nonaggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2004, 32 (3), 305-320
2. Causse, P., Kouabenan, D. R. et Delhomme, P. Perception du risque d'accident lié à l'alcool chez des jeunes automobilistes : quelques déterminants de l'optimisme comparatif. *Le Travail Humain*, 2004, 3, 235-256.
3. Chauchat, H.. *L'enquête en psychosociologie*. Paris : PUF, 1995.
4. Einaudi, J.L.. *Les mineurs délinquants*. Paris, Fayard, 1995.
5. Fernauguste-Sanson, M. M.. Les troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent, vers une cohérence des pratiques pluridisciplinaires, 2001, <http://www.clement.celine.free>, consulté le 05 avril 2008.
6. Gandit, M., Kouabenan, D. R. et Caroly, S.. Road-tunnel fires : Risk perception and management strategies among user. *Safety Science*, 2009, 47, 105-114.
7. Hermand, D., Bouyer, M. et Mullet, E.. Les facteurs psychologiques de la perception de la gravité des risques sociétaux, d'eaux minérales à armes nucléaires. In Kouabenan D. R., Cadet B., Herman D. & Muñoz Sastre M. T. (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck, 2006, pp. 62-83.
8. INS . *Recensement Général de la Population et de l'Habitat*. Abidjan, INS, 1998.
9. Kouabenan, D. R. Des facteurs structurants aux biais

- ou illusions dans la perception des risques. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck, 2006, pp., 125-146.
10. Kouabenan, D. R. Role of beliefs in accident and risk analysis and prevention. *Safety Science*, 2009, 47, 767-776.
 11. Kouamé, K. S. Influence des croyances et du niveau de tolérance au risque sur le choix des moyens de transport à Abidjan. *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô, 2011, n°11, 91- 106.
 12. Kouamé, K. S. Perception et optimisme comparatif comme facteurs explicatifs des accidents-piétons à Abidjan. *Revue Invoirienne de Sociologie*, KASA BYA KASA, 2012, 21, 152-164.
 13. Leclerc, J. Côte d'Ivoire- les religions. In *l'aménagement linguistique dans le monde*. Québec : TLFQ, Université Laval, 2002.
 14. Leplat, J. Risque et perception du risque dans l'activité. In D. R. Kouabenan, B. Cadet, D. Herman & M. T. Muñoz Sastre (Eds.), *Psychologie du risque*, Bruxelles : De Boeck, 2006, pp. 21-33.
 15. Linton, R. *Le fondement culturel de la personnalité*. Paris : Dunod, 1999.
 16. Muñoz Sastre, M. T. et Sorum, P. C. La perception des risques liés à la maladie : le cas de l'hépatite C. In Kouabenan D. R., Cadet B., Herman D. & Muñoz Sastre M. T. (Eds.), *Psychologie du risque*. Bruxelles : De Boeck, 2006, pp. 201-222.
 17. Mucchelli, L. (2000), *Famille et délinquance : un bilan pluridisciplinaire des recherches francophones et anglophones*, <http://www.cesdip.msn.fr>, consulté le 10 janvier 2009.
 18. Noller, P. et Callan, V. *The adolescent in the family*, London, Routledge, 1991.
 19. Ogien, A. *Sociologie de la déviance*, Paris, Armand Colin, 1995.
 20. Padis, M. O. Délinquance juvénile, droit des mineurs et violence collectives, *Revue Internationale de Psychologie*, 2007, 4, 34-52.
 21. Pinheiro, P. S. *Rapport mondial sur la violence contre les enfants*. Achinto, Unicef, 2006.
 22. Taylor, S. E. et Brown, J. D. Positive illusion and well-being revisited: separating fact from fiction. In *Psychology Bulletin*. Washington DC, American Psychology Association, 1994.
 23. Trimpop, R. et Zimolog, B. L'acceptation du risque. In *Encyclopédie de sécurité et santé au travail*. Genève : OIT, 2000, vol. II, pp.59.31-59.37.
 24. Unicef. From perception to reality : A study on child protection in Somalia, Somalia, Unicef, 2003.
 25. Vallières, E. F. et Vallerand, R. J. Traduction de l'échelle de "Rosenberg's Self-Esteem scale" par Evelyne F. Valière et Robert J. Vallerad, 1990. *International Journal of Psychology*, 1990, 25, 305-316.
 26. Zuckerman, M. Attribution of succes and failure revisited, or the motivational bias is alive and well in attribution theory. *Journal of personality*, 1979, 47, 245-287.



Dans le centre d'Abidjan.



Alphonse
Noudamadjo



Joseph Agossou

Vécu d'un adolescent présentant une anomalie de la différenciation sexuelle (ADS)

Auteurs : Alphonse Noudamadjo¹, Joseph Agossou², Julien Didier Adédémé³, Francis Tognon Tchégnoni⁴, Anselme Djidonou⁵, Antoine Emile Dodji Mensah⁶, Laifoya Olodo⁷, Anatole Lalèyè⁸, Prosper Gandaho⁹.

Résumé : vivre avec une ambiguïté sexuelle constitue un poids à la fois social et psychologique énorme en milieu Bariba au Bénin où la culture place l'homme au dessus de la femme. Zénabou de sexe masculin génétiquement, mais précocement baptisé fille par une erreur d'appréciation clinique de son sexe à la naissance, s'emploie à son corps défendant pour réparer cette erreur initiale et réintégrer son univers psychosocial. Les circonstances de prise de contact avec lui, son vécu psychosocial et le poids du regard de la communauté sont les éléments rapportés par les auteurs dans ce travail. Ce cas de pseudohermaphrodisme masculin suggère la nécessité d'une déclaration différée du sexe à l'état civil. Ce qui éviterait les erreurs diagnostiques particulièrement préjudiciables pour l'acquisition d'une identité psychosexuelle stable par de tels enfants / adolescents.

Mots clés : anomalie de la différenciation sexuelle ; pseudohermaphrodisme masculin; identité psychosexuelle ; Bénin.

Summary : *Suffering of a teenager with a disorder of sex development (DSD)* – living with a sexual ambiguity constitutes a psychological weight in the Bariba socio-cultural area in Benin where men are considered as the superior sex. Zénabou genetically male, but early called girl because of a clinical error of assessment of sex during his birth will to repair this initial error. His psychosocial experience and the weight of the look of his community are reported in this work. This case of male pseudohermaphrodite suggests the need for a delayed sex civil status statement. This would avoid harmful diagnostic error, particularly damaging for the acquisition of a stable psychosexual identity for children and adolescents.

Keywords : disorder of sex development ; male pseudohermaphrodite ; psychosexual identity ; Benin.

Introduction

L'ambiguïté sexuelle est un ensemble d'anomalies génitales rares relevant de causes diverses souvent peu évidentes à la seule observation clinique. Elle peut parfois partir de désordres génétiques ou endocriniens bien étiquetés, qui affectent l'aspect voire le fonctionnement des organes génitaux.

Alors qu'elle était auparavant état intersexué ou pseudohermaphrodisme [1 ; 2], une nouvelle nomenclature internationale a mis en place le terme DSD : disorder of sex development ou anomalie de la différenciation sexuelle (ADS) [3].

La confirmation du diagnostic comporte la réalisation du caryotype, la recherche de déficits enzymatiques dont la 17 hydroxy-progesterone et la recherche de malforma-

1. Maître-Assistant, Pédiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
2. Maître-Assistant, Pédiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
3. Maître-Assistant, Pédiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
4. Maître de Conférences Agrégé, Psychiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
5. Maître-Assistant, Psychiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou

6. Maître-Assistant, Chirurgien
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
7. Médecin généraliste
Zone Sanitaire de Banikoara
8. Professeur Titulaire, Cytogénéticien et Biologiste Moléculaire
Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi
9. Professeur Titulaire, Psychiatre
Faculté de Médecine de l'Université de Parakou
Auteur correspondant : NOUDAMADJO Alphonse BP 02 Parakou, Bénin
– E-mail : alphonse_ndama@yahoo.fr – Téléphone (229) 90 049 007

tions associées du sinus urogénital par l'échographie et l'endoscopie.

En fonction du résultat, le choix du sexe de l'enfant est retenu de concert avec les pédiatres, les endocrinologues et les chirurgiens. Une intervention peut être nécessaire pour adapter au mieux le phénotype au sexe d'élevage afin que ces enfants puissent « le plus normalement possible » se construire une identité sexuelle personnelle et sociale. Classiquement, il est recommandé aux parents d'attribuer à l'enfant présentant une « ambiguïté sexuelle » un prénom « ambigu » pouvant correspondre à la fois tant à un sujet de sexe masculin que féminin avant même la détermination du sexe génétique.

L'anomalie de différenciation sexuelle est une situation grande pourvoyeuse de troubles psychologiques importants surtout pour les enfants mais également pour les familles. C'est justement ce versant psychologique qui a fait l'objet de la réflexion menée à travers le cas clinique exposé dans les lignes qui suivent.

Description du cas clinique

Il s'agit d'un enfant âgé actuellement de 17 ans selon la mère, né à la maternité de Founougo, arrondissement de Founougo, commune de Banikoara au nord du Bénin. Le feu père âgé de 40 ans à la naissance de l'enfant était cultivateur, grand alcoolique et tabagique. La mère vivante, âgée de 30 ans environ à la naissance de l'enfant est ménagère sans problème particulier de santé. Elle ne serait pas tabagique ni alcoolique. Il n'y aurait pas de lien de parenté entre les parents.

L'enfant occupe le 3^e rang dans une fratrie de 7 dont trois décédés de maladies infectieuses probables (notion de fièvre). Dans la fratrie, un autre enfant présente une anomalie similaire mais porte un prénom de garçon. C'est le cadet direct de notre propositus.

La grossesse aurait été bien suivie selon la mère avec plusieurs consultations prénatales. L'accouchement serait survenu à terme par voie basse. Le poids à la naissance n'est pas connu (carnet de santé perdu) mais il serait trop gros à la naissance selon sa mère. Par rapport au développement psychomoteur la tenue de la tête se serait effectuée à 4 mois ; la position assise a été faite à 7 mois, la marche à 4 pattes à 9 mois; la marche et le langage auraient été acquis après 2 ans. Il aurait débuté l'école primaire à 9 ans et est actuellement en classe de sixième. Sa performance scolaire est de niveau moyen.

Dans son comportement social, l'habillement est de type masculin actuellement. Mais depuis sa naissance, ses parents l'avaient habillé comme une fille puis, après s'être rendu compte qu'il avait un morphotype masculin, ils lui ont changé son mode d'habillement. Il s'amuserait préférentiellement avec des amis de sexe masculin.

Les parents sont de l'ethnie Bariba, comme la grande majorité des habitants du milieu. Le groupe culturel Bariba est

caractérisé par un régime patriarcal très marqué dans lequel le sujet de sexe masculin est très dominant.

Circonstances de découverte

L'enfant nouvellement classé dans un collège d'enseignement général en classe de 6^{ème}, après avoir obtenu le certificat d'études primaires (CEP), fut renvoyé par le directeur pour tenue non conforme au sexe. En effet, l'enfant nommé Bona par ses parents à la naissance (prénom féminin en langue locale Bariba signifiant troisième fille de la fratrie), fut baptisé selon le rite musulman et a reçu le prénom Zénabou, prénom de fille. Il a porté ce prénom toute son enfance et son adolescence dans un contexte socioculturel de régime patriarcal accentué par la religion. Bona ou Zénabou a un sexe psychologique personnel masculin puisqu'il s'est toujours considéré comme un garçon en dépit du prénom qui, selon lui, est la source de son malheur. « Je suis prêt à acheter un mouton pour qu'on me rebaptise » a-t-il confié. Notre rencontre avec cet enfant s'est faite à la faveur d'une mission à l'hôpital de zone de Banikoara (Nord-Bénin) dans le cadre d'un renforcement des capacités des personnels des maternités de premier niveau, sur la réanimation néonatale et l'examen systématique du nouveau né.

C'est pour avoir un certificat prouvant qu'il était bel et bien un garçon que Zénabou s'était rendu au centre de santé de sa localité d'où il a été référé à l'hôpital chez le médecin chef qui nous l'a présenté.

Description de l'anomalie

L'examen physique a montré :

- un enfant de morphotype masculin avec une poitrine large sans bouton mammaire,
- des signes de début de puberté : poils pubiens de type losangique à la base de la verge (stade P3- P4 de Tanner),
- des organes génitaux externes de type masculin (pénis coudé de 4cm de long à la base duquel se trouvait une fente, le méat urinaire de couleur rose localisé près du scrotum réalisant un hypospadias ; le testicule gauche était palpable dans le scrotum et mesurait 3 cm x 1,5 cm x 1,5 cm selon l'orchidométrie ; l'hémi-scrotum droit était vide. Le testicule et le scrotum sont encore de taille infantile (stade G2 de Tanner),
- un poids de 51kg,
- une taille de 1,60 m,
- un indice de masse corporelle à 19,92 kg/m²,
- La tension artérielle était de 100/70 mm Hg.

Le bilan paraclinique de première intention [4] devrait comprendre un dosage des hormones plasmatiques (LH, FSH, -HCG, testostérone, prolactine, œstradiol), une échographie abdomino-pelvienne et une urographie intraveineuse. En seconde intention, en fonction de l'examen clinique, une radiographie du poignet et du bassin (âge osseux), un bilan thyroïdien et un examen cytot bactériologique des urines. Le caryotype et les dosages hormonaux complémentaires (17-OH progestérone, 17-OH prégnénone, prégnénone, ACTH, dihydroépiandrosterone) sont également

recommandés dans le bilan des ADS. Pour des raisons de disponibilité, les examens complémentaires réalisés chez Zénabou étaient les suivants :

- une échographie du pelvis et des organes génito-urinaires qui a montré la présence de la prostate, des vésicules séminales et de deux testicules hyperéchogènes,
- un caryotype à garniture chromosomique de type masculin normal (46, XY).

Prise en charge de Zénabou

La prise en charge a été multidisciplinaire requérant l'intervention du pédiatre, du généticien, du radiologue, du chirurgien et du psychiatre. Elle a consisté à :

- organiser une consultation d'aide et de soutien psychologique dans le sens d'harmoniser ses différents sexes (morphologique, gonadique, chromosomique, psychologique et social),
- faire le point des anomalies en réalisant une échographie abdominale, et des organes génitaux externes et une consultation génétique (détermination du sexe biologique par le caryotype),
- organiser une réparation de l'hypospadias pour les deux frères : dans ce cadre une prise en charge chirurgicale gratuite a été organisée et réalisée au profit de l'enfant et de son frère cadet. Ainsi le premier porteur d'un pénis coudé associé à une ectopie testiculaire droit et un hypospadias bas inséré, a bénéficié d'un abaissement du testicule droit dans l'hémiscrotum homolatéral avec une plastie urétrale. Pour le frère cadet qui portait un micropénis de 1 cm de long, il a été réalisé un allongement jusqu'à 3 cm ;
- aider à la reprise de l'état civil de cet enfant, lui permettant de porter un nom masculin avec le sexe correspondant sur ses actes d'état civil comme il l'a tant souhaité. Ce processus de normalisation de l'état civil est en cours.

Discussion

Les anomalies de différenciation sexuelle sont rares. Au Bénin, aucune étude n'a fait le point de sa fréquence dans la communauté. Une étude réalisée au Mali a rapporté une fréquence de 0,54% [5]. En dépit de cette rareté, elles constituent une source importante de souffrance psychosociale des enfants victimes et de leurs parents. La cryptorchidie, principale anomalie de la différenciation sexuelle masculine, est sans doute liée à une dysgénésie testiculaire impliquant des mécanismes génétiques, hormonaux et environnementaux qui perturbent l'embryogenèse et le développement gonadique fœtal. Elle est également un facteur de risque d'infécondité à l'âge adulte [6]. L'exemple de Zénabou en dit long. En effet cet enfant a dû vivre des situations assez difficiles. Un enfant qui en arrive à des déclarations d'adultes pour améliorer sa situation, un enfant qui veut prendre des responsabilités dans le sens d'effacer l'existant pour mieux affronter la communauté devant l'inaction de ses parents montre la profondeur de sa souffrance. Selon lui, il est né garçon mais la société en a décidé autrement faisant écrire à sa place un destin qu'il ne mérite certainement pas.

En fait, Zénabou a été victime d'un triple destin ; le premier biologique, le second lié aux limites de la prise en charge, le troisième enfin, procédant des pesanteurs socioculturelles. Les limites de la prise en charge du système sanitaire de notre pays a fait que l'examen systématique du nouveau-né, même s'il a été fait, n'est pas suivi de soins de qualité comme l'exigent l'art médical international et universel [7] et le « Guide des normes et bonnes pratiques ; à l'usage des professionnels de la santé » du Ministère de la santé du Bénin [8]. Autrement, les agents de santé auraient dû convenablement gérer la situation d'incertitude d'attribution du sexe à l'enfant en lui donnant par exemple un prénom « unisexe » quitte à le modifier après lorsqu'avec l'âge, le sexe se serait mieux différencié. Issu de milieu socioculturel défavorable avec toutes ses pesanteurs, Zénabou a été épargné du triste sort que subissent les enfants-sorciers [9] dans un environnement social défavorable voire hostile à la moindre déviation de la morphologie.

Le préjudice biologique de Zénabou semble être déterminé par les conditions sociales des parents ; l'alcoolisme et le tabagisme du père pourraient constituer des facteurs en cause dans la survenue de toute malformation y compris celle-ci. Par ailleurs, le fait que Zénabou serait gros à la naissance peut faire émettre l'hypothèse de diabète maternel au cours de la grossesse, responsable connu de fréquentes malformations [7]. En outre, un déficit en 5 alpha réductase 2 pourrait être évoqué comme cause du pseudohermaphrodisme masculin [10].

Du vécu psychosocial par la société

Pour la société, le véritable dilemme est résumé par la question du comportement à adopter envers un enfant qui n'est ni fille ni totalement garçon.

L'enfant est considéré comme un fétiche et « toute personne qui tenterait de l'aider aura des ennuis de santé », a confié l'infirmier responsable du centre de santé du village. Lorsque ce dernier a été contacté pour organiser la réparation de l'hypospadias de Zénabou par des missionnaires religieux, celui-ci en a été dissuadé pour avoir été victime d'un malencontreux accident de circulation dans la même période ; malheureuse coïncidence qui vient étayer une autre forme de causalité de la maladie en vigueur dans la tradition de Zénabou.

Le regard de la société sur Zénabou est celui lié au soupçon, au comportement et aux non-dits des « autres » surtout à une période de vie aussi sensible qu'est l'adolescence. Malgré tout ce fardeau porté par Zénabou, aucune assistance psychologique spécialisée n'a été portée ni à l'enfant qu'il a été, ni à sa mère auparavant.

Le préjudice psychosocial de Zénabou

Zénabou paraissait joyeux malgré la violence du regard social à cause de l'anomalie qu'il porte. C'est lorsqu'il a sorti l'expression « Je suis prêt à travailler à n'importe quel prix pour acheter un mouton afin qu'on me rebaptise, qu'on m'enlève mes prénoms de fille, source de mes problèmes »,



Filles et garçons à Abomey (Bénin, 2008). Photo Psy Cause.

que nous avons mesuré toutes les souffrances morales et psychologiques qu'il endurait. L'autre poids psychologique est ses relations heurtées avec les filles de son âge. Il a déclaré avoir peur de répondre favorablement à une fille qui s'intéresserait à lui.

Vécu psychosocial des parents

L'enfant a été d'abord considéré comme de sexe féminin. Ceci met les parents devant l'embarras de l'accepter comme garçon sans en être surs. Ces parents vivent également un poids psychologique issu des injures pour « progéniture malformée ». Par ailleurs, ils éprouvent la peur de ne pas voir leur enfant se marier un jour. Un tel comportement de l'entourage des familles ayant des enfants porteurs d'anomalie de la différenciation sexuelle a été rapporté en Algérie par BADIS qui a montré les aspects psychosociaux similaires à ceux retrouvés dans le cas actuel [11].

Le vécu de la mère s'est traduit par une fatalité et une accusation. Elle accepte cette situation avec beaucoup de philosophie. Ce comportement maternel d'acceptation facile du « destin » de son enfant est certainement déterminé par le fait qu'elle a plusieurs autres enfants « normaux ». Une famille à enfant unique n'aurait pas eu le même comportement devant la même situation.

La mère manifeste une fatalité et de la résignation par rapport à la maladie de ses enfants et lie cette situation à l'alcoolisme du feu père. Elle considère par ailleurs Zéna-

bou comme un petit fétiche ne pouvant jamais guérir de cette maladie. D'un autre point de vue, en l'occurrence celui de Anne Fausto-Sterling [12] « apposer sur quelqu'un l'étiquette « homme » ou « femme » est une décision social ». Mais la vulnérabilité psychologique de Zénabou serait le résultat d'une illusion optique d'un état intersexué. Pour éviter l'erreur induite par cette illusion optique, il aurait fallu à la suspicion de l'ambiguïté sexuelle découverte à la naissance, différer la déclaration de sexe à l'état civil au-delà du délai habituel. L'équipe pédiatrique, psychiatrique obstétricale et chirurgicale disposerait d'une marge de temps pour déterminer un sexe d'élevage en tenant compte des futures compétences sexuelles et fertiles possibles de l'enfant [6].

Conclusion

Le poids psychosocial engendré par les anomalies de différenciation sexuelle est très lourd. Il l'est davantage lorsque la prise en charge multidisciplinaire n'est pas organisée dès la naissance ou plus tôt. Le cas de Zénabou en est une illustration.

Le traumatisme psychologique subi par cet enfant aurait été moindre si une prise en charge adéquate avait été démarrée dès la naissance. Ceci est la preuve de la nécessité d'un examen systématique du nouveau-né par un agent de santé qualifié et formé à cet effet.

Références

1. Folligan K, Laleye A, Moumouni H, Koffi KS, Yao GV, Adjagba M, James YE, Anoukoum T, Akakpo-Numado G, Hazemdjé-Nimtche H, Defolo A, Darre T, Amegbor A, Boukari BS, Darboux RB. Anomalie de développement sexuel : Un cas de pseudohermaphrodisme féminin ou anomalie du développement sexuel XX. *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*. 2012 ;(14) 1:66-70
2. Frédérique Kuttenn, Marie-France d'Acremont, Irène Mowszowicz.. Anomalies de la différenciation sexuelle. EMC – Endocrinologie-Nutrition 2003 [Article 10-033-A-10]
3. Gay C-L., Tamet J-Y. La découverte d'une anomalie de différenciation sexuelle. *Len Médical, Pédiatrie pratique* Octobre 2010. Consulté sur le site www.jimpédiatrie.org Pédiatrie, le février 2011.
4. Diakitèa M L, Berthé Ha J G, Timbelya A, Diallo M, Maigaa M, Diakitèa A, Diallo M, OuattaraaK, Faureb A. Problématique de la prise en charge des anomalies de la différenciation sexuelle dans le service d'urologie : CHU Point G. EMC – Progrès en urologie. 2013 ; 23 : 66—72
5. Sidibe AT, Cisse I, Diarra AS, Bocoum IA, Dembele M, Traoré HA. Les ambiguïtés sexuelles en médecine interne de l'Hôpital du Point G Bamako – Mali. *Mali Médical* 2005 T XX N° 18&2 39
6. Mahler K W, Kurzenne J-Y. Prise en charge du nouveau-né cryptorchide : un travail d'équipe médico-chirurgical. *Médecine Thérapeutique / médecine de la reproduction*. 2007;(9) 2:105-13
7. Organisation mondiale de la santé. Soixante-troisième assemblée mondiale de la santé. Malformations congénitales. Rapport du secrétariat. A63/10. Avril 2010
8. Ministère de la santé. Guide des normes et bonnes pratiques ; A l'usage des professionnels de la santé. Bénin, fév 2012 ; 188p
9. Tonda J. La violence de l'imaginaire des enfants-sorciers. *Cahiers d'études africaines*. 2008;189-190: mis en ligne le 08 avril 2011, consulté le 24 août 2013. URL : <http://etudesaficaines.revues.org/10872>
10. Sultan C, Poujol N. Déficit en 5 alpha Réductase 2, *Encyclopédie Orphanet*, avril 1997. Disponible sur le site <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-reduc.pdf>. Site visité le 05 février 2011
11. Badis Abdelkader. L'ambiguïté sexuelle : « Représentations et Attitudes parentales » ; Thèse de Doctorat en Psychologie Clinique. Université Mentouri-Constantine Algérie 2008. Disponible sur le site bu.umc.edu.dz/theses/psychologie/BAD1034.pdf. Site consulté le 02/8/2012
12. Fausto-Sterling A. Corps en tous genres : La dualité des sexes à l'épreuve de la science. *La Découverte*. 2012;390 p



Un point d'eau dans la campagne béninoise. Photo Psy Cause, 2008.



Moridofé
Doukouré

Kémo
Soumaoro

Solo Condé

Caractéristiques épidémiologiques et cliniques de la dépression des adolescents à Conakry

Auteurs : Moridofé Doukouré¹, Kémo Soumaoro³, Solo Condé³,
Mamady Mori Kéita², Chérifath Bamiesso⁴, Ibrahima Camara⁴

Résumé : la dépression est l'une des pathologies les plus fréquentes chez l'adolescent ; sa gravité, en terme d'impact psychosocial et de morbidité psychiatrique, recouvre des problématiques diverses. Dans cette étude rétrospective descriptive et transversale, portant sur 560 cas de troubles dépressifs chez des adolescents sur une période de 6 ans, les auteurs ont voulu déterminer le taux de prévalence, décrire les caractéristiques sociodémographiques, identifier certains facteurs de risque, ressortir les particularités cliniques et décrire les formes cliniques.

Il ressort de notre travail que la dépression est la première pathologie du service avec une prévalence de 36,20%. Le sexe féminin était le plus touché avec une prévalence de 54,50%. Les grands adolescents de la tranche d'âge de 17-20 ans ont été les plus touchés avec 67,90%. Certaines particularités symptomatiques ont été retrouvées : la rareté de la perte de poids, les tentatives de suicide et les difficultés d'adaptation. Les épisodes dépressifs sévères avec ou sans symptômes psychotiques étaient les plus représentés avec respectivement 34,60% et 29,30% de cas suivis de dépression masquée (23,40%).

Cette étude rétrospective n'a pas permis de cerner tous les aspects de la dépression ; cependant des études ultérieures en population générale pourraient mieux situer l'ampleur du problème.

Mots clés : dépression, adolescence, caractéristiques épidémiologiques et cliniques

Summary : depression is one of the common adolescent disorders; in terms of its severity and psychosocial impact of psychiatric morbidity in covers various issues. In this descriptive cross-sectional and retrospective study on 560 cases of depressive disorders in adolescents over a period of 6 years, the authors sought to determine the prevalence, describe the sociodemographic characteristics, identify risk factors, highlighting the features describe clinical and clinical forms. It is clear from our work that depression is the first pathology service with a prevalence of 36.20%. The female was the key with a prevalence of 54.50%. Older adolescents in the age group of 17-20 years were the most affected with 67.90%. Some features were symptomatic find yourself: the scarcity of weight loss; suicide attempts and adjustment difficulties. The severe depressive episodes with or without psychotic symptoms were the most represented with 34.60% and 29.30%, followed by cases of masked depression (23.40%), respectively.

This retrospective study did not permit identifies all aspects of depression; However, subsequent studies in the general population could better locate the extent of the problem.

Keywords : depression, adolescence, epidemiological and clinical characteristics

1. Maître de conférences Agrégé de Pédiopsychiatrie

Université de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)

2. Maître assistant Psychiatre Addictologue

Université de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)

3. Assistant chef de clinique Psychiatre

Université de Conakry, Service de Psychiatrie de l'hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)

4. Faisant fonction d'interne Service de Psychiatrie

Hôpital national DONKA CHU de Conakry (République de Guinée)

Correspondant : Pr. Ag Moridofé DOUKOURE – Service de Psychiatrie de l'hôpital National Donka CHU de Conakry – BP : 5755 Conakry (République de Guinée) – Tél : (+224) 67334194/ 62262070 – E-mail : morifoded@yahoo.fr

Introduction

Longue période de maturation entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est le temps des changements et même des ruptures brutales. Si cette étape est structurante, elle comporte aussi des risques importants sur le plan psychique. Souvent méconnue et difficile à diagnostiquer, la dépression de l'adolescent doit pourtant retenir l'attention non seulement des soignants mais aussi des enseignants et des parents compte tenu des risques importants qu'elle comporte (difficultés scolaires, comportements caractériels, risque accru de consommation de drogues ou d'alcool, de suicide) [2,6,10]. Elle constitue une période charnière, reposant de manière aigue la question des relations à l'environnement et à soi-même.

Cette sollicitation de l'appui psychique conduit à une mise en tension d'éléments contradictoires et paradoxaux s'articulant autour de l'axe autonomie/dépendance et aboutissant à un remaniement des équilibres antérieurs. Comme toute situation de changement, de modification des équilibres, l'adolescence est donc marquée par l'instabilité : l'instabilité de l'image de soi ; des autres ; des investissements, de l'humeur avec la prévalence importante d'affects dysphoriques.

La dépression signe une situation d'impasse développementale, d'échec de l'élaboration du processus adolescent évitant, selon les situations une désorganisation psychique, la mise en œuvre de défenses comportementales ou psychosomatiques, le colmatage par des conduites additives ou psychopathiques. Elle pose la question d'une vulnérabilité préexistante (qualité des premières interactions et des liens infantiles, de l'estime de soi) n'autorisant pas le jeu nécessaire à ces remaniements par des assises suffisamment solides sans être rigides.

Toutefois le vocable « dépression » recouvre des problématiques diverses [1]. Des travaux récents ont montré que la dépression chez l'adolescent n'est pas un trouble mineur du développement mais une pathologie à part entière et lourde de conséquences [12]. Les études épidémiologiques menées en population générale ou clinique d'adolescent se sont largement développées depuis quinze ans avec une accélération des acquisitions depuis les années 90 dans les pays développés [6]. En raison de la diversité des réalités cliniques de la dépression de l'adolescent, et de la diversité des critères adaptés pour le diagnostic, sa fréquence est très variable : 4,5% pour Poluan et Cebiroglu cité par Jammet. P, 8,5% pour Kashani, 40% pour Marcelli.D [12] et pour l'étude réalisée à Washington university hospital [8]. En Guinée, Doukouré M. et Coll. [6] ont rapporté dans leur étude portant sur la dépression de l'adolescent un taux de prévalence de 43,03%

La présente étude avait pour objectifs, de déterminer le taux de prévalence de la dépression chez l'adolescent en

population clinique, de décrire les caractéristiques socio-démographiques, d'identifier certains facteurs de risque, de ressortir les particularités cliniques et de décrire les formes cliniques.

Méthodologie

Notre étude a été réalisée dans le service de psychiatrie de l'Hôpital National Donka, Centre Hospitalier et Universitaire de Conakry. Ce service a une capacité de 64 lits et est géré par une équipe de 9 médecins dont un pédopsychiatre, 7 infirmiers et 5 techniciens de surface. Outre ces activités de soins, le service accomplit également des activités de formations et de recherches.

Le matériel de l'étude était constitué essentiellement des dossiers des adolescents déprimés. Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et transversale d'une durée de 6 ans (allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2012). Ont été inclus dans cette étude, tous les dossiers d'adolescents de 12 à 20 ans reçus dans le service durant la période d'étude, hospitalisés ou non, dans lesquels le diagnostic de dépression était été porté selon les critères diagnostiques de la CIM-10 : version pour la recherche.

Résultats

Sur 1549 dossiers colligés durant la période d'étude, nous avons noté 560 cas de dépression soit un taux de prévalence de 36,20%. Cinquante-cinq pour cent étaient de sexe féminin avec un sex-ratio F/H = 1,20. La majorité (67,90%) des adolescents de l'étude avait un âge compris entre 17 et 20 ans. Les jeunes adolescents (12-16 ans) représentaient 32,10%. Plus de la moitié des adolescents (62,70%) étaient dans le secteur de formation formelle (collèges, lycées, universités et écoles professionnelles). Ceux qui n'étaient dans aucun secteur représentaient 21,10%. 10,50% était dans le secteur informel et 5,70% dans le secteur de formation informelle. Concernant le niveau d'instruction, 64,30% des adolescents avaient un niveau secondaire, 17,70% sans niveau, 10,4% de niveau primaire, 6,20 de niveau supérieur et 1,40% de niveau secondaire professionnel. Une proportion de 78,60% était célibataire ; les mariés occupaient le deuxième rang (17%), suivis des veuves/veufs (3,59%) et des divorcés (es)/ séparés (0,90%). Selon le statut matrimonial des parents, 46,40% des adolescents étaient issus de foyers polygames, 22,90% de foyers monogames, 9,60% de parents divorcés/séparés, 5,30% de parent célibataires. La majorité (64%) de nos cas habitait avec les deux parents biologiques et 23,50% n'habitait pas chez l'un ou les deux parents biologiques. La source d'orientation vers la consultation était l'entourage dans 64,80% des cas, les médecins dans 11,60% des cas, autres personnels de santé dans 2,90% des cas et les adolescents eux même dans 3,70% des cas.

TABLEAU I : Répartition des patients selon les facteurs déclenchants

Facteurs déclenchants	N	%
Baisse des résultats	23	4,1
Perturbation de la dynamique familiale	26	4,6
Décès	66	11,8
Mauvaise santé des parents	19	3,4
Consommation des SPA	50	8,9
Conflits avec le ou les pairs(s)	11	2
Séparation avec le ou la copain/copine	0	0
Début des menstrues	21	3,8
Echecs	23	4,1
Maladies somatiques	16	2,9
Sans facteurs déclenchants	305	54,2

TABLEAU II : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques

Antécédents Psychiatriques	N	%
Sans antécédents personnels	322	57,5
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré	135	24,1
Antécédents familiaux 2 ^{ème} degré	103	18,4
Total	560	100

TABLEAU III : Répartition des patients selon les symptomatologies

Symptomatologie	N	%
Fatigue	203	36,2
Céphalées	289	51,6
Abaissement de l'humeur	560	100
Anxiété	560	100
Réduction de l'énergie vitale	560	100
Palpitation	175	31,2
Nervosité	120	21,4
Oublie	97	17,3
Adénome	58	10,3
Consommation des SPA	109	19,5
Idées suicidaires	30	5,3
Isolement	58	10,3
Baisse de la libido	70	12,5
Sensation de chaleur	45	8,0
Mutisme	99	17,7
Insomnie	351	62,7
Hypersomnie	28	5
Idées/Tentative de suicide	13	2,3
Pensée	173	30,9
Anorexie	186	33,2
Crises d'agitation	64	11,4
Refus de contact	88	15,7
Difficulté scolaire	97	17,3
Difficulté d'adaptation	12	2,1
Perte de poids	23	4,1
Vertige	57	10,2
Symptômes psychotiques	191	34,1
Hétéro agressivité	103	18,4
Pleurs	116	20,7

TABLEAU IV : Répartition des patients selon l'évolution avant consultation psychiatrique

Evolution	N	%
Inférieure à 6 mois	404	2,1
Supérieure ou égale à 6 mois	156	27,9
Total	560	100

TABLEAU V : Répartition des patients selon les formes cliniques

Formes cliniques	N	%
Dépression légère	15	2,7
Dépression moyenne	19	3,4
Dépression récurrente	23	4,1
Dépression sévère avec SP	194	34,6
Dépression sévère sans SP	164	29,3
Dépression masquée	131	23,4
Dépression brève récurrente	14	2,5
Total	560	100

Discussion

Durant la période d'étude, 1549 adolescents ont été vus en consultation pédopsychiatrique au service de psychiatrie de l'Hôpital National Donka, parmi lesquels 560 cas de dépression ont été diagnostiqués ; ce qui correspond à une fréquence de 36,20%.

Cette fréquence inférieure à celle de MARCELLI D [12] qui a trouvé 40% de plaintes de nature dépressive sur un groupe de 103 adolescents consultant ; en Guinée DOUKOURE M. et Coll. [6] ont rapporté dans leur étude une prévalence de 43,03% de cas d'épisodes dépressifs. D'autres études réalisées dans le cadre de leurs thèses par Touré F [15] et Diallo A M [5] ont donné des prévalences inférieures (respectivement 27,79% et 20,96%).

Cette fréquence élevée de notre série pourrait s'expliquer par le fait que l'adolescence constitue une période de vulnérabilité psychologique au cours de laquelle beaucoup de pathologies psychiatriques peuvent se développer dont la dépression.

Comme la plupart des auteurs [1,8], nous avons constaté que les adolescentes étaient les plus représentées soit 54,50% contre 45,50% d'adolescents avec un sex-ratio (F/H) de 1,20. TOURE F. [15] dans sa thèse de doctorat d'état en médecine qui a rapporté des fréquences identiques soit 54,50% et 45,50%. Cette prédominance féminine à ce moment précis peut trouver son explication dans l'intrication de plusieurs facteurs (génétiques, biologiques, socioculturels et psychoaffectifs).

Pour PECTESON A.C et Coll. [14] ; en population générale la puberté est ressentie de manière plus négative chez les filles avec une baisse de l'estime de soi ; une perception négative du corps qui ne sont pas retrouvées chez les garçons. Les relations étroites entre les fonctions gonadotropes et les troubles de l'humeur sont également une des raisons de cette prédominance [6,9].

Les grands adolescents étaient les plus représentés soit 67,90% suivi de 32,10% chez les jeunes adolescents. Des études antérieures [6, 10, 20, X] ont également fait état de la prédominance des grands adolescents. Ce constat va dans le même sens que ceux de I. GAQUET [6] et de TOURE F [20]. Cette augmentation pourrait s'expliquer par le fait que les grands adolescents sont beaucoup plus confrontés aux difficultés d'ordre familial ; social et scolaire. Toutes les couches socioprofessionnelles ont été touchées avec une prédominance des adolescents évoluant dans le secteur de formation formelle soit 62,70% suivi des adolescents sans profession soit 21,10%. Cette prédominance des adolescents évoluant dans le secteur formation formelle pourrait s'expliquer par le fait qu'il s'agit essentiellement des élèves et étudiants et le processus d'apprentissage et ses aléas constituent une source importante de stress d'une part et d'autre part, les conséquences de la dépression sur l'apprentissage (difficultés d'attention ; de concentration ; les oublis...) amènent les adolescents et leur entourage à consulter.

Dans notre étude, tous les niveaux d'instruction ont été atteints avec une prédominance du niveau secondaire soit 64,3% suivi des sans niveau soit 17,7%, ce taux élevé du niveau secondaire est dû au fait que non seulement les études constituent un facteur de stress dû au diverses difficultés qu'elles engendrent (difficulté d'acquisition de formation ; d'assimilation des leçons ; les évaluations ; les échecs) ; mais aussi que c'est le moment du plein processus d'adolescence.

Malgré que le mariage précoce soit une pratique courante dans la société guinéenne, nous avons constaté que les célibataires étaient les plus représentés (78,6%). La majorité des adolescents de notre étude étaient des élèves et étudiants et la scolarité des jeunes filles qui sont les grandes victimes des mariages précoces est de plus en plus investie et encouragée par les familles. L'existence de mariés (es), de divorcés (es) et de veufs (ves) constituent une particularité de notre culture.



L'hôpital national Donka à Conakry (Guinée).

Les adolescents issus de foyers polygames ont été les plus représentés soit 46,4%, suivis de ceux issus d'un foyer monogame soit 22,9%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que dans les foyers polygames il existe des problèmes socio-économiques et relationnels. Ces problèmes peuvent être source de conflits intra familiaux et psychiques qui sont des facteurs déclenchants pour des adolescents apparemment équilibrés (pourtant fragilisés par les différents remaniements biologiques et psychologiques).

Dans le contexte Africain en général et Guinéen en particulier, retrouver les antécédents psychiatriques personnels et familiaux n'est pas aisé ; car il n'existe pas de classification nosologique sur le plan traditionnel, la majorité des troubles ne sont pas considérés comme problèmes mentaux et souvent dissimulés (parce que considérés comme honteux pour l'image de la famille). Malgré cette réalité, nous avons noté chez 24,1% des cas des antécédents familiaux du premier degré de troubles dont la description était en faveur de troubles dépressifs et 18,40%. Ce constat est en rapport avec d'autres études [16,17] qui confirment le phénomène d'agrégation familiale des troubles dépressifs. Les perturbations de la dynamique familiale peuvent faciliter la survenue de la dépression à l'adolescence. Ces perturbations ne peuvent être considérées comme de simples facteurs déclenchants, même si certains ont pu parler à ce sujet de « dépression réactionnelle » [9]. Ces dysfonctionnements de la dynamique des relations intra familiales peuvent être quantitative (carences affectives) et/ou qualitative (investissement pathologique et conflits). Dans les deux cas, la précocité est un élément déterminant pour le pronostic psychologique de l'adolescent [3]. Il est à noter également, que ces différents facteurs ne prennent leur valeur pathogène qu'en fonction de la façon dont ils sont appréhendés et investis par l'adolescent et en fonction des

remaniements intra psychiques qu'ils induisent [12]. Des événements de vie avaient précédé l'apparition de l'épisode dépressif chez 45,80 % des adolescents. Ces événements de vie tout comme les dysfonctionnements de la dynamique familiale ne peuvent être considérés que comme des facteurs déclenchants. Pour Birmaher B. et coll [1], la relation événement de vie et trouble dépressif n'est pas spécifique à la dépression, elle est retrouvée pour des troubles non dépressifs de l'adolescent. L'influence de ces événements dépend de leur gravité (charge émotionnelle, durée, répétition, remaniement intrapsychique induit). La symptomatologie retrouvée était la même que celle de la littérature. Cependant, le faible taux d'idées et/ou de tentative de suicide (2,30%) est une particularité de la culture guinéenne. Il en est de même que la grande fréquence des crises d'agitation (11,40%). Diallo M. A dans sa thèse avait trouvé 4,96% d'adolescents ayant présenté des idées et/ou des tentatives de suicide. Contrairement à ces études, la plupart des auteurs [2,7,10,12] qui affirment qu'il y a plus de tentatives de suicide à l'adolescence qu'à n'importe quelle période de la vie.

La dépression sévère et la dépression masquée étaient les plus fréquentes. Pour G. Carlson et M. Stober [4], la dépression à l'adolescence s'exprime essentiellement sous forme d'équivalents et chaque auteur décrit plusieurs conduites comme équivalents dépressifs. La symptomatologie bouillante et les conséquences sur le plan socioprofessionnel de la dépression sévère avec ou sans symptômes psychotiques, motivent très souvent la consultation spécialisée. Les épisodes dépressifs légers et moyens, motivent rarement la consultation spécialisée car souvent méconnus et négligés par l'adolescent et son entourage. Chez 72,1% de nos patients l'évolution avant la consultation était inférieure à 6 mois contre 27,9% qui avaient une évolution supérieure ou égale à 6 mois. Ce taux élevé serait dû au changement

de comportement de l'adolescent observé par les parents qui vont solliciter l'avis d'un médecin qui les oriente vers les services de santé.

Conclusion

La dépression est l'une des pathologies les plus fréquentes chez l'adolescent. Elle est peu connue dans notre milieu et entraîne de nombreuses consultations dans différents services. La gravité des troubles dépressifs chez l'adolescent en termes d'impact psychosocial, professionnel et de morbidité psychiatrique est maintenant bien établie. Cette pathologie représente de nos jours un réel problème de santé publique. Le repérage diagnostique précoce doit être une priorité. De cette étude, deux particularités se dégagent à savoir la prédominance des plaintes somatiques, la rareté des idées de suicide et des tentatives de suicide.

Il est important également de diffuser les résultats disponibles et d'élaborer des méthodes d'aide au diagnostic auprès de certains acteurs de santé proches des adolescents, comme des médecins généralistes et des professionnels de santé scolaire. La sensibilisation des familles est également nécessaire du fait de leur rôle sur l'accès aux soins et des relations étroites entre pathologie familiale et troubles dépressifs de l'adolescent. L'intervention ciblée sur l'information et l'aide au diagnostic constitue le meilleur moyen de gestion de cette pathologie.

Références

- BIRMAHER.B, RYAN.N.D, WILLIAMSON.D.E et coll.** : Childhood and adolescent depression : a review of the past 10years. *Prat. J Am Acad child Adolesc Psychiatry* (1996). 35 :1,1427-1439.
- BRACONNIER.A, VEROT.D, PROUFF.J(1997)**. Dépression et adolescence.
- Programme de Recherche et d'Information sur la Dépression(PRID), 12 :3-17.
- CARLSON.G, STROBER.M**. Affective disorders in adolescence. *Psychanal. Clin. North America*, 1979,2,511-526.
- CIM10** : classification internationale des maladies mentales 10^e révision : description clinique et directive pour le diagnostic, Masson, Paris, Milan, Barcelone, Bonn, 1993, 98-117.
- DIALLO A.M** ; La symptomatologie de la dépression chez les adolescents au service de psychiatre de l'hôpital national Donka CHU de Conakry. Thèse Médecine 2010 Université de Conakry
- DOUKOURE M., SOUMAORO K., COULIBALY D., LEMONNIER E., LAZARTIGUES A.** : Epidémiologie des troubles dépressifs de l'adolescent à Conakry, Guinée médicale N°52 Avril-Mai-Juin 2006, P : 41-45
- FERRARI.P**. Dépression. In **FERRARI.P, EPELBAUM.C.** Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Flammarion, 1993 : 356-370.
- GASQUET.I**. Epidémiologie des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent. *Neuro-psy*, 1998 ; Numéro spécial : 13-18.
- GERARD.A , RAFLAITIN.F, CUCHE.H.** Dépression chez la femme. In :**OLIE.JP, POITIER.M-F, LÔO.H.** Les Maladies dépressives. Paris : Flammarion, 1995 :84-90.
- KLEIN.R.G.** Maladies dépressives chez l'adolescent. In : **OLIE.J-p, POITIER.M.F,**
- LÔO.H.** Les Maladies dépressives. Paris : Flammarion, 1995 :25-31.
- Marcelli.D.,BRACONNIER.A.** : Adolescence et Psychopathologie, Paris, Milan, Barcelone, Masson, 1999 : 254.
- MURRAY C.J, LOPEZ AD**: the global burden of disease. A comprehensive of assessment mortality and disability from diseases, injuries, Cambridge MA. Harvard University press, 1996.
- PETERSEN.A-C, COMPAS.B.E, BROOKS-GUNN.J et coll.**(1993) . Depression in adolescence. *Am psychologist* 48 : 2,155-158.
- TOURE.F** : Epidémiologie des troubles dépressifs chez l'adolescent au service de Psychiatrie de l'hôpital national Donka CHU de Conakry. Thèse de médecine, Conakry -2009, N° 1078/07.
- WARNER.V, MUFSON.L, WEISSMAN.M.M(1995)**. Offspring at high and low risk for depression and anxiety :mechanisms of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34 :6,786-797.
- WEISSMAN.M.M, FENDRICH.M, WARNER.V, WICKRAMARATNE.P** Incidence of psychiatric disorder in Offspring at high.



Papa Lamine Faye



Elhadj Makhtar Ba



Momar Camara



Mamadou Habib
Thiam

Les dangers de la télévision ou l'histoire de Badara, un jeune garçon de 13 ans

Auteurs : Papa Lamine Faye¹, Elhadj Makhtar Ba², Momar Camara², Sokhna Seck²,
Ndeye Dialé Ndiaye Ndongo³, Lamine Fall¹, Mamadou Habib Thiam⁴

Résumé : la télévision constitue à l'heure actuelle un élément principal de l'environnement culturel dans lequel la plupart des enfants grandissent et se forment aujourd'hui. Il est incontestable que les jeunes, vulnérables par principe, construisent leur comportement par identification et imitation. Toutefois, il ne suffit pas de voir des images pour reproduire un acte de façon identique. Il faut aussi adopter ces images comme modèle. Et les jeunes, traumatisés par la désorganisation du monde dans lequel ils évoluent, se tournent vers une identité collective à leur portée et qui les séduit. Les auteurs rapportent dans ce travail l'histoire de Badara dont le comportement suicidaire s'ancre dans le mimétisme d'un scénario de film qui actualise les dangers de la télévision pour les jeunes. Les ressorts de leur personnalité ne leur permettent pas toujours de gérer la violence avec le recul nécessaire.

Mots-clés : Adolescence • Télévision • Images erronées • Violence • Influence

Summary : television is today a main element of the cultural environment in which most children grow up and are formed. It is indisputable that vulnerable young people, in principle, build their behavior by identification and imitation. However, it is not enough to see images to reproduce an act in the same way. We must also adopt these images as a model. And young people, traumatized by the disruption of the world in which they evolve, are turning to a collective identity within their reach and who seduced. The authors report the history of Badara whose suicidal behavior is rooted in the mimicry of a film script which updates the dangers of television for young people. The springs of their personalities do not always allow them to manage violence with the necessary detachment.

Key-words : Teens • TV • Incorrect images • Violence • Influence

1. Maître de Conférences Agrégé

Clinique Psychiatrique, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann.

2. Chefs de clinique - Assistants

Clinique Psychiatrique, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann.

3. Maître-Assistant

Clinique Psychiatrique, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann.

4. Professeur Titulaire, Chef de Service

Clinique Psychiatrique, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, BP : 5406, Dakar-Fann, Dakar, Sénégal.

Correspondance : Pr Mamadou Habib THIAM, Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service, CHNU de Fann, B.P. 5406, Dakar-Fann (Sénégal), mamadouhabibthiam@gmail.com

Introduction

La télévision est, de nos jours, la source majeure de l'influence exercée sur chacun. Par le passé, elle était plus ou moins dirigée par l'État (on parlait de télévision nationale) : la censure et la plupart des pouvoirs lui appartenaient. Aujourd'hui elle est le média le plus affectionné et sa liberté de diffusion est quasi totale. Les limites de la censure sont de plus en plus repoussées. La portée de cette influence est plus ou moins importante selon le niveau d'instruction et de réflexion. En effet, il faut savoir discerner le vrai du faux, ce qui est exagéré ou ce qu'on ne nous dit pas. Un tel discernement ne peut être concevable naturellement que chez un sujet capable de raisonner : autrement dit les enfants et les adolescents en sont exclus.

Dans cette observation, nous rapportons l'histoire d'un jeune adolescent qui a eu un comportement d'auto agression suite à la tentative de reproduction d'une image visualisée à la télévision quelques jours auparavant pour souligner toute la complexité de la problématique des media.

Observation clinique

Badara est âgé de 13 ans quand nous l'avons reçu le premier jour en compagnie d'une infirmière de la réanimation pour tentative d'autolyse par pendaison. Il est élève en fin de cycle d'études primaires. L'anamnèse nous révèle que ce jour-là, Badara a été retrouvé, allongé par terre dans un état inconscient. Il y avait à son coup un lacet de basket, attaché sur la grille de la porte, situé à la hauteur de ses épaules.

Badara a été conduit au SAMU Municipal qui l'a directement référé à l'Hôpital où il a été hospitalisé en réanimation avec un Glasgow à 8/15, une inhalation pulmonaire, une strangulation avec sillon cervical latéral. IL a été « mis en condition » : oxygénation, scope, sonde urinaire et un traitement a été institué. L'évolution la même nuit a été marquée par une bonne amélioration clinique : sur le plan neurologique, le Glasgow est passé à 13/15 au bout de 12 heures. Après deux jours d'hospitalisation, il a été référé au service de psychiatrie du CHU de Fann pour une évaluation psychologique et une prise en charge.

Le patient est entré dans le bureau tenu à la main par sa mère. Il portait un sillon de strangulation visible de loin, situé sur la face cervicale latérale. En répondant aux questions posées, il nous explique le déroulement des faits en ces termes : « Je ne voulais pas me tuer, j'étais seulement entrain de reproduire ce que j'avais vu dans un film à la télé une semaine plus tôt ». Qu'est-ce que tu as vu dans le film ? Il répond : « J'avais vu que l'acteur du film était capturé et pendu par ses adversaires mais il n'est pas mort et on a détaché la corde, puis il est reparti sur son cheval, c'était un film de cow-boy, et il y avait papa à mes côtés ».

Ainsi, il a rapporté qu'un jour, après le déjeuner, il s'est servi d'un lacet de chaussure qui était accroché aux grilles de la porte depuis un moment. Debout sur la troisième marche

de l'escalier de la porte, le lacet attaché à la hauteur de ses épaules et sur les grilles, il a fait un nœud autour de son cou. Il faisait des petits mouvements qui serraient de plus en plus le nœud. C'est donc ainsi qu'il a voulu défaire ce nœud, mais n'y parvenait pas jusqu'à ce qu'il glisse de la marche de l'escalier. C'est en ce moment que le nœud l'a serré plus intensément et il a commencé à perdre connaissance, juste au moment où une voisine qui était de passage, découvre ce dernier suspendu à la corde devant la porte et alerte sa famille.

Badara était le seul garçon d'une famille qui, jusque-là, vivait tranquillement certes, mais sans réelle communication dans le couple: le père ne rentrant que tard le soir, à cause de son travail de routier qui le retenait trop souvent loin de son foyer. Le jeune garçon avait pris l'habitude d'être scotché sur le fauteuil du salon face au petit écran, jusqu'au jour où cet accident est arrivé.

Quelques mois après, l'atmosphère dans la famille commence à être délétère : les parents de Badara se sont mutuellement reprochés d'être responsables de ce qui s'est passé : et le couple a fini par se séparer après quatre mois de guéguerre tournant autour de leur fils, la dame ayant la garde de Badara.

Discussion

C'est notre adhésion émotive et corporelle aux images de la télévision qui est le vrai danger, même si nous savons bien que les images ne sont pas le vrai [3 ; 6]. Mais nous ne pouvons pourtant pas nous empêcher d'y croire. Comment faire pour nous protéger et déjouer leurs pièges hypnotisants surtout quand on est enfant ou adolescent comme Badara, c'est à dire les personnes les plus naïves ou les moins cultivées qui ne peuvent pas souvent « s'autoprotéger » de la fausse information [5]. Dans notre contexte, on comprendra par « image violente », une image qui ne nous pousse pas à penser, mais à agir, et cette définition concerne les images verbales ou écrites, autant que les images visuelles. Badara recevait de son écran une image toute faite, décrivant un individu réduit à ses caractéristiques les plus superficielles, reflétant un jugement simplifié à l'extrême, ou erroné.

On retient également que toute représentation réaliste de la violence a une influence profonde : par exemple les faits divers et les scènes de guerre, qui peuvent être présentés au cours d'un journal télévisé, peuvent être particulièrement traumatisants pour les enfants, comme c'est le cas chez Badara qui, par ailleurs, a mis plusieurs jours pour « murir » ce qui semblait être son projet. Faute de références, ils risquent en effet de recevoir les informations comme un choc, sans pouvoir les clarifier, les ordonner à l'aide du commentaire du présentateur (souvent trop rapide et trop technique) comme le fait l'adulte [1; 8 ; 9]. Et ceci est d'autant plus vrai qu'il s'inscrit et se contextualise dans une « logique » de publicité, c'est-à-dire de consommation.

D'après Philippe Breton [4] la société de communication se présente comme un monde où ne communiquent pas les hommes réels mais les images des hommes qui ont été créées à des fins précises: la construction de ces images engendre une activité sociale qui a pour but de modeler une autre image ayant cette fois un pouvoir de conviction et de manipulation.

Cependant, pour Jehel-Cathelineau [7], la question de l'impact de la violence télévisée sur les enfants doit être abordée avec prudence: il faut se garder de faire des médias les boucs émissaires d'une société en crise. Cet auteur propose de distinguer des modalités différentes de représentation de la violence à la télévision: selon le genre de programmes (information ou fiction), la fréquence du recours à la violence dans le scénario, la violence montrée n'a ni le même sens, ni le même impact.

Quant à l'impact de ces violences, Jehel-Cathelineau [7] fait remarquer qu'en l'état actuel des recherches, il faut distinguer principalement trois schémas d'interprétation: en terme d'imitation ou de désinhibition; en terme d'acculturation; en terme d'anxiété ou d'insensibilisation.

Mais les effets de la violence télévisée ne sont pas mécaniques, ils varient selon le milieu familial, l'entourage affectif de l'enfant, les valeurs qui lui sont transmises par ailleurs. L'école a certainement un rôle à jouer. Tisseron [10] insiste sur l'insécurité psychique générée par la télévision et sa conséquence: un renforcement de la première identification privilégiée par la famille. Des activités de jeu de rôle organisées en classes maternelles selon un protocole original appelé « Le jeu des trois figures » réduisent ce risque, avec des conséquences bénéfiques sur la violence à l'école.

Peut-on alors avec Baton-Hervé [2], penser la relation enfant-télévision avec suffisamment de pertinence en supposant un partage entre connaissances familières et connaissances théoriques, une reconnaissance des savoirs acquis et une articulation des conceptions théoriques qui se sont révélées les plus convaincantes ?

Si la vie de Badara est sauvée, celle du couple ne l'a pas été. Au départ c'était un film de cow-boy où un cavalier délesté de ses quelques pièces de dollars et pendu par ses challengeurs avait fini par reprendre son chemin vers des endroits plus eldorados : avec la seule différence que cela se passait sur un petit écran de télévision devant un naïf petit garçon. La présence de la télé a amenuisé la communication des siens dans une fragile existence qui s'écoule progressivement vers une période fertile en questionnements.

Conclusion

Par le biais de stéréotypes, sous la forme de violence exhibée, la télévision représente un modèle et parfois un danger, notamment pour les enfants et tous ceux qui ne prennent pas le temps d'y regarder à deux fois. Peu importe que l'impact de cette violence sur un enfant varie non seulement avec son âge et sa personnalité, le contexte familial et social dans lequel il vit, ou avec la nature et le mode de présentation des images : les risques seront toujours là. Ici, la responsabilité des parents est flagrante.

Références

1. Auffret Peyriguere E – L'enfant et la télévision. *La Santé de l'homme*, 1988 ; 275-276 : 52-55
2. Baton-Herve E – Les enfants téléspectateurs : Prénance des représentations médiatiques et amnésie de la recherche : Les jeunes et l'écran. *Réseaux*, 1999 ; 92-93 : 203-217
3. Beauvois JL, Joule R V – Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens, Grenoble, PUG, 1987
4. Breton P – *La parole manipulée*. Paris, La Découverte/Poches, 2004
5. Chevallier E – La consommation de télévision par les enfants. *Enfant en milieu tropical*, 1993 ; 206 : 6-13
6. Girandola F – Psychologie de la persuasion et de l'engagement, PU de Franche-Comté, 2003
7. Jehel-Cathelineau S – L'impact de la violence télévisée sur les enfants. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1996 ; 44 ; 3-4 : 108-114
8. Landrieau P, Collignon H, Golfier B – L'enfant, la télévision et la violence. *Médecine & enfance*, 1997 ; 17 ; 12 : 529-531
9. Sergeant JC – *L'enfant et la télévision : un rapport contrôlé*. Presses de la Sorbonne Nouvelle 1997
10. Tisseron S – Les effets de la télévision sur les jeunes enfants: prévention de la violence par le «Jeu des trois figures ». *Devenir*, 2010 ; 22 ; 1 : 73-93



Le CNHU de Fann (Dakar).



Amine Hamhami

Autisme et manifestations comportementales à l'adolescence

Résumé : les comportements restreints et stéréotypés sont des phénomènes observés dans les troubles autistiques. Ils constituent un critère nécessaire dans le diagnostic de l'autisme et se manifestent sous des formes très variées. La présente étude a pour but de déterminer l'influence de l'activité linguistique et de l'intensité symptomatique sur la nature des comportements restreints et stéréotypés exprimés, chez les adolescents avec autisme. La recherche a porté sur 152 adolescents avec autisme. Chaque sujet a été évalué sur les comportements adaptatifs à l'aide de l'échelle de Vineland, sur l'intensité à l'aide de la CARS, et sur le langage expressif à l'aide de l'ADI. Ainsi, pour chaque adolescent, les comportements produits ont été analysés suivant les critères de la CIM10. Les résultats montrent qu'il existe un impact de l'activité linguistique et de l'intensité sur certains comportements restreints et répétés. Ces résultats sont commentés dans une perspective de psychopathologie développementale.

Mots clés : autisme, comportements stéréotypés, activité linguistique, CARS, adolescence.

Abstract : the restricted and stereotyped behaviors are phenomena observed in autism, are a necessary criterion for the diagnosis of autism and are manifested in very different forms. This study aims to determine the influence of linguistic activity and symptom intensity on the nature of restricted and stereotyped behaviors expressed in adolescents with autism. The research focused on 152 teenagers with autism. Each subject was evaluated on adaptive behaviors using the scale of Vineland, the intensity using the CARS and expressive language using ADI. Thus, for each adolescent behaviors products were analyzed according to the criteria of ICD-10. The results show that there is an impact of linguistic activity and intensity of certain restricted and repetitive behaviors. These results are discussed on from the viewpoint of developmental psychopathology.

Key-words : autism, restricted and stereotypes behaviors, linguistic activity, CARS, teenagers

Introduction

Si l'autisme est défini aujourd'hui par la présence d'altérations dans les trois aires du « trépied syndromique » (CIM-10, DSM-IV), il est évident que le problème fondamental n'est pas seulement les déficits de la communication mais aussi la présence de comportements, considérés comme inadaptés. Ces derniers sont actuellement regroupés sous le qualificatif de « comportements restreints et stéréotypés ».

Les comportements restreints et stéréotypés sont socialement difficilement acceptés, surtout par les parents. Ils

reflètent un manque de flexibilité qui s'avère très invalidant dans la vie quotidienne et peuvent prendre des formes très variées. Le phénomène de répétition comprend par exemple des stéréotypies motrices (comme le fait d'agiter les bras, de se balancer, de marcher de façon atypique), des comportements d'automutilation (comme le fait de se cogner la tête, se frapper, de s'arracher la peau, etc.), des crises de colères, l'attachement inhabituel à des objets mécaniques, etc.

Bien que le comportement restreint et répétitif soit largement connu pour être l'une des trois principales caractéristiques dans la définition d'autisme (CIM-10, Organisation mondiale de la santé, 1990 ; DSM-IV, américain psychiatrie association, 1994), la recherche s'est principalement intéressée aux troubles des interactions sociales et de la communication, au détriment de cette troisième aire de l'autisme.

Doctorant en psychopathologie développementale
Université de Tlemcen, Algérie en cotutelle Montpellier 3 « Paul Valéry ».
Laboratoire de recherche Epsilon 4554, Montpellier.
Email : dr.psy13@gmail.com

Ainsi, le présent travail vise à mesurer l'impact de l'activité linguistique et de l'intensité symptomatique sur les comportements exprimés chez les adolescents avec autisme, en tenant compte des critères de la CIM10 (version recherche). L'étude a été menée au Centre de Ressources Autisme (CRA) de Montpellier.

Contexte théorique

Nous présenterons une brève revue théorique sur les comportements restreints et stéréotypés en mettant l'accent sur leur hétérogénéité clinique, leur lien avec les déficits de la socialisation et enfin leurs fonctions.

L'hétérogénéité des comportements restreints et stéréotypés

Si on trouve dans la littérature le terme « autismes » écrit au pluriel, c'est notamment pour rendre compte de l'hétérogénéité symptomatique et développementale marquant ce syndrome. Cette hétérogénéité importante dans l'expression clinique des troubles autistiques et, en particulier dans le domaine des comportements restreints et stéréotypés a été mis en évidence par les cliniciens et les chercheurs. Ainsi, Turner (1999) propose par exemple de diviser ces comportements en deux grandes catégories : les comportements de bas niveau et les comportements de haut niveau. Les comportements de bas niveau rassemblent les symptômes les plus simples à observer tels que les stéréotypies motrices, la manipulation répétitive des objets, etc. Les comportements de haut niveau regroupent, quant à eux, des symptômes plus complexes tels que la résistance au changement, l'attachement inhabituel à certains types d'objets comme la mémorisation d'un calendrier par exemple. Ces comportements de haut niveau sont considérés par Turner comme des symptômes spécifiques à l'autisme.

D'autres chercheurs (Militeri et al., 2002) ont proposé une classification de ces comportements restreints et répétés selon leur complexité. Ils distinguent ainsi les comportements sensoriels de faible intensité, les mouvements stéréotypés du tronc, le besoin d'immuabilité, les comportements moteurs complexes, et enfin les comportements verbaux complexes. On trouve dans le même ordre d'idées, l'étude réalisée par Cuccaro et ses collègues (Cuccaro et al., 2003) auprès de 292 enfants, adolescents et jeune adulte avec autisme. Les comportements restreints et répétés ont été évalués à l'aide de l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview – Revised ; Lord, et al., 2004). Leurs résultats ont mis en évidence deux dimensions comportementales, à savoir : les comportements sensorimoteurs répétés et la résistance au changement.

Très récemment, Bourreau et ses collègues (Bourreau et al., 2008) enfoncent le clou et proposent une liste de 43 comportements recouvrant l'ensemble des comportements, répétés ou stéréotypés observés dans l'autisme. Ces comportements ont été évalués à partir de l'observation, de 14 enfants âgés de 6 ans à 16 ans, en interaction dans un contexte familial.

Par ailleurs, il semble que les comportements restreints et stéréotypés persistent au fil du temps et résistent parfois même à la thérapie. En effet, Ballaban-Gil (Ballaban-Gil et al., 1996) ont réalisé une étude longitudinale auprès de 99 enfants ayant un diagnostic d'autisme infantile et âgés de 6,8 ans au premier temps de la recherche, et de 18 ans au dernier temps, ils résultent que les difficultés comportementales et de socialisation persistent dans le temps, mais changent de nature.

Dans une autre étude rétrospective menée sur un échantillon de 38 sujets avec autisme, âgés de 13 à 28 ans dont l'objectif est de comparer l'intensité symptomatique des trois aires investiguées par l'ADI (la communication, le jeu et le développement social, et les intérêts et comportements), au moment de l'entretien et rétrospectivement à l'âge de 5 ans. Les résultats montrent une amélioration significative dans le domaine de la socialisation et la communication par rapport à 5 ans. En revanche, aucun changement significatif dans le domaine des intérêts restreints et des comportements répétitifs (Harper et al., 1996). L'ensemble de ces études confirme l'hétérogénéité de cette symptomatologie majeure et par conséquent la complexité du syndrome autistique.

Les comportements restreints et stéréotypés les déficits de la socialisation

Les comportements restreints et stéréotypés occupent une place importante dans la symptomatologie autistique, cependant leur présence n'est pas suffisante pour établir un diagnostic. Il est important donc de prendre en considération le lien qui existe entre ces comportements répétés et l'ensemble des autres symptômes.

On retrouve souvent dans la littérature, les notions de symptômes sociaux et non-sociaux (Ronald et al., 2005). Les symptômes sociaux sont liés à la notion d'ouverture vers l'extérieur tandis que les symptômes non-sociaux désignent les comportements restreints et répétés et renvoient à des comportements tournés vers soi. Szatmari (Szatmari et al., 2003), quant à eux, proposent les termes : comportements adaptatifs – comportements autistiques. Ces derniers renvoient au caractère restreint et stéréotypé dans l'autisme et à sa place fondamentale dans le diagnostic de l'autisme. Aussi, le lien entre les comportements stéréotypés et la symptomatologie autistique a été mis en évidence.

Commençons d'abord par les propos de Wolf (Wolf et al., 1986) suivant lesquels le langage est le facteur qui permet le pronostic de l'évolution psychologique des enfants avec autisme. Autrement dit, pour cet auteur, plus le langage est altéré moins l'évolution sera bonne. Dans ce sens, on trouve l'étude de Szatmari (Szatmari et al., 1995) qui montre que les patients atteints d'un syndrome d'Asperger, qui par définition ne présentent pas de retard de langage, ont de meilleures capacités adaptatives et moins de comportements stéréotypés que les enfants autistes ayant eu

un retard de langage. Leurs résultats montrent ainsi que la capacité linguistique précoce prédit certains symptômes autistiques chez les jeunes enfants, comme la résistance aux changements et la recherche d'immuabilité.

Toutefois, la considération du langage comme facteur pronostique pose des limites. En effet, il est important de noter qu'un enfant autiste sur deux n'accède pas au langage et d'autres sont capables d'énoncer que quelques mots. C'est ainsi que les thérapeutes suggèrent de mettre l'accent sur l'émergence des capacités socio-communicatives telles que l'attention conjointe et l'imitation par exemple qui auraient un effet positif sur les comportements répétés et restreints. On trouve dans cette optique l'étude de Durand (Durand et al., 1987) qui ont montré par exemple que l'apprentissage de moyens de communications même les plus simples permet la diminution de l'expression des comportements restreints et répétés.

La fonction des comportements restreints et stéréotypés dans l'autisme

Bien que les comportements restreints et répétés soient socialement inacceptés, on peut penser qu'ils remplissent une solution pour les personnes avec autisme devant un environnement trop compliqué pour eux. C'est ce qui a été suggéré par des auteurs. Nous proposons ainsi une synthèse de principales hypothèses explicatives.

Commençons par Baron-Cohen et ses collègues (Baron-Cohen et al., 1989). Selon ces chercheurs, l'apparition des comportements stéréotypés peut être expliquée par un déficit de la théorie de l'esprit chez les personnes autistes. La théorie de l'esprit est définie en effet comme la capacité à se représenter les états mentaux d'autrui (pensées, croyances, désirs...) même si différents de ses propres états mentaux. Or, les personnes atteintes d'autisme semblent incapables d'envisager ce que les autres croient être le cas dans une situation donnée et donc incapables de prédire ce qu'elles vont faire. Baron-Cohen décrit ce déficit comme conduisant à l'anxiété sociale. De ce fait, les personnes atteintes d'autisme vont développer des comportements répétitifs comme une stratégie d'adaptation afin de réduire le niveau d'anxiété qui résulte de l'incapacité de comprendre le monde social. Carruthers comme Baron, suggère que ces comportements servent à retirer la personne du monde social dont ils sont incapables de comprendre.

Frith, quant à elle, pose l'hypothèse d'un déficit de la cohérence centrale. Les individus ayant un développement ordinaire ont tendance à interpréter les stimuli de manière globale, en tenant compte du contexte. En revanche, les personnes avec autisme sont incapables de traiter les informations de manière globale. Selon l'auteur, les autistes ont davantage tendance à voir le monde de façon fragmentée. De ce fait ils établissent moins vite une cohérence dans ce qu'ils observent. Ces personnes atteintes d'autisme vont donc chercher la sécurité par des actes répétitifs. En d'autres termes, elles se tiennent à ce

qu'elles connaissent et sont réticentes face aux changements. Pour Hughes et ses collaborateurs (Hughes et al., 1993), la présence des comportements répétés peut être la manifestation d'un dysfonctionnement exécutif. En effet, les fonctions exécutives sont sous la dépendance du lobe frontal, et regroupent l'ensemble des processus dont la fonction principale est de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles. Les fonctions exécutives incluent l'initiation (capacité de commencer une tâche ou d'avoir une nouvelle idée ou une stratégie), l'inhibition (capacité à résister et à ne pas agir sur le coup d'une impulsion), le changement (capacité de passer librement d'une activité à une autre), la mémoire de travail (garder une information en mémoire pour réaliser une tâche). Un dysfonctionnement exécutif rend la personne avec autisme incapable de planifier et contrôler des comportements de manière habituelle (Ridley, 1994). Ainsi, Cette explication pourrait tenir compte de l'ampleur et la diversité des comportements répétitifs dans l'autisme.

On constate par ailleurs des hypothèses qui spécifient le type de comportements exprimés (comportements de haut niveau, des comportements de bas niveau). Les comportements de bas niveau constituent un ensemble de comportements simples, facilement observables (balancements, agitation des bras...), et fonctionnent comme un renforcement automatique (Cunningham & Schreibman, 2008, Turner 1999). Durand et Carr (1987) ont montré que les comportements stéréotypés augmentent en fonction de l'augmentation des difficultés de la tâche. Comme si les enfants avaient « appris » à éviter les tâches complexes en développant des comportements stéréotypés. Kennedy (Kennedy et al., 2000) montrent, dans une étude réalisée auprès de cinq enfants atteints d'autisme, que les stéréotypies sont déterminées de manières multiples. Par exemple, deux personnes manifestaient de nombreux comportements stéréotypés dans toutes les tâches qui leur demandaient un effort (attention, demande) alors qu'elles diminuaient dans la condition « récréation ». Pour deux autres personnes, les stéréotypies étaient élevées dans toutes les tâches. En ce qui concerne la dernière personne, elle présentait moins de comportements stéréotypés dans les situations de récréation et demande d'attention.

Cunningham (Cunningham et Schreibman, 2008) synthétisent leur revue en affirmant que les stéréotypes n'ont pas une fonction fixe. En effet, Une analyse du type de geste montre que le même mouvement peut aussi bien être une autostimulation (mouvement de mains devant les yeux pour obtenir une stimulation visuelle) qu'une action pour diminuer la charge des exigences de l'environnement. Carruthers suggère que les comportements de haut niveau, en particulier le besoin d'immuabilité, peut être expliqué comme une tentative des enfants autistes d'acquiescer le contrôle de leur monde en le ritualisant. Face à des stimuli sociaux complexes, la résistance au changement peut être expliquée comme un moyen d'évitement des situations nouvelles.

Objectifs et hypothèses

Au vu des éléments théoriques évoqués plus haut, un certain nombre d'études mettent en évidence un lien entre les comportements restreints et répétés et d'autres variables telles l'intensité du trouble autistique (Bishop et coll., 2006 ; Richler, coll., 2007, Militerni et coll., 2002), l'âge (Fecteau et coll., 2003 ; Richler, et coll., 2007 ; Militerni et coll., 2002), et le langage (Szatmari et coll., 1995 ; Eisenmajer et coll., 1998).

Il est toutefois important de noter que la plupart de ces recherches se sont penchées sur l'enfance et que d'autres études ne tendent pas au même résultat. Ainsi, l'objectif de cette étude est de reprendre ces questions chez l'adolescent avec autisme en tenant en considération les critères de la CIM10 (version recherche).

Nous avons pour cela posé deux hypothèses :

- H1 : nous pensons tout d'abord observer une corrélation positive entre les comportements restreints et répétés et les scores obtenus à la CARS c'est-à-dire que plus l'intensité du trouble est grande, plus la présence de comportements de bas niveau (tel balancement, flapping, l'exploration immature pour les objets) est importante.
- H2 : De même, nous pensons observer une corrélation négative entre le langage et ces comportements chez l'adolescent autiste. Autrement dit, plus le niveau de langage est réduit et plus l'apparition de maniérismes moteurs est importante.

Méthode

Pour mesurer l'impact de l'activité linguistique et de l'intensité sur les comportements restreints et stéréotypés, nous avons dans un premiers temps évalué le développement psychologique à l'aide de différents tests adaptés. Dans cette étude, nous avons évalué les adolescents avec autisme sur les comportements adaptatifs à l'aide de l'échelle de Vineland (Sparrow, Balla & Cicchetti, 1994), l'intensité du trouble à l'aide de la « Childhood Autism Rating Scales » (CARS ; Schopler et al. 1980 ; Schopler, Reichler, Renner, 1988) et enfin le langage expressif évalué à l'aide d'une échelle en trois points, utilisant la formulation ADI.

Présentation de la population

C'est une étude multicentrique réalisée dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique. L'échantillon est constitué de 152 adolescents âgés de 180 mois en moyenne. Le sexe ratio est constitué de 84% de garçons et de 16% de filles. Tous ces adolescents ont reçu un diagnostic d'autisme suivant les critères de la CIM10 (version recherche). La description des critères diagnostiques et des symptômes qui définissent l'autisme infantile coté F84.0, selon la CIM10, est présentée en annexe.

Nous présentons ci-dessous les caractéristiques de notre échantillon.

Tableau I : Caractéristiques de l'échantillon

Variables	moyenne	(écart-type)	
Effectif	152		
Age (mois)	180	(19,79)	
Cars	33,69	(8,44)	
Sexe			84 % garçons
AVQ	30,48	(17,59)	
Cars : childhood Autism Rating Scale AVQ: Autonomie vie quotidienne			

Procédure et hypothèses

Les critères de la CIM10 (version recherche) nous ont ensuite permis d'obtenir une description détaillée des symptômes liés aux comportements restreints et stéréotypés. Pour chaque sujet, les symptômes produits ont été rigoureusement analysés sur la base de quatre indicateurs communément utilisés pour mesurer ces comportements répétés (CIM10), à savoir : (1) Centres d'intérêt limités, (2) Rituels non fonctionnel et stéréotypies, (3) Stéréotypies et maniérismes moteurs, et enfin (4) Préoccupations pour certaines parties.

Nous posons deux hypothèses. Nous pensons tout d'abord observer une corrélation négative entre les comportements stéréotypés et l'activité linguistique. Autrement dit, plus le niveau du langage est réduit et plus l'apparition de stéréotypies motrices serait importante. De même, nous envisageons une corrélation négative entre ces stéréotypies motrices appelée aussi « les comportements de bas niveau » et l'intensité de l'autisme. C'est-à-dire que plus les scores obtenus à la Cars sont élevés et plus les comportements de type balancement, flapping des mains seraient importants.

Résultats

Les résultats sont présentés dans le tableau II

Tableau II. L'impact de l'intensité et du langage expressif sur les comportements répétés.

Symptômes cim10-F84.0 (autisme infantile)	Cars	langage
Domaine de l'activité exploratoire et motrice		
(a) Centres d'intérêt limités	NS	NS
(b) Rituels non fonctionnel et stéréotypies	NS	NS
(c) Stéréotypies et maniérismes moteurs	,00	,01
(d) Préoccupations pour certaines parties ou propriétés des objets	,00	,00
Cars: childhood Autism Rating Scale. NS: non significatif		

Nous constatons tout d'abord que pour certains symptômes il n'y a pas de corrélation significative. Par ailleurs, le tableau nous permet de constater que d'autres symptômes sont significativement influencés par l'activité linguistique et l'intensité du trouble. Ces symptômes sont au nombre de deux, à savoir :

- (c) Stéréotypies et maniérismes moteurs.

- (d) Préoccupations pour certaines parties ou propriétés des objets

Les centres d'intérêt limités, et (b) les rituels non fonctionnel et stéréotypés, ne sont donc pas sensibles à l'intensité et au langage.

Toutefois, à ce stade de la recherche, notre démarche méthodologique manque de précision puisqu'elle ne nous permet pas de prendre en considération l'hétérogénéité du trouble. En effet, Il est difficile de considérer l'autisme comme une catégorie homogène en ce qui concerne l'intensité symptomatologique (Siegal *et al.*, 2003), les comportements (Eaves *et al.*, 1994), et le niveau de langage (Prior *et al.*, 1998).

Le trouble autistique est hétérogène tant dans sa manifestation que dans son évolution, il est parfois même difficile de comparer des personnes autistes entre eux. Pour cela des études essayent de mettre en évidence différents groupes de patients autistes qui seraient constitué à partir des variables psychologiques et pour lesquels les trajectoires développementales présentent de fortes dissemblances. Pry (Pry et Guillaud, 2000) ont montré, dans une étude menée auprès de 193 enfants autistes, l'existence de trois sous-groupes qui se différencient très nettement par l'intensité de la symptomatologie, par le niveau de développement et par l'aspect plus ou moins hétérochronique de ce développement. Ces résultats ne vont pas sans poser quelques problèmes méthodologiques.

Ainsi, dans notre recherche, nous avons pu dans un second temps sélectionner deux groupes d'adolescents dans les deux domaines de manière quasi équivalente :

1. L'intensité : L'évaluation clinique nous a permis de mettre en évidence deux groupes d'adolescents d'intensité différente. Le premier groupe se caractérise par une haute intensité (HI), alors que le deuxième groupe est déterminé par une faible intensité (groupe de basse intensité BI)
2. Le langage : le système de cotation s'étend de 1 à 2 points. Nous avons par ce présent système distingué la présence ou l'absence du langage expressif. Les deux groupes se différencient alors par la présence /absence du langage.

L'utilisation des sous-groupes, nous a permis d'obtenir les différences entre les sous-groupes en lien avec les comportements restreints et répétés.

Les résultats sont présentés dans le tableau III.

Les principaux résultats montrent que les maniérismes moteurs et la préoccupation pour certaines parties ou propriétés des objets sont plutôt « réservés » aux patients dont le trouble est intense. Le lien entre le degré de l'intensité et ces types de comportements manifestés est significatif. Les adolescents de « haute intensité » se caractérisent alors par la présence de maniérismes moteurs et par les comportements d'exploration sensorielle répétés. Rappelons de même que ces comportements sont regroupés sous le qualificatif « comportements de bas niveau » (Turner, 1999)

Le tableau III nous apprend également que ces symptômes sont aussi une particularité du groupe de patients qui se caractérisent par l'absence du langage. En effet, nous remarquons que les adolescents autistes non verbaux ont :

- une tendance à privilégier des comportements de type maniérismes moteurs (balancements, flapping des bras... etc.).
- une tendance à se préoccuper pour certaines parties ou propriétés d'objets.

Discussion

Les résultats que nous avons obtenus sont en faveur de nos hypothèses. Nous remarquons en effet l'existence d'une corrélation entre le groupe d'adolescent non verbaux et (1) les maniérismes moteurs et (2) la préoccupation pour certaines propriétés d'objets. Autrement dit, les comportements de bas niveau. Il semble donc bien exister une influence de l'absence de langage sur les comportements de bas niveau. Ces résultats ne se différencient pas de ceux obtenus à la CARS. Ainsi, nos résultats sont en concordance avec ceux obtenus par Bishop (Bishop *et al.*, 2006) montrant que les maniérismes moteurs, l'auto-agressivité, et la manipulation stéréotypés des objets qui renvoient à la notion comportements de bas niveau sont en lien avec les sujets retardés. Autrement dit, chez les sujets dont le trouble est intense. De même, Bourreau (2008) résulte que les comportements de bas niveau sont plus observés chez les patients autistes montrant de grandes difficultés dans la relation et l'adaptation au monde. Ce type de comportements est lié au degré d'autisme et au retard mental. Le chercheur suggère que les personnes où l'autisme est sévère ont des difficultés à intégrer et comprendre les stimuli complexes, et notamment les stimuli sociaux, puis à produire des réponses adaptées,

Tableau III : langage expressif, intensité du trouble et comportements répétés

comportements restreints et répétés (CIM10)	Intensité		P > .05	Langage		P > .05
	G1	G2		G1	G2	
Nombre	76	74		78	73	
Centres d'intérêt limités	,61	,60	84	,61	,61	95
Rituels non fonctionnel	,40	,44	99	,56	,60	25
Stéréotypés et maniérismes moteurs	,58	,83	00	,61	,79	01
Préoccupations pour certaines parties ou propriétés des objets	,26	,63	00	,33	,55	00
G1 : groupe1 G2 : groupe2						

ces patients vont donc s'orienter vers des stimuli plus «intéressants» pour eux, qui vont les stimuler tout en demandant moins d'effort à produire

Il en résulte que moins le trouble autistique est sévère et plus l'adolescent va pouvoir accéder à des comportements de haut niveau comme apprendre par cœur l'annuaire téléphonique ou les horaires des trains. Ces comportements sont sous-tendus par des mécanismes cognitifs plus élaborés et renvoient à l'idée de structuration du milieu.

Nos résultats vont aussi dans le sens de ceux obtenus par Pry et ses collègues (Pry et al., 2005). Les chercheurs remarquent dans leur étude que l'absence du langage corréle avec l'intensité du trouble autistique. Autrement dit, plus l'intensité est faible, meilleur sera le développement du langage. Plus précisément, l'étude a porté sur 222 enfants autistes, évalués sur l'intensité du trouble (CARS), les comportements adaptatifs (échelle Vineland), et sur le langage expressif (item de l'ADI). Les résultats montrent que le niveau global de langage est lié aux compétences cognitives et adaptatives. Les auteurs associent ces résultats à la conception Wallonienne selon laquelle le langage est une unité fonctionnelle, impliquant les aspects cognitifs et représentationnels, indispensable pour le développement des connaissances.

Les maniérismes moteurs persistant, dans nos résultats, chez les adolescents avec autisme correspondent chez l'enfant typique à des fonctionnements extrêmement précoces. Un maniérisme moteur est observé chez le tout jeune enfant : ce sont des conduites autocentrées décrites par Stambak (1963) comme « une motricité non extérofactive » englobant les mouvements spontanés des membres et les stéréotypies. Ces gestes répétés sont fréquents chez l'enfant mais qui cèdent la place, vers la fin de la première année, aux réactions circulaires. La réaction circulaire mécanisme qui permet la transition du stade décrit par Wallon « impulsif et émotionnel » au stade « sensori-moteur et projectif ». L'activité posturale porte alors sur les objets du monde environnant. Notre groupe d'adolescents non verbaux et qui ont un score à la CARS élevé privilégient semble-t-il, l'activité en circuit fermé, ce qui rend chez eux la présence des maniérismes moteurs.

En ce qui concerne la préoccupation pour certaines parties ou propriétés des objets, cette particularité chez les patients autistes a été abordée, dans la littérature, au travers de comportements plus généraux comme le jeu. La manipulation immature révélée dans nos résultats montre que les adolescents autistes de haute intensité et non verbaux ont une tendance à se focaliser sur un aspect particulier sans prendre en considération la globalité. Cette particularité est aussi une caractéristique des enfants normaux mais qui laisse place à fonction plus complexe. Ce qui n'est pas le cas dans l'autisme. En effet, le rapport des enfants aux objets passe par des stades. Dans un premier temps, l'enfant utilise l'objet de manière sensori-motrice (exploration sensorielle comme toucher, goûter). Dans un second temps, l'utilisation

fonctionnelle s'instaure, l'enfant prend en considération la fonction appropriée de l'objet. Ensuite, se développent des fonctions plus complexes comme le jeu de faire semblant. A un niveau supérieur, l'enfant arrive à utiliser l'objet dans une autre fonction que sa fonction initiale. Les patients autistes semblent incapables d'atteindre ce niveau puisque de nombreux auteurs décrivent le jeu chez les personnes autistes comme stérile, ritualisé, sans engagement social. Libby (Libby et al., 1998) montre que les enfants autistes sont capables d'atteindre le stade fonctionnel. Autrement dit, ils sont capables d'utiliser les objets dans leur fonction première.

Conclusion

Les comportements stéréotypés ou répétés sont des comportements fréquents dans le développement ordinaire et participent aux apprentissages. L'écholalie, par exemple, qui est par définition la répétition exacte de mots ou de phrases, va permettre par imitation de l'autre un apprentissage du langage. En effet, l'enfant imite les comportements des autres, puis les répète pour pouvoir les intégrer. Ainsi, l'imitation durant l'enfance peut servir des rôles cruciaux dans le développement de la socialisation (Rogoff et al., 1993), dans la compréhension de l'intentionnalité (Baressi et al., 1966), le jeu symbolique (Piaget, 1962). Cependant, ces comportements répétés cèdent place à des comportements plus élaborés et flexibles contrairement à ce qui se passe chez les enfants dont le développement est troublé, en l'occurrence l'autisme.

Notre recherche a été motivée par le manque d'étude chez les adolescents autistes dans le domaine des comportements restreints et répétés. Ainsi, notre étude a porté plus précisément sur l'impact de l'activité linguistique et de l'intensité symptomatique, sur les comportements restreints et stéréotypés chez les adolescents avec autisme. Nos résultats montrent que le niveau de l'intensité du trouble autistique exerce une influence sur les comportements exprimés. Autrement dit, plus le trouble autistique est sévère et plus les comportements de bas niveau sont importants. Nos résultats montrent également que les maniérismes moteurs dominent lorsque le langage est absent. Nous résumons alors que plus les résultats obtenus à la CARS sont élevés, moins le langage est présent et plus les comportements de bas niveau prédominent.

Bibliographie

- Baron-Cohen, S. (1989). Do autistic children have obsessions and compulsions? *British journal of clinical psychology*, 28 (Pt 3), 193-200.
- Bishop SL, Richler J, Lord C (2006) Association between restricted and repetitive behaviors and nonverbal IQ in children with autism spectrum disorders. *Child neuropsychology* 12:247-267
- Cunningham, A. B., Schreibman, L. (2008). Stereotypy

in autism: The importance of function. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(3), 469-479.

Durand, V. M. & Carr, E. G. (1987). Social influences on "self-stimulatory" behavior: analysis and treatment application. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 20(2), 119-132.

Kennedy, C. H., Meyer, K. A., Knowles, T. & Shukla, S. (2000). Analyzing the multiple functions of stereotypical behavior for students with autism: implications for assessment and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 559-571.

Militerni, R., Bravaccio, C., Falco, C., Fico, C. & Palermo, M. T. (2002). Repetitive behaviors in autistic disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 11(5), 210-218.

Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Classification Internationale des Maladies*, chapitre V (F). *Troubles Mentaux et Troubles du Comportements. Critères Diagnostiques pour la Recherche* (10e révision). Paris: Masson.

Prior, M., Eisenmajer, R., Leekman, S., Wing, L., Gould, J., Ong, B., & Dowe, D. (1998). Are there subgroups within the autistic spectrum? A cluster analysis of a group of children with autistic spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 6,893-902.

Pry, R. Petersen, A. Baghdadli, A. (2005) the relationship between expressive level of language and psychological development in children with autism at 5 years of age.

Ronald, A., Happe, F. & Plomin, R. (2005). The genetic relationship between individual differences in social and nonsocial behaviours characteristic of autism. *Developmental Science*, 8(5), 444-458.

Siegal, M. & Blades, M. (2003). Language and auditory processing in autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 7(9), 378-380.

Stambak, M. (1963). *Tonus et psychomotricité dans la première enfance*. Neuchâtel : Delachaux & Niestlé.

Turner M (1999) Annotation: Repetitive behaviour in autism: a review of psychological research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40 : 839-849.

Wallon, H. (1934). *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. Paris : PUF, 1970.

Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent. Etudes sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*. Paris : PUF, 1984.

Wallon, H. 1945. *Les origines de la pensée chez l'enfant*, Paris, PUF.



Œuvre de l'atelier d'art-thérapie du Centre psychothérapique Camille Claudel, Hôpital de Béziers. Photo adressée par Mr Jean Louis Aguilar.



Faten Ellouze



Sana Ellini

L'anorexie mentale évaluée par le EAT 40

Auteurs : Faten Ellouze¹, Sana Ellini², Wissal Cherif³,
Mohamed Fadhel Mrad⁴

Résumé : L'anorexie mentale est une pathologie grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital et qui est caractérisée par une importante comorbidité somatique et psychiatrique. Les formes sub-syndromiques sont jusqu'à 10 fois plus fréquentes. Notre travail est une étude transversale portant sur 200 adolescents tirés au sort et scolarisés dans les structures publiques. Notre objectif était de rechercher les facteurs épidémiologiques liés à l'anorexie mentale chez un groupe d'adolescents Tunisiens en s'aidant du questionnaire EAT 40 dans sa version arabe validée, outil le plus utilisé pour le dépistage de l'anorexie mentale, pour détecter la présence de troubles du comportement alimentaire dans une population à haut risque. La détection de cette pathologie nous paraît très importante afin d'instaurer au plus tôt une prise en charge pour éviter une évolution défavorable.

Mots clés : anorexie mentale, comorbidité, dépistage.

Abstract : anorexia nervosa is a serious condition that can develop life-threatening and is characterized by a high somatic and psychiatric comorbidity. The sub-syndromic forms are up to 10 times more frequent. Our work is a cross-sectional study of 200 adolescents randomly selected and enrolled in public structures. Our objective was to investigate the epidemiological factors related to anorexia nervosa in a group of teenagers are helping Tunisians questionnaire EAT 40 in its Arabic version validated, the most used tool for screening for anorexia nervosa, to detect the presence of eating disorders in a population at high risk. The detection of this disease seems to us very important to establish at an early care to avoid unfavorable evolution.

Keywords : anorexia nervosa, comorbidity, screening.

Introduction

L'anorexie mentale se caractérise par la gravité de son pronostic, qui la classe au premier rang des pathologies psychiatriques mettant en jeu le pronostic vital. Son pronostic est aussi marqué par une importante comorbidité somatique et psychique (1). S'il est communément admis que la prévalence de l'anorexie mentale soit relativement rare, il

n'en est pas de même pour les formes sub-syndromiques qui peuvent être plus fréquentes jusqu'à 10 fois et qui peuvent selon certains auteurs évoluer vers des formes authentiques d'anorexie (2, 3, 4). Dans ce travail notre objectif était de rechercher les facteurs épidémiologiques qui sont liés à l'anorexie mentale chez un groupe d'adolescents tunisiens.

Matériel et méthode

Type de l'étude

C'est une étude transversale portant sur 200 adolescents tirés au sort et scolarisés dans les structures publiques (collèges et lycées) de la région de Rades.

a. **Critères d'inclusion :** adolescents de niveau scolaire compris entre la 7ème année de base et la 7ème année secondaire, consentement à l'étude.

b. **Critères d'exclusion :** non scolarisation, non consentement à l'étude, adolescents scolarisés en milieu privé.

1. Professeur agrégé en psychiatrie

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

2. Résidente en psychiatrie

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

3. Assistante hospitalo-universitaire

Hôpital psychiatrique Razi Tunis

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

Hôpital Razi Tunis

Auteur de correspondance : Ellini Sana – E-mail: sana_ellini@yahoo.fr – Numéro téléphone: +216 22 732 754 – Cité Ibn Zohr, Résidence le Bey, bloc 28, appartement 41, Manouba 2010 Tunis, Tunisie.

Evaluation

Chaque adolescent a rempli une fiche comportant :

- a. **Des données sociodémographiques :** âge, niveau scolaire, situation familiale, rang dans la fratrie, profession des parents, conditions socioéconomiques, origine, parcours scolaire....
- b. **Des données sur les antécédents familiaux et personnels :** consommation de substance, maladies psychiques ou somatiques, idées suicidaires sur la vie entière...
- c. **Le questionnaire EAT 40 dans sa version arabe validée.** Le EAT 40 est un instrument de dépistage publié par Garner et Garfinkel en 1979, et utilisé pour détecter la présence de troubles du comportement alimentaire dans une population à haut risque. C'est l'outil le plus utilisé pour le dépistage de l'anorexie mentale. Le EAT 40 existe actuellement en plusieurs traductions. Nous avons utilisé pour ce travail la version arabe qui a été validée avec une note seuil de 30, une sensibilité de 90% et une spécificité de 89,5%.

Analyse des données

Elle a été faite à l'aide du logiciel SPSS version 11. Elle a consisté en une comparaison de moyennes à l'aide de l'analyse de variance et une comparaison de pourcentage à l'aide du test de χ^2 . Le seuil de signification adopté a été de $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques de la population entière

L'âge moyen est de $15,3 \pm 2$ ans. Une prédominance de filles est notée avec 174 filles contre 26 garçons, soit un sexe ratio de 6,7.

L'éducation est décrite comme rigide ou conservatrice dans 35 cas, soit 17,5%. Le poids moyen est de $52,8 \pm 5$ kg. La taille moyenne est de $168,4 \pm 15$ cm. La moyenne du MBI (P/T2) est de $21,7 \pm 9$ avec des extrêmes de 16,5 et 32,4 Kg/m². 8 des sujets interrogés (soit 4% des cas) sont considérés comme obèses (BMI supérieur à 25). Ils sont considérés comme maigres (BMI inférieur ou égal à 17,5) dans 23 cas, soit 11,5% et comme normaux dans 169 cas, soit dans 84,5%. Le poids désiré est inférieur à celui actuel dans 113 cas, soit 56,5%, il est supérieur au poids actuel dans 9 cas soit 4,5% et il correspond à celui actuel dans 78 cas soit 39% des cas.

Une consommation de substances (alcool, cannabis, drogues...) est notée dans 53 cas, soit 26,5% des sujets inclus. Des idées suicidaires sur la vie entière sont enregistrées dans 48 cas, soit dans 24% des sujets inclus.

Une maladie somatique est présente chez 7 sujets, soit 3,5% des cas.

Des antécédents Familiaux somatiques sont notés dans 28 cas, soit 14%, et de consultation psychiatrique dans 3 cas soit 1,5%.

Prévalence de l'anorexie

La moyenne du score du EAT 40 est de $26,5 \pm 14,2$ au niveau de tout l'échantillon. Elle est de $28,7 \pm 12,2$ pour les filles et de $22,3 \pm 13$ pour les garçons. 23,5 % des filles ont un score EAT 40 supérieur à 30, contre 11,5% des garçons. Différence statistiquement significative $p = 0,05$.

Facteurs corrélés à l'anorexie

L'âge moyen des anorexiques était de $14,9 \pm 3$ ans vs $16,4 \pm 2$ ans pour les non anorexiques. Le sexe ratio est en faveur des filles parmi les anorexiques.

On retrouve aussi un meilleur niveau scolaire parmi les sujets anorexiques comparativement aux non anorexiques. Par contre on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre anorexiques et non en fonction de la situation familiale.

L'éducation est décrite comme étant plus rigide parmi les anorexiques.

Nous n'avons pas trouvé de différence entre anorexiques et non en fonction du nombre de frères ou sœurs, ni en fonction du rang dans la fratrie ou en fonction de la profession des parents. Il n'existe pas non plus de différence entre les 2 groupes d'étude pour la variable conditions socioéconomiques.

Par contre on retrouve plus de bons résultats scolaires parmi les sujets anorexiques comparativement aux non anorexiques. Dans le même sens on retrouve plus de redoublements parmi les non anorexiques.

Le poids moyen est moindre dans le groupe des anorexiques. Par contre la taille ne diffère pas entre les deux groupes d'étude. Parmi les sujets anorexiques, on retrouve un bas BMI. On retrouve aussi plus de sujets maigres parmi les sujets anorexiques. Dans le même sens, parmi les sujets anorexiques, le poids désiré est significativement inférieur à celui actuel.

La consommation de substances (alcool, cannabis, drogues...) est significativement plus élevée parmi les sujets anorexiques, il en est de même pour les idées suicidaires sur la vie entière. Enfin on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre anorexiques et non en fonction des antécédents personnels ou des antécédents familiaux. (Tableau I)

Discussion

Limites de notre étude

- Le nombre réduit des adolescents, cependant le tirage au sort nous permet une représentabilité des adolescents de cette région.
- Le EAT ne permet pas un diagnostic certain d'anorexie, il inclue plus de formes subsyndromiques des troubles des conduites alimentaires. Il dépiste tous les TCA sans en différencier le type exact : anorexie ou boulimie, les formes cliniques telles que hyperphagie boulimique et les

Tableau I

variables	anorexiques		Non anorexiques		p
L'âge moyen	14,9+/- 3 ans		16,4+/-2ans		0,02
Sexe ratio	13,6		5,78		0,025
Niveau scolaire plus que la 9eme année	3	6,8%	71	45,5%	0,00001
Parents en conflits ou séparés	6	13,6%	40	25,6%	NS
Education Rigide	21	47,7%	21	13,4%	0,0002
1 enfant unique	25	56,8%	39	25%	NS
Rang dans la fratrie aîné	18	40,9%	65	41,6%	NS
père ouvrier ou inactif	14	31,8%	51	32,6%	NS
mère ouvrière ou inactive	35	79,5%	83	53,2%	NS
Conditions socioéconomiques moyennes ou basses	29	65,9%	123	78,8%	NS
Bons résultats scolaires	28	63,6%	8	5,1%	0,000000
Redoublement scolaire	3	6,8%	64	41%	0,00002
Poids moyen	50,3+/-4		54,9+/-3		0,04
Taille moyenne	165+/-10cm		167+/-9		NS
BMI	18,6+/-8		24,1+/-6		0,000000
Poids désiré inférieur à celui actuel	31	70,4%	82	52,5%	0,03
Consommation de tabac, alcool ou de drogues	32	72,7%	21	13,4%	0,000000
Idées suicidaires sur la vie entière	24	54,5%	24	15,3%	0,000000
Antécédents personnels	2	4,5%	6	3,8%	NS
Antécédents familiaux	7	15,9%	24	15,3%	NS

troubles alimentaires non spécifiés pourraient y être aussi inclus. Certes le diagnostic d'un trouble de comportement alimentaire ne se pose que dans un cadre institutionnel, néanmoins le EAT40 a démontré son utilité pour repérer les sujets à risque. Certains auteurs insistent aussi sur le rôle du EAT 40 dans le dépistage précoce et donc dans la prévention des troubles des conduites alimentaires.

Prévalence et facteurs corrélés à l'anorexie

Dans notre étude, la prévalence de l'anorexie mentale au sens du EAT40 est estimée à 23,5%. Il s'agit d'un taux qui reste compris dans la fourchette des études antérieures ayant employé le même instrument d'évaluation (3, 5, 6, 7).

Dans notre étude, l'âge moyen des anorexiques était de 14,9+/- 3 ans vs 16,4+/-2 ans pour les non anorexiques. Il semblerait en effet que l'adolescence (moment où la question de la dépendance à l'égard de la famille est très importante) soit une période propice au développement de l'anorexie mentale. L'adolescence est une période de crise majeure voire décisive de ce qu'il en est du devenir Femme, crise dans le réel du corps, d'une telle intensité qu'elle vient bouleverser les équilibres et acquis antérieurs en attente de validation et opérer des remaniements subjectifs à l'issue toujours incertaines. L'adolescente est le siège, dans son corps, de mutations violentes travaillées par le réel pubertaire en elle, c'est dans la violence de la poussée pulsionnelle qu'elle est arrachée à la période d'insouciance enfantine. Les défenses dont elle avait pu se servir pour éloigner le sexuel infantile pendant toute cette période de « latence » s'avèrent alors insuffisantes, inopérantes.

L'adolescence est aussi une crise d'identité sur fond de deuils à opérer : deuil de l'enfant en soi, de cet enfant magnifique qu'elle fût pour ses parents, cette partie intime d'elle-même qu'elle doit abandonner pour grandir. Deuil des objets oedipiens que l'irruption du sexuel rend désormais éminemment dangereux. Mais aussi deuil des étayages passés, des partitions anciennes.

Si les mécanismes de défense intérieurs s'avèrent insuffisants à endiguer l'angoisse, une régression libidinale vertigineuse se mettra en place, régression qui va projeter la jeune fille vers les fixations orales, dans le monde oral du premier lien à la mère. (4)

Dans notre étude, le sexe ratio est de 13,6 parmi les anorexiques en faveur des filles. Décrite depuis 1964 par Morton, l'anorexie masculine reste rare, avec un sexe ratio de 1 homme pour 9 femmes (1). Ce chiffre pourrait cependant être sous-évalué, car très peu d'études en population générale ont été menées. Le tableau clinique se rapproche de celui de la fille avec une prédominance des formes avec boulimie et vomissements. La perte de toute libido et de toute érection est considérée comme l'équivalent de l'aménorrhée (8). Pendant longtemps, la conduite anorexique du garçon a été considérée comme un mode d'entrée dans une pathologie psychotique. A aussi été rapportée la fréquence chez les garçons des troubles graves de la personnalité mettant en jeu leur sentiment d'identité et plus particulièrement leur identité sexuée. Une comorbidité importante avec les troubles de l'humeur et les TOC a été constatée. De plus des antécédents familiaux de troubles de l'humeur (20 %) et d'alcoolisme (20 %) ont aussi été mis en évidence.

D'autres différences entre sexes ont été notées par d'autres auteurs : il semblerait que l'obésité (dans 50 % des cas), et l'homosexualité soient des facteurs de risque plus spécifiquement masculins.

Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre anorexiques et non en fonction de la situation familiale. Toutefois, on retrouve plus d'éducation de type rigide ou conservatrice parmi les anorexiques comparativement aux non anorexiques. Dans la littérature, le tableau le plus fréquemment décrit est celui d'une famille conventionnelle, fixée rigide sur les apparences, fermée sur elle-même, avec une peur du monde externe et surtout une volonté d'éviter les conflits internes. Sours (9) trouve que ces familles cherchent à apparaître parfaites dans une caricature de normalité.

Selon la théorie familiale systémique, ces familles se caractérisent par l'enchevêtrement entre les membres d'une même famille, leur excessive proximité et l'intensité des interactions. Pour éviter un conflit insupportable, les parents transforment leurs difficultés de couple en un problème avec leur enfant.

Selvini considère que le problème central dans l'anorexie réside dans un système d'alliance et de coalition au sein de la famille. Elle parle de « mariage à trois » : chaque parent étant également dans une relation incestueuse avec un des enfants. Elle insiste sur la désillusion profonde qui se cache derrière l'unité de façade du couple parental (9).

Dans notre étude, on ne trouve pas de différence entre anorexiques et non en fonction des conditions socioéconomiques. Classiquement, il a été largement affirmé que l'anorexie mentale concernait principalement les classes socio-économiques favorisées (société d'abondance) et les sociétés occidentales non traditionnelles (1). Cependant des études plus récentes menées dans des populations non cliniques semblent montrer que les troubles mineurs du comportement alimentaire se distinguent également dans toutes les couches sociales et l'influence de la classe sociale sur la prévalence de l'anorexie mentale paraît de moins en moins nette (7).

Plus que la rareté des troubles du comportement alimentaire dans les sociétés traditionnelles, il est intéressant d'envisager leur accroissement avec la modernisation de ces sociétés et l'« occidentalisation » du mode de vie. Les changements culturels s'accompagnent de changement de l'image valorisée du corps et les troubles du comportement alimentaire touchent de manière différente les adolescentes issues d'une société traditionnelle selon qu'elles vivent dans leur pays d'origine ou dans une société occidentale. C'est le cas de jeunes grecques et de jeunes turques vivant en Allemagne et de jeunes égyptiennes vivant à Londres.

Plusieurs phénomènes d'ordre culturel peuvent être impliqués dans « l'explication » des troubles de comportement alimentaire :

1. à l'évidence, la culture exerce une pression sur l'image idéale du corps. La tendance occidentale est globalement

- à la valorisation de formes minces chez les jeunes femmes.
2. la culture exerce également une pression considérable sur le choix des aliments.
3. le statut de la famille change et l'anorexie mentale s'inscrit toujours dans une dynamique familiale perturbée.
4. la féminisation des idéaux d'individualisme et de réussite sociale se manifeste particulièrement chez les anorexiques.

Toutefois, la famille demeure le premier agent de socialisation. La famille peut renforcer le message social lorsqu'elle crée autour de l'enfant un environnement mettant en valeur la minceur, les régimes et la pratique excessive du sport.

Dans notre étude on retrouve plus de bons résultats scolaires parmi les sujets anorexiques comparativement aux non anorexiques, la différence est significative. Dans le même sens on retrouve plus de redoublements parmi les non anorexiques.

L'hyperactivité physique et intellectuelle va fonctionner comme révolte, rébellion contre la passivité régressive éminemment dangereuse qui menace. Impossible d'arrêter une activité frénétique sans courir le risque de l'inertie annihilante. Lutter, agir, refuser, être toujours en mouvement pour assurer le sentiment de l'existence de soi.

Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence significative entre anorexiques et non en fonction de la taille ou du poids moyens, par contre la différence est nette en fonction du BMI qui reste plus bas et du poids désiré qui reste inférieur à celui actuel parmi les sujets anorexiques. Depuis quelques années, les études se penchent sur le rôle de la comparaison sociale dans le développement de l'insatisfaction corporelle et des troubles alimentaires. En l'absence de standards objectifs définis, nous déterminons et évaluons nos habiletés et caractéristiques personnelles en nous comparant aux autres. La comparaison sociale permet de sauvegarder l'estime de soi en fonction de la cible avec laquelle nous choisissons de nous comparer. La comparaison descendante est la tendance à se comparer avec des personnes « inférieures » à soi pour se rehausser soi-même. En revanche, la comparaison ascendante mènerait à la dévalorisation de soi. Et pour maintenir l'estime de soi, l'individu préfère se comparer à des personnes relativement semblables à lui. Bien qu'il existe des critères définis concernant le poids minimum et le poids maximum, le jugement que l'on porte sur son poids est très subjectif et il est commode de se comparer aux autres. À la fin de l'enfance et au début de l'adolescence, la comparaison sociale joue un rôle important dans la perception de soi. Les filles qui s'engagent dans de fréquentes comparaisons et qui choisissent pour se comparer à des « cibles supérieures » (comparaisons ascendantes) sont plus susceptibles de ressentir une insatisfaction corporelle et de s'engager dans des comportements alimentaires dangereux.

Dans notre étude, on retrouve parmi les sujets anorexiques plus de consommation de substances (alcool, cannabis, dro-



Repas de lions. Mosaïque romaine à El Djem (Tunisie). Photo Psy Cause, 2009.

gues...), plus d'idées suicidaires comparativement aux sujets non anorexiques. Par contre, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre anorexiques et non en fonction des antécédents personnels. Dans la littérature, l'abus de substances psychoactives est estimé entre 12 et 18 % des cas chez les patientes anorexiques. Certains auteurs regroupent dans le concept d'addiction des conduites différentes comme l'alcoolisme, le tabagisme, le jeu pathologique, les TCA (anorexie, boulimie), les surconsommations médicamenteuses, en particulier de psychotropes, mais aussi certaines conduites suicidaires et/ou de prise de risque. Les auteurs conçoivent la place, le rôle et la fonction du symptôme addictif dans ces conduites en tant que défense contre des affects dépressifs non structurés, pressentis dangereux, et en tant qu'élément permettant d'accéder à une jouissance solitaire plus ou moins masquée ou élément permettant une autostimulation face à un sentiment de vide désorganisateur. Sans avoir l'ampleur et la rapidité d'impact d'une drogue proprement dite, un comportement pathologique, en particulier alimentaire, est susceptible d'avoir certains effets psychotropes, que ce soit par l'apaisement qu'il peut procurer ou en étant source d'excitations stimulantes pour le psychisme, avec pour conséquence l'apparition d'un certain degré de dépendance (avec la difficulté de séparer dépendance physique et psychique) mais également d'accoutumance. Ces répercussions peuvent être le fait de phénomènes purement psychiques, en lien avec le sens et

la fonction de ce comportement dans l'équilibre mental des patients, ou résulter des effets psychiques propres des sensations procurées par le comportement, ou de ceux des modifications biologiques, en particulier des neuromédiateurs, secondaires à la pratique de ce comportement. (10) Dans notre étude, on ne retrouve pas de différence statistiquement significative entre anorexiques et non en fonction des antécédents familiaux. Dans la littérature, la fréquence des antécédents familiaux de troubles psychiatriques (dépression ; addiction alcoolique ; abus de drogue) a déjà été notée par certains auteurs. Elle est plus élevée chez les boulimiques que chez les anorexiques (8). Une certaine vulnérabilité génétique serait corrélée étroitement avec l'existence de troubles dépressifs majeurs dans la famille. De nombreux auteurs ont montré une fréquence de deux à quatre fois supérieure des troubles thymiques chez les apparentés au premier degré des patientes anorexiques et boulimiques par rapport aux apparentés des sujets contrôles. Les études d'agrégation familiale estiment à 3 % le risque d'avoir un enfant anorexique si un apparenté a le trouble et à 0,3 % si ce n'est pas le cas (11). Les études de concentration familiale tentent de spécifier le spectre phénotypique, en regard des liens entre troubles alimentaires, dépression et alcoolisme. Certains auteurs ont mis en évidence le fait que c'est l'anorexie restrictive pure, sans vomissements provoqués et crise de boulimie, qui augmente significativement le risque d'anorexie mentale chez les apparentés.

Conclusion

L'anorexie mentale est un trouble grave qui peut mettre en jeu le pronostic vital. Il est d'autant plus dangereux qu'il n'est pas reconnu par la patiente et qu'il est minimisé par la famille. Il s'agit d'un trouble qui touche essentiellement l'adolescente et semble de fait entrer en résonance avec la problématique posée par l'adolescence. L'anorexie reste une pathologie dont le pronostic peut être sévère tant en termes de mortalité qu'en termes de morbidité. Une prise en charge adaptée doit être entreprise dès le début des symptômes afin d'éviter une évolution défavorable.

Bibliographie

1. N. Godart, F. Perdureau, P. Jeammet, Données épidémiologiques anorexie chez l'adolescent, *Journal de pédiatrie et de puériculture* 17 (2004) 327-330
2. Jeammet P. L'anorexie mentale. *Psychiatrie* 1984 *Encycl Med Chir* (Elsevier SAS, Paris).
3. Flament MF. Épidémiologie des troubles des conduits alimentaires. In: Rouillon F, Lépine JP, Terra JL, editors. *Épidémiologie psychiatrique*. Paris: Ellipse; 1995.
4. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*. Washington DC: PA; 1994.
5. Willi J, Giacometti G, Limacher B. Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *Am J Psychiatry* 1990;14(11):1514-7.
6. Bouhlef S, troubles des conduites alimentaires dépression et alexithymie chez une population d'étudiants en médecine prévalence et corrélations, thèse de doctorat en médecine, 2003 Sousse
7. Hichri k, étude de la prévalence de l'anorexie mentale et de la boulimie nerveuse a propos d'une enquête auprès de 720 adolescentes en milieu scolaire, thèse de doctorat en médecine Monastir 2000.
8. Garner DM. Pathogenesis of anorexia nervosa. *Lancet* 1993;34(8861):1631-5.
9. Corcos M, et coll. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*, 37-215-B-60, 2001, 6p.
10. Ghazali I, Validation d'une version arabe du Eat 40 et du Bite en Tunisie, 2007, these pour le doctorat de médecine, faculté de Tunis
11. Association, A.P, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-IV-TR*. 4th ed. 2000, Washington, DC: American Psychiatric Association. xxxvii, 943 p.



Caravane bachique à El Jem (Tunisie). Photo Psy Cause, 2009.

Un pays, un article

En cette seconde partie de ce numéro, nous renouons avec la formule « Un pays, un article » qui offre au lecteur un panorama le plus large possible tant sur le plan de l'origine géographique que du thème traité.

La Côte d'Ivoire ouvre cette séquence avec un article sur le trouble éjaculatoire précoce, qui propose une approche sexologique du patient africain, selon une analyse psychanalytique du symptôme qui renvoie à la souillure, à la vidange et à une analité archaïque.

Le Cameroun poursuit avec une étude à forte polarité anthropologique et pluridisciplinaire (un auteur anthropologue, un auteur psychiatre et une auteure psychologue) centrée sur les troubles induits par le choc culturel de la procréation médicale assistée, utilisée pour résoudre des problèmes d'infertilité.

Le Bénin présente une expérience thérapeutique originale facilitatrice de l'insertion sociale du malade mental au sortir de l'hospitalisation : le Sin tun tun. Elle utilise le levier culturel d'un rituel très ancien de réconciliation. Cette technique est dans l'esprit de « l'école de Dakar » initiée par le Pr Collomb qui faisait appel à l'efficacité symbolique d'un certain nombre de ressources culturelles.

La France propose une recherche pilotée en Haute Saône par des psychiatres africains sur les interactions entre le tabac, le café et les neuroleptiques chez des patients psychotiques hospitalisés : une question connue et constatée de longue date mais peu étudiée.

Cette seconde partie est donc africaine. Elle témoigne du dynamisme et de la créativité des auteurs africains... y compris en France même. Ces articles sont représentatifs des enjeux de la francophonie au cœur de l'expérience internationale de la revue *Psy Cause*. Une sorte de fil d'Ariane se construit, qui donne un sens nouveau au partage des expériences et des préoccupations cliniques entre des praticiens exerçant dans des contextes culturels différents... et entre des praticiens issus de cultures différentes exerçant dans un même contexte. Le génie d'une langue partagée par les différents auteurs, dans un support commun pour leur écriture, contribuerait-il au lien ?

Jean Paul Bossuat



Statue d'accueil devant le palais royal du royaume de Kétou (Bénin). Photo *Psy Cause*, 2008.



Lawrence Yapi

Le trouble éjaculatoire précoce, tuteur et révélateur d'un symptôme inconscient

Résumé : les troubles de l'éjaculation précoce (TEP) représentent un des dysfonctionnements de la sexualité masculine. Ils sont sanctionnés autant par le tabou que par l'incompréhension et dans les deux cas de figures, ils sont révélateurs d'un certain symptôme inconscient. Les TEP(s), s'ils ne sont pas d'origine physiopathologique, interrogent les fondations psychologiques de l'assise sexuelle. Plus encore, ils questionnent l'échafaud de la sexualité infantile à partir duquel toute la sexualité active adulte se justifie.

Mots clés : trouble de l'éjaculation précoce, psycho-sexualité, symptôme, inconscient.

Summary : premature ejaculations are one of the sexual male dysfunction. They are sanctioned as much as a taboo than a misunderstanding, but in any ways, they reveal something about an unconscious symptom. Premature ejaculations, out of a bodily pathological origin, question the psychological ground of sexual basis. Even more, they query the roots of the infantile sexuality, from where every active adult's sexuality is justified.

Keywords : premature ejaculation, psycho-sexuality, symptom, unconscious.

Ce travail s'inscrit dans la thématique générale de la sexualité. Plus particulièrement la sexualité masculine avec pour point d'orgue les problèmes inhérents à l'éjaculation. Plus spécifiquement, au trouble de l'éjaculation précoce (TEP). Cette étude s'impose au constat d'une demande express ; celle du client qui s'interroge - non pas sur son manque à éjaculer - mais sur son manque à contrôler et à décider de ce moment. Ce manque de maîtrise neurophysiologique questionne la capacité du sujet à jouir - jouir de lui en terme de bénéfice primaire - et faire jouir, bénéfice secondaire apprécié par un tiers.

Le patient s'interroge sur son impossibilité « chronique » à décider, donc à retarder le moment de survenue de sa miction. Il s'inquiète de cette étrange faillite de maîtrise de soi, lui qui justement ne jure que par la rigueur, la retenue, l'exactitude. Toute une architecture de penser et d'agir organisée sur le modèle psycho-dynamique de l'assise obsessionnelle et qui va donc à l'encontre de ce débordement anarchique de la pulsion.

Quelques questions s'offrent alors à cette permanence de l'impromptu et quelque part de cette contre performance.

Le TEP du patient est-il du à une incapacité psychique à lâcher prise, à vivre librement sa sexualité sans la dite retenue habituelle qui caractérise l'ossature psychologique ? Incapacité due à un hyper contrôle autour de la pulsion d'emprise qui confisque pour des raisons sado-masochiques le désir - dans son existentialité propre - et le désir de l'autre partenaire. La formule coïtale de ce type de TEP est un rendu du désir et du plaisir sous leur forme la plus appauvrie, désérotisée magistralement et manifestement insatisfaisante¹.

Ou bien,

le TEP du sujet est-il tout le contraire ; un manque absolu de contrôle ?

Quelles peuvent être les raisons de ce soudain abandon alors qu'on sait le sujet si maître de lui ?

Se peut-il que la formule coïtale réponde à un impératif d'exécution pour éviter le conflit, la culpabilité, l'angoisse ? Cela sous-entendrait que le désir de l'autre est exécuté, « liquidé », afin d'éviter tout conflit, toute rétorsion et repré-

Psychologue clinicienne, Enseignant-Chercheur
Université Félix Houphouët Boigny, Département de psychologie, SHS.
Email : lawrys@hotmail.fr - Téléphone : 4805-5645

1. En tout cas pour le partenaire autre.

sailles actualisant des angoisses primordiales. La miction est alors plus de l'ordre de la décharge d'exécution davantage que celui du partage et du don.

Ou

Se peut-il que le TEP soit la meilleure des formules qui révèle l'envers du décor édifié sous le primat d'une pulsion archaïque de type sadique anale ?

Et donc, c'est dans cette fugitivité du rapport coïtal que la pulsion destructrice s'affranchit, s'enhardit, s'épanouit. Nous aurions presque envie de dire que la pulsion se (ré)jouit.

Quoique pourra révéler la nature du problème, l'on pressent déjà que sous une forme ou une autre, un conflit couve et attise la conjecture qui anime la propre interrogation du patient. Le conflit est orchestré soit par la rétention soit par la dictature de la destruction, le tout chapeauté par la culpabilité et l'insatisfaction.

L'interpellation du client sur sa difficulté a cela de singulier pour qui s'intéresse à la psycho-sexualité et à la sexoanalyse² - dans ses théories et ses thérapeutiques - car elle renvoie à l'ossature même de l'organisation anale de sa libido et à partir d'elle des enjeux des organisations phallo-œdipiennes.

Au regard, des théories psychanalytiques sur l'émergence de la sexualité infantile sujette à des stades, des stases, des écueils et des fixations tous à la fois promoteurs d'une économie psycho-dynamique et obturateurs de l'assise en devenir. Puis de l'approche sexoanalytique³ postulant que les troubles sexuels ont leur propre trajectoire, mettant ainsi l'accent sur « les significations inconscientes du trouble sexuel et sur le travail correctif sur l'imaginaire », nous cherchons à savoir finalement si oui ou non pour le patient son manque à « psychiquement » jouir de lui (au sens profiter de lui) est un avatar de l'emprise ano-pulsionnelle ou autrement un échec de celle-ci. Est-ce une défense contre la perte de l'objet selon une chaîne associative inconsciente ou une actualisation dans le corps d'un inconscient rivé à une pré-histoire du sexuel ?

L'hypothèse que nous formulons est celle-ci : le sujet utilise de manière inconsciente le TEP pour réaliser un fantasme archaïque lié/fixé à l'histoire prototypique de sa sexualité infantile anale.

Matériel et méthodologie

Nous avons procédé par entretien comme la psychologie clinique le requiert. Dans le cadre psychothérapeutique, deux dynamiques vont se succéder, puis s'alterner. Dans un premier temps, des entretiens sont conduits pour évaluer la problématique du patient et apporter un correctif sur l'imaginaire en terme de réassurance, réparation narcissique et revalorisation psycho-organique autour d'un objet sym-

bolique : le phallus. Dans un deuxième temps, des exercices sexo-thérapeutiques sont proposés pour apprivoiser le déficit de maîtrise neurosensorielle autour de l'objet physique : le pénis (plus particulièrement le gland). Enfin, sexothérapie et psychothérapie sont menées conjointement afin de lever les défenses et les résistances qui ne manquent pas de surgir contre les abréactions provoquées.

Analyse

Le conflit chez le sujet s'insinue entre le désir d'autoconservation de la tension-plaisir initié par les prémisses de l'activité sexuelle comme passage à l'acte et le besoin de se débarrasser de l'effet délétère de la tension-plaisir maintenue qui devient tension-déplaisir qui nécessite une décharge. La décharge physique est congruente à une décharge psychique sous le terme du lâcher-prise sur le plaisir; sacrifier le plaisir originel de la tension pour recourir, dans l'après-coup, à un plaisir secondaire : celui du soulagement et de la détente tant neuromusculaire que psychologique.

La question de la vidange du sujet s'est présentée sous deux formes opposées. Celle d'y accéder pour mettre fin à une tension de type autoérotique par excitation urétrale mais au risque de perdre de son plaisir, sauf si le renoncement est sous couvert du « retour différé du même ⁴ ». Ou celle d'y céder pour mettre fin à un plaisir déplaisant occasionné par le maintien inopiné de la tension originelle. Alors on peut se demander à quel plaisir répond le plaisir du sujet atteint de TEP. Au plaisir masochique de la rétention et de l'autoérotisme de conservation ou au plaisir sadique de l'expulsion (destruction symbolique du déchet mictionnel et du déchet du mauvais objet psychique introjecté) avec regain d'un plaisir dans l'après-coup de la vidange : le relâchement.

L'analyse du patient a montré une forte inclinaison pour cette deuxième option : l'acquiescement pulsionnel sur le versant sadique en vue de détruire un mauvais objet introjecté pour ne pas dire un mauvais objet « analysé ». Il va s'agir dès lors, dans la brièveté du coût de jouir⁵, d'un retour certain, inopiné et impromptu, du refoulé, qui à travers sa réminiscence exécute tout un pan délictueux, réprouvé, sanctionné par une défense habituellement massive, le délictueux attrait - pour l'obsessionnel - de la souillure.

Comme on l'a dit ordinairement, la défense contre l'attraction qu'exerce la saleté, la souillure chez l'obsessionnel est massive et active empêchant la réalisation de ce fantasme par des procédés inhibiteurs, bloquants et pour finir parfois très invalidants. Mais ici, la défense est court-circuitée du fait du mécanisme d'isolation et même mystifiée par la prise en charge et la mise en scène de l'activité sexuelle ritualisée dans le couple⁶. Le fantasme de réalisation contre

2. Le concept de sexoanalyse s'appuie sur des concepts originaux comme la « genralité », la sexose et d'autres théories propres. Elle se résume sobrement comme l'étude de l'inconscient sexuel et ses manifestations.

3. Crépault C. (1997), La sexoanalyse. Paris. Payot.

4. Roussillon R. & Ciccone A. (2007), in organisation anale de la pulsion, Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson SAS. P.144

5. Tout à l'insu du désir du partenaire bien sûr, mais on le verra tout à l'insu de la conscience du sujet lui-même.

6. Tous les soirs à telle heure, selon tel schéma d'exécution « érotique »

obsessionnel, contre maîtrise s'accomplit dans une rapidité quasi ritualisée elle aussi⁷, mais qui ne lui donne que plus de poids. L'hypothèse de la réalisation du fantasme de souillure est corroborée par les dires de l'épouse qui affirme que sitôt la vidange opérée, le patient se retire prestement et part se laver pendant plus de temps que celui passé dans le rapport intime !

On ne s'y méprendrait pas beaucoup à voir dans cette urgence de libation un acte double : la réparation par purification et l'annulation rétroactive d'une motivation inconsciente qui a fait effraction dans le réel au moment même où le fantasme de souillure a été consommé. La pensée se fait claire et est donc susceptible d'être attaquée, condamnée par la culpabilité et l'échec du contrôle obsessionnel.

Le fantasme en général et celui de la souillure en particulier, nous en avons fait une hypothèse centrale qui se justifie théoriquement par la bisexualité inhérente à la libido anale. L'organisation de la libido « analysée » est très ambiguë, elle tourne autour de l'image ambivalente du cloaque à double potentialité : celle pénétrante capable de recevoir en son intériorité. Et celle expultrice capable d'évacuer la même intériorité. La première formule est dite passive car l'intérieur est soumis à l'intrusion de l'extérieur. Cette passivité renvoie à une capacité de contenant et de posséder qui sont traduits par des traits dits féminins. La seconde formule est dite active car l'intérieur soumet l'extérieur à son agressivité, son attaque sadique, sa capacité destructrice. Ce trait est associé à des caractéristiques viriles dites masculines. Cette hypothèse de l'enkystement inconscient de la sexualité toute entière du patient à une libido anale de type sadique primaire et de son ambivalence homosexuelle, va être confirmée par deux aspects. Le premier est physique visible. Le deuxième est psychique oralisé.

Lorsque l'on rencontre le patient, une chose saute aux yeux : il est très « coquet ». Non que la coquetterie soit dévirilisante, au contraire, mais ici plusieurs facteurs vont asseoir cette coquetterie « ambiguë ». Le sujet est affublé de bijoux de belles factures qu'il admire, tripote, repositionne en permanence. Il prend soin de ses/ces objets de beauté. Il prête une attention particulière à ses vêtements et y porte un soin toujours délicat, exigent mais ponctué par des gestes un peu crispés comme sous l'impulsion de tics (lissage des plis, ajustement du col, vérification de l'enroulement proportionnel des manches...). Il y a dans l'attitude du sujet une part à peine cachée du féminin qui l'habite et qu'il consent à assumer sous couvert de tout un panel de masculinité bienveillante.

Au cours des entretiens, on découvre que le patient est proprement inapte à gérer les conflits familiaux, à les prendre de front et les liquider. Il reconnaît, à peine voilé, qu'il ne sait pas se défendre contre une attaque⁸, il reste sur

la défensive mais ne se défend pas vraiment. Quant à son autorité paternelle, il a complètement abdiqué. Il est ce que l'on peut appeler un passif-évitant.

A côté de cet aspect qui monopolise la gestion des affects intimes, il peut se montrer tyrannique envers son personnel d'entreprise et son épouse dans sa version associée car elle travaille avec lui. Ici par contre, le patient - ses affects bien à l'abri derrière la figure du patron - révèle un visage plus actif-défiant.

On retrouve la double polarité dominant/dominé, sadique/masochique et l'altérité masculin/féminin, qui caractérisent l'échafaud équivoque de la structure psychique névrotique susceptible de décompenser sur le mode obsessionnel.

Le deuxième aspect est apporté par un flagrant « déni ». Ce déni est porte parole par défaut de l'existence d'un insu traumatique et dérangeant qui butte en touche dès qu'on l'évoque ; à savoir la masturbation.

Lorsqu'on aborde le thème de la masturbation, le sujet est troublé, mal à l'aise et presque choqué. Il bouge de manière inconfortable sur son siège et se met inconsciemment en position d'attente défensive. Le langage non verbal du patient est vraiment très éloquent et révélateur d'une inquiétude et d'un malaise interne.

Curieusement, il se détend un peu lorsqu'il s'agit de savoir si oui ou non dans le cadre d'un travail thérapeutique de repérage de la sensibilité du bout de sa verge, il peut procéder à une vidange « gratuite » par le biais de la masturbation. Il prétend ne pas souscrire à cet acte mais si la thérapeutique l'exige, il y consentira. La thérapeutique fait office de contention, d'ordonnancement contre l'attaque sadique de la défense qui réprouve tout acte volontaire, conscient de souillure. Le patient prend la prescription thérapeutique comme une formule d'autorité et d'autorisation. L'idée d'une pratique masturbatoire de type « actuelle » est perçue et vécue moins dramatiquement que la réminiscence d'une sexualité onanistique infantile passée.

Une fois la question de l'onanisme abordée et acceptée comme activité cautionnée, permise par une autorité médicale, les crispations du sujet se lèvent un peu. Mais qu'en surface, car lorsqu'on le renvoie à son activité sexuelle adolescente (premier palier de descente dans la régression thérapeutique) le client se braque. Il assure ne pas avoir pratiqué ni sexualité solitaire⁹ ni rapport homo ou hétérosexuel. Il n'a rien fait jusqu'à son mariage à l'âge de 20 ans. Dès lors, il a toujours fonctionné comme un éjaculateur précoce. Il s'en est toujours bien porté, jusqu'à ce que sa femme s'en plaigne. Et le trahisse.

7. L'activité sexuelle, hors préliminaire c'est-à-dire du coït à l'éjaculation, dure deux minutes. Ce décompte a été demandé au partenaire pour évaluation et prise en compte lors du travail thérapeutique

8. Alors que dans une vie professionnelle antérieure il était professeur

d'art martial!!

9. « Ou peut-être une ou deux fois en tout » dit le patient, car l'improbabilité de cette réponse se heurte à sa rigidité surmoïque.

Conclusion

La finalité de cette étude vise à démontrer que tout travail sexo-thérapeutique autour de la rééducation du périnée, de l'usage corporel de la musculature, de la notion de partage psychique des corps et du concept du don en dehors du coït-décharge-soulagement, ne peut aboutir si l'on ne discrimine pas l'ancrage affectif de la sexualité première, originale qui va vectoriser - hors accident de parcours - la sexualité future. Davantage, si l'on ne délie pas les nœuds qui affectent narcissiquement la libido en analysant consciencieusement la nature même de la pulsion, du type de plaisir recherché, de l'érogénité à l'œuvre et l'érotisme triomphant, la médication ne peut aboutir. Ce traitement de la surface du corps et de la maîtrise de la sensibilité neurophysiologique ne sera pas efficient si on ne rassure pas le patient sur la nature imprévisible accidentelle, non pathologique, non anormale de la sexualité adoptée. Mais il s'agit de faire reconnaître au sujet qu'il vit d'une sexualité active de type « homocentrée »¹⁰ incomplète car immature et pouvant être source d'insatisfaction à long terme pour la partenaire.

Au terme de cette étude, on peut voir que le trouble de l'éjaculation précoce de notre patient-sujet, est révélateur d'un symptôme inconscient qui joue d'une instabilité émotionnelle, d'une immaturité affective, et d'un manque criant de savoir-faire homologué pour se signifier et se perpétuer. Le TEP est alors bien le tuteur d'expression et d'émancipation, ici, d'une logique bien orchestrée par une structure névrotique sous le primat de pulsions archaïques anales dont l'économie est agitée par des turbulences d'obédience obsessionnelle.

Mais alors, respectant la logique d'une sexualité suivant sa propre trajectoire, on aurait beaucoup encore à dire sur les autres raisons du TEP attaché à des stades plus évolués où le risque de perdre ce petit bout de soi - qui n'est pas un bout de rien - est soumis à la menace tranchante d'une certaine castration.

Bibliographie

- Besançon G. & col., 1993, Manuel de psychopathologie, Paris, Dunod.
- Crépault C., 2013, La sexualité masculine. Une exploration sexoanalytique, Paris, Odile Jacob.
- Crépault C., 1997, La sexoanalyse, Paris, Payot.
- Dessuant P., 1994, Le narcissisme, QSJ, Paris, PUF.
- EL Fékir M. & col., 2007, La sexothérapie, quelle thérapie choisir en psychologie clinique ? Carrefour des psychothérapies, Paris, De Boeck.

10. L'épouse a pu s'écrier dans un élan de désespoir et de dégoût à peine caché : « je le trouve parfois tellement égoïste ! »

- Freud S., 1987, Trois essais sur la théorie sexuelle, Folio-essais, Paris, Gallimard.
- Lombard M., Chahine N., 2005, La sexualité, c'est la santé ! Guide A-Z, Paris, Oskar.
- Ménéchal J., 1997, Introduction à la psychopathologie, Les topos, Paris, Dunod.
- Mignot J. & col., 2013, L'aide-mémoire de psycho-sexologie, Paris, Dunod.
- Pedinielli J.L., Fernandez L., 2011, L'observation clinique et l'étude de cas, Paris, Armand Colin.
- Poupard G., Martin V.S., 2012, Les thérapies brèves, Paris, Armand Colin.
- Portail psychobiology, « La construction culturelle de la notion de « sexualité ».
- Portail sexualité et sexologie, « La connaissance de la sexualité ».
- Portail wikipédia, « L'érotisme ».
- Portail wikipédia, « L'impuissance sexuelle ».
- Portail passeportsanté, « Dysfonctions sexuelles masculines ».
- Roussillon R., Ciccone A., 2007, Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson SAS. P.144.



Un Legba : fétiche vaudou photographié à Abomey par Marlène Biton en 1989.



Peguy Ndonko¹

Jean Pierre
Kamga Olen²

Emilie
Tchokoté³

Infertilité des couples, itinéraires thérapeutiques et psychopathologie au Cameroun. Regards cliniques sur des malades apparemment bien portants

Résumé : L'infertilité représente l'incapacité d'un couple de concevoir après deux ans d'essais de conception sans moyen de contraception, malgré les rapports sexuels fréquents. Il y a lieu de voir cette incapacité sur le plan réel et fantasmatique de devenir parent et l'impossibilité de partager le bonheur en jouant les rôles parentaux. Il existe au sein de la population, une grande variabilité dans les degrés de fertilité, allant de couples hyper fertiles (pouvant procréer très facilement) au couple infertile ou stérile (qui ne peuvent procréer sans assistance médicale). Cet article traite de plusieurs cas. D'abord celui d'un couple infécond qui, après 8 ans de mariage, finit par donner naissance à deux enfants par la méthode d'insémination. Il aborde également le cas des femmes devenues infécondes à la suite d'une IVG dans leur "tendre" jeunesse et enfin le cas d'une femme devenue enceinte après 4 ans de mariage à partir des traitements locaux. Il est question de retracer le vécu de ce couple, de ces femmes en lien avec les difficultés d'ordre psychopathologique et culturelle qui surgissent et perturbent l'équilibre psychique des sujets singuliers ainsi que la dynamique relationnelle des couples. Les approches anthropologique et psychopathologique sont interrogées pour comprendre et penser une prise en charge dans une perspective systémique.

Mots clés : infertilité, enfants, maladie, psychiatrie

Abstract : infertility represents the incapacity of a couple to conceive after two years of tests of design without means of contraception, in spite of the frequent sexual relations and to give rise to one or more alive children (capacity to procreate). There exists, within the population, a great variability in the degrees of fertility, energy of fertile couples hyper (being able to procreate very easily) and with the unfertile or sterile couples (which cannot procreate without medical help). This article treats case of a barren couple after 8 years of marriage and thus the woman will end up having two children by insemination. Which are the problems of this couple so much so that the woman the psychiatrist consults who challenges in his turn the anthropologist to accompany it in his therapeutic cure and assumption of responsibility?

Keywords : infertility, children, illness, psychiatry

Introduction

La majorité des maladies que l'on prend pour acquises dans nos vies sont profondément influencées par des forces historiques, sociales et familiales voire même environnemen-

tales. Les malades ne savent pas voir le rapport entre leurs épreuves personnelles et les bouleversements de l'histoire ou les contradictions qui déchirent les institutions sanitaires. Susan Sontag abonde justement dans cette perspective lorsqu'elle lie à travers la maladie une série de métaphores. Pendant très longtemps, les médecins ont fait des questions de santé et de maladie leur domaine de prédilection, négligeant ainsi l'apport des autres champs d'action comme la psychiatrie ou des autres disciplines comme l'anthropologie médicale, etc... Pourtant, chaque discipline a une approche de la maladie et la mise ensemble de ces démarches permet de les comprendre et de les gérer efficacement. L'infécondité

1. Docteur en Anthropologie Médicale et Coordinateur National de Psy Cause Cameroun.

Il est spécialisé dans les questions de santé de la reproduction et de l'infertilité. Il apporte des soins curatifs aux diabétiques.

2. Psychiatre à l'Hôpital Jamot de Yaoundé, enseignant et consultant à la Cour d'Appel de Yaoundé.

3. Enseignante à l'ENS de Yaoundé, psychologue clinicienne.

figure en bonne place parmi les problèmes de santé et de santé publique pour lesquelles les individus, les familles et les institutions médicales cherchent encore des solutions. Lorsqu'un couple ne féconde pas, on explore certes la dimension biologique pour voir les dysfonctionnements du corps tandis que l'approche psychopathologique permet de gérer les traumatismes engendrés par cette infécondité. L'anthropologie est interpellée pour répondre aux sollicitations fondées à la fois sur la critique des théories de la parenté et même sur la tradition féministe. À partir de quel moment un couple doit-il solliciter la PMA¹ ? Quels sont les usages sociaux des nouvelles technologies de la reproduction ? Quelle perspective éthique dans la question des PMA ? L'anthropologie, la psychiatrie et la psychologie sont aptes à répondre à ce genre de questionnement.

Contexte de l'étude et question de l'infécondité

La santé de reproduction constitue encore l'une des priorités des politiques de santé publique. Malgré la forte fécondité observée dans les pays en développement depuis des décennies, une part importante des couples ont connu et connaissent encore des problèmes de procréation. Le Cameroun reste un pays marqué par une forte fécondité comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. L'enquête démographique et de santé réalisée en 1998 met en évidence le taux de fécondité avec 5,2 enfants par femme. Ce taux reste en effet élevé. Jusqu'en ce début du 21^e siècle, les pays d'Afrique au Sud du Sahara demeurent parmi ceux du monde où le taux d'accroissement naturel de la population est le plus élevé, conséquence de la baisse rapide de la mortalité et du maintien de la natalité à un niveau encore important. (Foote et col. 1996). Au cours de la décennie 70, cette forte tendance oblige les politiques à vouloir maîtriser la fécondité. C'est ainsi qu'en 1976, au lendemain de la conférence de Bucarest, on estime le taux de fécondité à une moyenne de 6 enfants par femme au Cameroun (Molines et al, 1999), or le gouvernement considérait son niveau de fécondité comme trop faible et n'avait aucune politique d'intervention en faveur de la croissance de la population ou de limitation de naissance. Après la conférence de Mexico en 1986, le Cameroun change de position, estimant le taux de fécondité trop élevé (Gubry, 1988), mais n'adopte aucun programme d'intervention. Après vingt années de croissance soutenue, le pays connaît en effet à partir de 1986-1987 une crise économique dramatique qui favorisera une prise de conscience accrue des problèmes de population, d'où l'entrée en vigueur de méthodes de contraception, de la multiplication des centres de production des préservatifs masculins et féminins. Malgré cela, les problèmes d'infécondité persistent.

Les problèmes d'infécondité, bien qu'ayant été perçus depuis le début du siècle (Anne Laurentin Retel, 1956), n'ont fait l'objet de synthèses spécifiques qu'à partir des années

60. Au lendemain de cette décennie, Romaniuk (1967) écrit sur cette question au Congo belge et surtout Laurentin Retel (1996) chez les Nzakara de la République centrafricaine et les Bobo-Oulé de Burkina Faso pour réaliser l'étendue de l'infécondité dans certaines régions d'Afrique. Les travaux menés auprès des Bobo-Oulé vont s'avérer particulièrement importants. En effet, rapporte cette auteure, en 1953, soupçonnant un foyer de maladies vénériennes, le service médical des grandes endémies, a fait pratiquer en 1956 une enquête épidémiologique comprenant la réalisation de dizaines de milliers d'examen sérologiques. Chez les Nzakara, l'infécondité s'accompagne de taux insoupçonnés d'avortement et de mort-nés (puisque moins d'une grossesse sur deux aboutissent à la naissance d'un enfant vivant) ; elle est liée à des maladies, au premier rang desquelles figures les maladies vénériennes. Ceux-ci ont mis en évidence la présence d'une tréponématose chez un adulte sur deux. Un traitement systématique par pénicilline a été réalisé, malheureusement interrompu en 1957, faute de crédits. Or, depuis cette date, les recensements périodiques témoignent d'une augmentation du nombre d'enfants : la proportion d'enfants de moins de 15 ans, inférieure à 30% en 1955, a régulièrement augmenté dans la plupart des villages ayant bénéficié du traitement. À partir de quel moment un couple peut-il être considéré infécond ou stérile ? Quelles représentations a-t-on d'un couple stérile ?

Matériel et méthodes

L'enquête ayant abouti à la réalisation de cette étude a eu lieu à l'Hôpital Jamot de Yaoundé au cours du mois d'octobre 2012 avec une seule patiente qui venait régulièrement en consultation. Les jours d'enquête étaient arrêtés en fonction de son rendez-vous avec le psychiatre. Nous avons finalement réalisé 5 entretiens, soit 2 avec la patiente et le psychiatre et 3 avec la patiente, le psychiatre, le psychologue et l'équipe des anthropologues médicaux du laboratoire « Psy Cause Cameroun ». Les autres entretiens cliniques ont été réalisés avec des patientes qui venaient consulter pour les questions d'infécondité. Les questions ouvertes ont permis aux patientes de s'exprimer largement, de connaître les acteurs impliqués dans leur démarche thérapeutique (le mari, les médecins, le pasteur, les tradipraticiens...). Le récit de vie a permis d'entrer dans l'histoire lointaine et proche du sujet malade. Ces techniques d'enquêtes ont favorisé le choix du modèle d'analyse qui est l'interactionnisme, lequel met en scène les acteurs impliqués dans le phénomène.

Vie de femmes, vie en couple : avoir un enfant à tout prix

En Afrique, le vœu de la majorité des familles est de voir leur fille aller en mariage. C'est le cas de cette femme de 40 ans, Madame X, qui, depuis son mariage, a passé de meilleur moment de sa vie avec son mari, une étape pleine d'amour, de passion et d'émotion, comme elle le dit elle-même, jusqu'au

1. Procréation médicalement assistée (PMA)

jour où l'idée est venue de porter un questionnaire sur le nombre d'années déjà passées dans le mariage sans enfant. Le couple connaît une stérilité pathologique. En effet, les analyses médicales attestent que l'homme ne peut féconder parce qu'il a une azoospermie sévère, c'est-à-dire l'absence de spermatozoïde dans le liquide spermatique. On distingue alors une azoospermie sécrétoire correspondant à l'absence de formation des éléments de la lignée germinale et une azoospermie excrétoire en relation avec une involution de la lignée germinale à la suite d'une obstruction sur les voies excrétrices du sperme (canal déférent, vésicule séminale, cordon spermatique, fosse naviculaire). Elle peut être sévère avec présence d'une leucospermie ou d'une nécrospermie. Le spermatozoïde présentera alors des anomalies au niveau de la numération, de la vitalité et de la mobilité tandis que les caractères généraux peuvent être normaux. L'analyse des trompes de la femme montre qu'elles sont fluides et qu'elles ne présentent aucun problème de procréation.

Après plusieurs essais de fécondation sans succès, le couple commence à se faire des idées sur leur situation. La femme continue néanmoins à supporter son mari malgré les menaces, les injures contre elle provenant de la belle-famille. Les conflits sont latents ou apparents. L'homme accuse la femme et réciproquement.

Les multiples recours thérapeutiques sans succès vont obliger ce couple à opter finalement pour un contrat reproductif : l'insémination (opération qui consiste à introduire médicalement du sperme dans l'appareil génital de la femme pour permettre la fécondation). L'insémination n'est pas la seule technique de procréation connue à l'heure actuelle. On parle aussi de la fécondation *in vitro*. Toutes ces techniques sont regroupées sous le nom de PMA. La technique de l'insémination permet à ce couple d'avoir deux enfants de sexe différent qui seront bien portants au moment de l'enquête comme nous confirme Mme X : « *Les enfants se portent bien Docteur. Mon mari s'occupe bien d'eux, il fait tout ce qu'un père doit faire aux enfants. J'ai toujours mal à la tête parce que je réfléchis, j'ai même fouillé dans les affaires de mon mari pour lire sur le cancer, je croyais que j'avais un cancer du cerveau. Mon problème c'est que j'ai le sentiment que je veux quelque chose, qui sera difficile à avoir. Je cherche la possibilité d'avoir un enfant...* » On peut se demander quelle est cette femme qui a besoin d'un enfant alors qu'elle en a déjà deux ?

En effet, les deux enfants sont nés à l'issue d'une insémination et au cours de laquelle la femme n'a pas connu de plaisir sexuel. Les spermatozoïdes humains d'un homme quelconque dont elle ne connaît ni l'identité, ni l'origine ethnique ont été déposés dans son vagin et ont donné lieu à une fécondation. Notons qu'au-delà de la relation conjugale, le couple fait face au poids du secret notamment dans la relation parentale. Le lien de parenté ayant connu une rupture dans la lignée paternelle pose ainsi le problème de l'introduction de l'objet sur un mode fantasmatique (enfant réel, enfant imaginaire, enfant du « dehors » au « dedans », ainsi que les

qualités inhérentes à ces objets). À cela s'ajoutent les troubles de l'identification qui peuvent se lire chez les conjoints pris singulièrement, dans le sens où l'on peut observer une difficulté chez le sujet, d'assimilation d'un aspect, d'une propriété ou d'un attribut chez cet autre enfant. L'identification centripète et hétéropathique (Laplanche et Pontalis : 2002) semble connaître des perturbations du fait de la difficulté pour le sujet (parent) d'identifier sa personne propre à une autre (enfant). L'identification idiopathique et centrifuge sont aussi déformées du fait que le sujet identifie l'autre (enfant) à sa personne propre. Cet acte a même été répété avec l'aval du mari, mais sans qu'il ne soit là pour accomplir l'acte de procréation réel qui est le rapport sexuel devant aboutir au coït. Marcela Iacub (2002) pense pourtant que « *tout a été prévu selon un plan minutieux et sophistiqué afin que l'enfant né des nouvelles technologies soit rattaché, comme l'effet à la cause, à un acte sexuel de ses parents et ce sans qu'aucune trace visible puisse révéler que cet acte n'a jamais eu lieu* ». Ce ne fut pas le cas chez ce couple et c'est à partir de ce moment que commencent les souffrances de cette femme qui finira par consulter un psychiatre.

La situation que connaît Mme X semble induire des cognitions négatives, une « dépression inachevée » (Smadja, 2004) et une « dépression essentielle », axées sur les aspects cognitifs. Il s'agit d'une pure dépression en ce qu'elle se caractérise par « une chute du tonus libidinal sans compensation économique positive, sans expression symptomatique bruyante associant une souffrance psychique, un sentiment d'infériorité, un sentiment inconscient de culpabilité ou encore une douleur morale » (Porte, 2004 : 1253). Ceci se perçoit lorsqu'elle dit : « *J'ai toujours mal à la tête...cancer du cerveau* ». Les troubles du comportement observés chez Mme X (Blessure narcissique, dépression, perturbation identitaire...) s'enracinent au niveau de la quête de l'objet imaginaire. Elle précise à cet effet que « *mon problème c'est que Je cherche la possibilité d'avoir un enfant* ». Mentionnons qu'au-delà de l'enfant réel tel que perçu, il existe chez Mme X, le désir d'enfant et l'enfant fantasmatique. L'enfant réel étant la présence physique, l'existence réelle de l'enfant devra coexister simultanément avec l'enfant du désir tel que souhaité à travers le passage à l'acte sexuel traduisant le « désir d'enfant » (Dellatus, 2010).

Infertilité des couples : du biologique au social

La majorité des femmes qui demandent des consultations pour les questions d'infécondité ont fait une IVG (Interruption Volontaire de Grossesse) dans leur plus jeune âge, entre 18 et 25 ans. Les raisons sont nombreuses. Les grossesses issues du viol ou d'un acte incestueux sont difficilement supportables par les jeunes filles. C'est ce qui ressort de ce témoignage : « *...Je ne pouvais pas garder cet enfant parce que le père géniteur était son grand-père. Je me suis fait aider par des copines pour avorter. Je ne voulais pas non plus être la coépouse de ma mère. Je souffre dans ma chair pour*



Réunion de travail au siège de Psy Cause Cameroun à Yaoundé. Photo Psy Cause, 2013.

ce coup double : viol et inceste. Ma vie n'a plus de sens ». On retrouve dans ce cas un trouble narcissique, auquel s'ajoutent un dysfonctionnement des rôles parentaux et une perturbation de l'image parentale. Situation qui semble plonger le sujet dans une profonde souffrance psychique. En plus de ce cas, on a relevé le témoignage des filles qui ont avorté parce qu'elle ne voulaient pas un accouchement précoce, hors mariage et en famille. Une informatrice dit : *« J'avais 22 ans et je suis tombée enceinte lors de mon premier amour, j'avais honte, j'avais peur des parents et du regard de mes ami (es). Aujourd'hui, je regrette énormément (les larmes serpentent les joues). J'ai déjà tout fait pour avoir un enfant en vain. Je me dis toujours que cette punition est divine. Je me dis toujours que Dieu se dit : j'avais déjà tué, pourquoi en demander encore. Je vis avec une histoire dans ma tête, celle-ci ne finit pas »*. Le comportement de cette jeune fille de 22 ans est renforcé par des stéréotypes et des clichés sociaux que la société impose ainsi que les représentations que les individus se font de l'accouchement précoce et surtout hors mariage. Le regard de l'autre contribue à renforcer cette représentation de l'accouchement précoce, au point où on observe une sorte de culpabilité du fait que le sujet s'attribue la responsabilité de son mal-être. On perçoit ici les effets du lien corps-psyché, ce qui ravive la reviviscence de l'événement et une perturbation, voir un blocage, psychologique. Cette patiente s'était présentée avec des examens médicaux tels la prolactine, la sérologie des chlamydiae, la sérologie des mycoplasmes urogénitaux et une échographie pelvienne présentant des myomes, des fibromes et un kyste

ovarien de taille minimale. La biomédecine avait le plus focalisé son travail sur l'opération chirurgicale de la patiente pour enlever les myomes. Une première opération avait eu lieu et la douleur causée par ces myomes avait disparue. Quelques temps après, la douleur revient et elle est invitée à une deuxième opération chirurgicale. La peur de se faire opérer pour la deuxième fois, de ne pas survivre, l'oblige à consulter en médecine douce ou alternative.

L'approche collaborative biopsychosociale ainsi que psychiatrique et anthropologique permet d'évacuer les souffrances chez les sujets notamment sur les aspects biologiques (la maladie), psychologique (travail sur les cognitions, les représentations et l'efficacité des mécanismes de défense...), psychiatrique (évacuation des troubles mentaux), anthropologique (représentations culturelles de la maladie).

Les accusations d'infertilité dans un couple vont dans tous les sens. Les hommes sont bien évidemment concernés. L'âge des hommes infertiles qui viennent en consultation varie entre 25 et 42 ans. Les hommes accusent les femmes d'être infertiles parce qu'ils gardent leur érection. Pourtant, une érection, même intense et régulière peut cacher une infertilité chez l'homme. Une mauvaise qualité et une quantité insignifiante de spermatozoïdes peuvent entraîner une infertilité masculine. Les maladies sexuellement transmissibles sont des facteurs de troubles d'infécondité des couples. (Chlamydiae, mycoses, syphilis, myomes, fibromes, kystes ovariens...)

Représentations sociales et culturelles de l'infécondité

L'infécondité a toujours été un sujet de controverses dans l'histoire des cultures humaines. Il est souvent discuté séparément ou en relation avec le mariage, la dot ou la parenté. En contexte Bamiléké du Cameroun, les populations reconnaissent quelques causes culturelles de l'infécondité. En effet, lorsqu'un couple ne féconde pas après deux ans de mariage, le diagnostic culturel est rapidement évoqué. Il peut arriver qu'un parent dise la malédiction d'un enfant qui va en mariage. Le pouvoir de la parole dite renforce l'incapacité de procréer chez un patient qui ne présenterait aucun problème biologique. Dans ce contexte en effet, un adulte qui parle donne du sens et de la puissance à sa parole. S'il parle en bien, il bénit et s'il parle en mal, il maudit. Dire du mal peut rendre malade et la parole du médecin ne pourra pas soigner. Un géniteur peut rendre son fils ou sa fille malade, infécond si ceux-ci désobéissent et contractent un mariage où les parents ne sont pas d'avis. Le père géniteur ou héritier verse dans un coin de la concession familiale du vin blanc en signe de mécontentement. Cet endroit est appelé « lieu fétiche » (Zeuh cab) et il faut à la longue apaiser la colère de cet ancêtre en déterrants le fétiche (cab) qui s'est formé comme une termitière sous le sol et peut causer des dommages dans la famille si rien n'est fait. Il existe également des herbes-fétiches qui, utilisées de la même façon peuvent contribuer à maudire ou rendre malade. Dans ce même contexte, les filles prises à leur jeune âge dans les initiations ou dans les cérémonies d'intronisation des chefs sont passibles de stérilité. Parmi les conditions de l'initiation, il faut avoir déjà donné naissance à un enfant et dans les cas extrêmes à deux enfants de sexe différents. De plus, certaines plantes sont consommées sous forme de médicament par un adolescent pour provoquer la stérilité. La gestion de la dot dans ce même contexte est l'une des causes régulièrement évoquées de l'infécondité. Tous les pères géniteurs ne doivent pas percevoir la dot pour leur fille, ils ne le peuvent que s'ils ne tombent pas sous le régime du *Nkap*². La violation de cette coutume caractérisée par le refus de donner la chèvre est à l'origine de la stérilité ou de l'infécondité chez la fille qui va en mariage. (Ndonko Peguy : 2006 : 66).

2. Jean Hurault (1956 :39) résume le fonctionnement du *Nkap* en contexte Bamiléké ainsi qu'il suit : « Je te donne sans dot, moyennant un simple cadeau, ma fille() ; les garçons nés de cette union sont pour toi, mais les filles (appelées *Njukap*) me reviendront ; quand elles seront en âge de se marier ; c'est moi (le *tankap*) qui arrangerai leur mariage ; je percevrai leur dot, je les échangerai où je les marierai à leur tour sous le régime()*Nkap*.

Aperçu psychopathologique de l'infécondité

La patiente reçue en consultation à l'hôpital Jamot de Yaoundé, Mme X, présente des symptômes encéphaliques chroniques. Elle déclare le manque de sommeil, une sensation de bruit dans les oreilles, une hallucination auditive et des symptômes d'épuisement intellectuel à force de réfléchir, de chercher. Elle est au bout d'une dépression mentale. Parmi les examens demandés, l'ORL³ et l'IRM⁴ ne présentent pas de signe négatif. Ce diagnostic anxio-dépressif la perturbe. L'entretien qui a eu lieu pendant la cure psychothérapeutique montre qu'elle a pitié des enfants dont le père est anonyme. La pensée de la malade fonctionne à son propre compte, mais il s'agit d'une pensée conflictuelle : la peur de perdre les enfants, la question de la paternité et de la gestion de la dot en cas de mariage. L'entretien qui a eu lieu pendant la cure psychothérapeutique montre qu'elle ressent un chagrin vis-à-vis de ces enfants dont le père est physiquement anonyme et symboliquement non intégrable dans le psychisme. On note le développement d'une cognition négative chargée de conflit psychique qui induit son malaise psychologique. La question de la reconnaissance et de l'investissement symbolique de l'objet se pose avec acuité puisque le sujet ne semble pas introjecter le statut et les propriétés de cet objet (enfant) du fait de l'absence de réponse sur l'implication réelle et fantasmatique de la place du conjoint dans la PMA. À cela s'ajoute un conflit psychique inhérent à la quête de stabilité sur le plan culturel. On peut donc s'interroger ici sur le problème de symbolisation de la maternité face aux items culturels. Les difficultés liées au problème de l'infécondité chez le sujet s'inscrivent ici dans toute la dynamique du lien, car comme le souligne Robert (2005), le lien interroge le narcissisme et la relation d'objet et Kaes (1999) pense que ce qui différencie le lien de la relation d'objet, c'est que dans le lien nous avons affaire à l'autre. Cet objet manquant chez le sujet est et restera toujours désiré, espéré et à retrouver (Lemaire : 2007). D'où « Je cherche la possibilité d'avoir un enfant... ». Il ya ici l'importance de donner la parole pour une reconnaissance de la souffrance du sujet à travers la lecture des symptômes et non de la nier. Les verbalisations de Mme X permettent en effet d'attirer l'attention de l'autre sur un mal-être subjectif ayant une causalité interne complexe. Comme le reconnaît Chouvier et Roussillon (2008 :9), « *supprimer le symptôme revient à imposer silence à l'expression de la conflictualité. Etouffer le symptôme se déplace ailleurs si rien n'est fait pour écouter la plainte à son niveau d'expression réelle* ». D'où la nécessité d'entretenir une psychothérapie qui tient compte de la dimension psychoaffective, psycho cognitive et articulée autour des questions des représentations culturelles.

3. ORL : Oto-rhino-laryngologie. Spécialité médicale qui traite des maladies du nez, de la gorge et des oreilles.

4. IRM : Imagerie par résonance magnétique. Technique d'imagerie médicale se fondant sur les principes de la résonance magnétique nucléaire.

Considérations anthropologiques de la famille et de l'enfant

Les enfants issus d'une insémination ou d'une fécondation *in vitro* posent à l'anthropologie un nouveau questionnement sur la question de la parenté et remet en débat les liens de sang entre les membres d'une famille. En Afrique, on devient père par adoption. Le père de l'enfant n'est pas forcément celui qui lui a donné naissance, mais aussi celui qui l'élève. On parle de père social, de père biologique tout comme on parle de mère sociale, mère biologique et mère gestationnelle. De même, le frère ou la sœur n'est pas forcément celui avec qui on est sorti du même ventre. Il ou elle est l'enfant du père ou de mère né hors mariage ou laissé par un parent mort. Les enquêtes de terrain permettent de comprendre que beaucoup d'enfants dans les foyers n'appartiennent pas à leur père, seule la mère détermine la paternité de son enfant.

Une analyse médicale d'un couple permet d'illustrer cet argumentaire : « Mr X a 34 ans, il soumet à interprétation un spermogramme réalisé depuis un an présentant des anomalies sur tous les plans : macroscopique, concentration, mobilité, viabilité et morphologie et donc la conclusion donne une oligo-astherno-necroso-terasto-leucospermie sévère. Cela veut dire qu'il ne peut féconder, mais son épouse porte un enfant de 09 mois. L'enfant est bien portant et ressemble à sa mère. Le couple vit en harmonie, mais l'homme vient en consultation pour faiblesse sexuelle et on lui a révélé que son spermogramme ne pouvait pas féconder à cette époque. Il s'est fait beaucoup d'idée au sortir de la consultation... ». Une prise en charge psychologique est indispensable pour ce jeune couple. La femme peut agir de la sorte pour préserver son foyer et garder son mari, elle peut agir par amour. Ce cas est distinct de celui de ce couple dont l'homme ne fécondait pas : après plusieurs inséminations sans succès, la femme avait opté pour l'homosexualité, jurant ainsi de ne pas entretenir des relations sexuelles avec un autre homme en dehors de son mari.

Traitements alternatifs de l'infertilité

La patiente (Mme X, âgée de 40 ans) prise en charge par le psychiatre déclare sentir une nette amélioration de sa santé. Elle reconnaît dès lors les causes de son traumatisme. Ses bourdonnements d'oreilles ne sont pas à rechercher dans des analyses pathologiques, mais plutôt dans une psychose sociale ou psychopathologique. Tout se situe dans la pensée et nous sommes le propre créateur de nos réussites et de nos échecs par notre pensée et même par le vide de la pensée, nous sommes à mesure de communiquer avec un ancêtre si nous l'invoquons ou même avec quelqu'un qui est vivant et qui est loin de nous. De plus, la souffrance n'est pas quelque chose extérieur à nous de même que le bonheur, la motivation. Il existe une motivation interne (innée) et une motivation externe (acquise) comme par exemple le désir de s'accaparer le bien matériel. Parlant du bonheur familial, il n'est pas dans les infrastructures, mais plutôt

dans la chambre, le salon, la cuisine. Ainsi peut-on déduire qu'une réflexion profonde conduit à une action pathogène qui peut affecter n'importe quelle partie du corps.

Par ailleurs, les recherches en médecine africaine permettent de répondre à des problèmes de santé là où la biomédecine n'y parvient pas. Les médicaments naturels ont d'ailleurs ce double avantage de soigner et de nourrir le corps là où les produits chimiques détruisent. Les recettes de la médecine douce existent qui répondent bien aux questions de l'infertilité et les témoignages sur les traitements de l'infécondité avec naissance des enfants ne manquent pas. Il est regrettable que les médecines se confrontent pour privilégier des enjeux économiques quand les familles, les couples, manquent de paix et ne peuvent s'épanouir. Les médecines doivent se compléter pour s'attaquer aux maux du corps. Les pistes d'interprétation d'une infécondité sont nombreuses et ne doivent pas être le domaine privilégié du gynécologue. La parole et son pouvoir, la prière, peuvent contribuer au traitement des maux du corps.

Infertilité, représentation du couple et relations conflictuelles

En Afrique, lorsqu'un couple est confronté à la question d'infécondité, la femme est généralement la plus indexée. Ce constat conforte l'idée de Françoise Héritier (2005) qui dit qu'il y a une loi universellement appliquée dans les sociétés passées selon laquelle, de tout temps, les hommes ont eu un droit sur le corps de leurs filles et sœurs, décidant de leur destin, sans qu'elles aient leur mot à dire. Elle avance même la crainte de la réduction de la femme « à un rôle d'assistance marchandise ». On sait pertinemment que le capital génétique est partagé dans la procréation. Parlant de la fécondité, Delassus (2004 :78) précise que « si la fécondité n'est pas un sujet de pensée, c'est parce qu'elle est un sujet de croyances et parce que l'on s'en remet à ce qu'elles prescrivent... la loi de la fécondité s'était donc imposée comme une évidence définissant la femme et elle instituait la condition pour qu'elle soit reconnue comme telle. La femme inféconde n'était pas une femme accomplie et elle était porteuse d'une malédiction, ou bien considérée comme une sorte d'être neutre ».

En situation d'infertilité, les couples subissent des mots, des injures liés à leurs maux : impuissant, faible s'il s'agit d'un homme ; avorteuse, prostituée, vagabonde, stérile quand il s'agit d'une femme. Ces représentations causent des troubles au sein des familles et occasionnent des conflits apparents ou latents. L'homme violence régulièrement la femme pour une petite histoire de rien du tout en lui rappelant qu'elle ne sert à rien dans son foyer, qu'elle n'est là que pour « manger de l'argent » et faire dépenser inutilement. La belle-mère se mêle à ce genre de conflit pour l'agrémenter et favoriser le départ de sa bru. L'homme menace de partir vivre sous un autre toit, découche avec d'autres femmes espérant trouver son bonheur (un enfant). En alternant les résidences, il revient souvent en couple avec des infections sexuellement trans-

missibles et contamine la femme qu'il ne veut plus. Celle-ci s'en va avec des maladies dont elle ne connaît pas l'origine et manque parfois les moyens de se faire soigner. Les femmes à leur tour occasionnent des dépressions chez l'homme en le laissant seul pour aller contacter un autre mariage.

Usages sociaux des nouvelles technologies de procréation

La poussée extraordinaire du développement technique a amené un perfectionnement de l'outillage existant et l'invention d'appareils nouveaux, permettant ainsi des interventions techniques de pointe. (Blouin, 1980). La technique de la procréation in vitro et de l'insémination figurent en droite ligne de ce développement des PMA que Marcela Iacub définit comme un « crime parfait » parce que tout a été prévu. Mais cela ne va pas sans poser des problèmes d'ordre éthique et même sociaux. À quel moment précis un couple doit-il solliciter la PMA ? En France, d'après Eric Fassin (2002), pour solliciter la PMA, il faut souffrir d'une stérilité pathologique et être en âge de procréer. Les féministes considèrent avec méfiance ou du moins ambivalence, les nouvelles technologies qui accompagnent la procréation, les anthropologues non moins que les autres.

Question éthique et santé de reproduction

La procréation par insémination pose un problème éthique d'envergure. Il est formellement proscrit le commerce des organes du corps comme les spermatozoïdes, le sang et tout autre organe ou partie du corps humain. Quel sera le vécu de celui qui donne son gamète sachant que celui-ci contribuera à la procréation quelque part ? Quelle est la réaction de celui qui le reçoit tout conscient que l'enfant aura un caractère interne et un caractère externe ? En France, Eric Fassin (2002) rappelle que les lois dites de bioéthique, votées en 1994, et dont le renouvellement semble devoir être indéfiniment repoussé, limitent l'accès de la procréation médicale assistée entre autre sur ce point : l'homme et la femme formant le couple doivent être vivants, en âge de procréer. Après tout, n'est-ce pas à la fois enfermer les femmes dans leur rôle reproductif et les exposer aux risques de l'exploitation économique (commercialisation des ovocytes) tout en les asservissant au pouvoir technologique (avec en particulier la domination médicale à la procréation) ?

Conclusion

Cette réflexion sur l'anthropologie de la reproduction prolonge les questionnements sur la parenté et relance le débat sur les thèses de Claude Lévi-Strauss et Françoise Héritier. Bien que cette étude emprunte aux études sur la biologie, elle se trouve ainsi au croisement de deux traditions anthropologiques : d'une part, l'anthropologie de la parenté, et d'autre part, l'anthropologie féministe. L'Anthropologie de la reproduction, si elle concerne des pratiques relativement marginales, occupe une place centrale aujourd'hui dans

les recherches en sciences sociales. Il faut alors envisager la reproduction comme une construction culturelle, et non comme une présupposée fondamentale qui organise nos sociétés, en même temps que la discipline anthropologique - qu'il s'agisse du genre ou de la parenté. Devant l'aggravation alarmante du nombre de couples en quête d'enfant, l'analyse approfondie des acteurs, des victimes et des situations permet par contre de restituer la complexité de ces comportements et de réfléchir aux actions de prise en charge et de prévention, si chères à la santé publique.

Bibliographie

- Adelard Tremblay M., 1982, « L'Anthropologie de la santé en tant que représentation » pp 253-273, In *Imaginaire social et représentations collectives*, Québec, PUL.
- Bateman Novaes S., 1992. « Les Techniques médicales de procréation » in Singly F. de (dir.), *La famille : l'état des savoirs*. Paris, La Découverte : 327-333.
- Bateman Novaes S., 1994. *Les Passeurs de gamètes*. Nancy, Presses Universitaires de Nancy.
- Chouvier B., Roussillon R., 2008, *Corps, acte et symbolisation. Psychanalyse aux frontières*. Bruxelles, De boeck.
- Delassus J.-M., 2010, *Le Corps du désir. Psychanalyse de la grossesse*. Paris : Dunod, 2^e édition.
- Devereux G., 1973, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, Troisième édition revue et corrigée. Traduit de l'Anglais par Tina Jolas et Henri Gobard, préface de Roger Bastide.
- Fassin E., 2002, « La Nature de la maternité. Pour une anthropologie de la reproduction ». In *jda* N° 88-89, pp103-122. Consulté le 12 novembre 2012.
- Foucault M., 1976. *Histoire de la sexualité*, t. 1 : La volonté de savoir. Paris, Gallimard.
- Guillaumin C., 1992. *Sexe, race et pratique du pouvoir. L'idée de nature*. Paris, éd. Côté-femmes.
- Héritier F., 1996a. « La Cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation » in *Masculin/Féminin. La pensée de la différence*. Paris, Odile Jacob : 253-275.
- Héritier F., 2000. « Articulations et substances », *L'Homme*, 154-155 (avril-sept.) : 21-38.
- Iacub M. Jouannet P. (dir.), 2001. *Juger la vie. Les choix médicaux en matière de procréation*. Paris, La Découverte.
- Iacub M., 2002. « Un Crime parfait : l'assistance médicale à la procréation » in *Le crime était presque sexuel, et autres essais de casuistique juridique*. Paris, EPEL : 147-161 (1^{re} édition 1997).
- Kaes R., 1999, « Les Théories psychanalytiques du groupe », Paris : Puf, Que sais-je ?
- Laplanche J., Pontalis J.-B., 2002, *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : puf.
- Leach E., 1980. « Virgin Birth », in *L'unité de l'homme et autres essais*. Paris, Gallimard : 77-107.

- Lemaire G-J, 2007, « Croire, se fier, se lier : la constitution du lien amoureux » *Revue dialogue* 178, pp 55-67.
- Martin E, 1991. « The Egg and the Sperm », *Signs*, 16, 3 : 485-501.
- Mathieu N.-C., 1991. *L'Anatomie politique. Catégorisations et idéologie du sexe*. Paris, éd. Côté-femmes.
- Mehl D., 1999. *Naître ? La controverse bioéthique*. Paris, Bayard.
- Memmi D., 1996. *Les Gardiens du corps. Dix ans de magistère bioéthique*. Paris, Editions de l'EHESS.
- Ndonko P., 2011, *Comprendre l'infection à chlamydiae et la stérilité*, document ronéotypé.
- Porte J-M, 2004, « Haine dépression et sommation », *Revue française de psychanalyse*, Vol 68, 4. Pp 1253-1266.
- Ragoné H., 1994. *Surrogate Motherhood. Conception in the Hear*. Boulder/Oxford, Westview Press.
- Robert P. 2005, « Les Liens du couple » *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 45 : 159-165.
- Rosaldo M. Z., Lamphere L., (dirs), 1974. *Woman, Culture, and Society*. Stanford, Stanford University Press.
- Rubin G., 1998. *L'Economie politique du sexe : transactions sur les femmes et système de sexe/gendre*. Paris, Cahiers du CEDREF, 7 (éd. angl., 1975, trad. N.-C. Mathieu).
- Smadja C., 2004, *La Dépression inachevée*. *Revue française de psychanalyse*, Vol 68, 4. Pp 1239-1252.
- Tabet P., 1998. « Fertilité naturelle, reproduction forcée » in *Des Outils et des corps. La construction sociale de l'inégalité des sexes*. Paris, L'Harmattan, (1ère édition 1985).
- Tort M., 1992. *Le Désir froid. Procréation artificielle et crise des repères symboliques*. Paris, La Découverte.
- Zimmermann F., 1993. « Parenté et sexualité » in *Enquête sur la parenté*. Paris, PUF : 205-224.



Jeune femme dans une rue du quartier des étudiants de Yaoundé. Photo Psy Cause, 2013.



Anselme Djidonou

Préparation de sortie du malade du service de psychiatrie selon le rituel de réconciliation du «*sin tun tun*»

Auteurs : Anselme Djidonou¹, Francis Tchégnoni Tognon¹, Emilie Fioffi-Kpadonou², Magloire Grégoire Gansou², Raoul Kouassi Satondji³, Denis Hers⁴, Prosper Gandaho¹, Thérèse Agossou²

Résumé : dans l'ère culturelle *Aja Fon* au Bénin, le rituel traditionnel de réconciliation du «*Sin Tun Tun*» est d'usage courant pour traiter le «*FioFio*» ; troubles physiques et psychologiques du nouveau-né ou du nourrisson pris dans la tourmente conflictuelle des parents géniteurs. Il est également exécuté pour traiter les transactions discordantes entre les individus au sein de la communauté. Son recours populaire pour réconcilier les personnes en conflit a inspiré son adaptation à la préparation de sortie du malade à la fin de sa cure dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou (CHUD/B) à Parakou au Bénin et au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) Cotonou, Bénin. L'objectif de ce travail était de présenter le cadre traditionnel du «*Sin Tun Tun*» inspirant les temps forts de la préparation de sortie du malade.

Mots clés : Préparation de sortie ; rituel de réconciliation ; «*Sin Tun Tun*» ; «*FioFio*» ; Psychiatrie-Bénin.

Abstract : in cultural era «*Aja Fon*» in Benin, the traditional ritual of reconciliation «*Sin Tun Tun*» is commonly used to treat «*FioFio*»; physical and psychological disorders of the newborn or infant burnt by biological parents conflict. It is also performed to treat discordant transactions between individuals within the community. Its popular use to reconcile people in conflict inspired its adaptation to patient discharge planning at the end of his treatment in the psychiatric ward of the University Departmental Hospital of Borgou (CHUD / B) in Parakou in Benin and in University National Hospital Centre of Psychiatry (CNHUP) Cotonou, Benin. The objective of this work was to present the traditional setting of «*Sin Tun Tun*» inspiring highlights of patient hospital discharge preparation.

Keywords : patient hospital discharge preparation; reconciliation ritual; «*Sin Tun Tun*»; «*FioFio*»; Psychiatry-Benin.

Introduction

La force du rituel traditionnel de réconciliation du «*Sin Tun Tun*» réside dans l'expansion de la célébrité de son mythe fondateur. Ce mythe met en scène des personnages surnaturels qui après avoir expérimenté l'exorcisme des griefs entre père et fils, proposent aux humains le rite de réconciliation libérateur des transactions discordantes asso-

ciées aux conflits [1]. En raison de sa puissance à pacifier les relations au sein du groupe, son adaptation a été opérée pour préparer la sortie de crise du malade et de sa famille à la fin de l'hospitalisation dans le service de psychiatrie du CHUD/B de Parakou et au CNHUP Jacquot de Cotonou au Bénin.

Pendant ce travail, le système thérapeutique rallie le malade au réseau d'entraide et de soutien de ses proches. Les premières observations faites après cinq années (2009-2014) d'application de ce modèle de préparation de sortie du patient ont permis de découvrir qu'il améliorait la compétence clinique [2] des intervenants pour mieux analyser, au moyen d'un dispositif culturellement plus adapté, la demande du patient et de sa famille. La rencontre des protagonistes avec le malade se déploie selon une approche systémique et

1. Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin

2. Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

3. Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, U.A.-C. Bénin

4. Psychiatre, thérapeute des systèmes et familles, APSY-UCL. Belgique
Correspondant : Djidonou Anselme Tel. +(229) 90 051 125 ; e-mail : cmpjubile2000@gmail.com

familiale [3]. La palabre thérapeutique [4] préférée pendant la séance, permet d'emprunter plus facilement au stock mythopoétique [5] du rituel de réconciliation du «*Sin Tun Tun*» pour réactiver la résilience aussi bien du malade que du groupe et les relancer après l'épreuve pathologique [6].

Cadre thérapeutique traditionnel du rituel du «*Sin Tun Tun*»

L'un des leviers thérapeutiques les plus actifs, lorsqu'il s'agit de thérapie traditionnelle, est l'utilisation d'une dramaturgie culturelle [7]. C'est un processus d'apaisement des puissances persécutrices par le choix du rite propitiatoire approprié.

Mythe fondateur du rituel de réconciliation du «*Sin tun tun*»

Selon le récit d'un descendant de l'ancêtre fondateur, il était une fois à Adjara une divinité de sexe masculin appelée «*HOUNGBO*». Il ne s'entendait pas avec l'un de ses fils nommé «*Zodré*». Celui-ci était très friand des noix de palme. Un jour, avant sa sortie de la maison, «*HOUNGBO*» confia à son épouse des noix de palme pour le repas. À peine avait-il tourné le dos que «*Zodré*» croqua toutes les noix de palme. À son retour, le père se mit en colère et chassa son fils de la maison à coups de bâton. «*Zodré*» ramassa ses quelques biens et quitta la maison paternelle avec une intense agressivité rentrée contre son père.

Il se dirigea vers des terres plus fertiles. À mi-chemin entre Adjara et Avrankou, «*Zodré*» rencontra une séduisante divinité de sexe féminin appelée «*Zèkpon*». Puis ils se parlèrent en ces termes :

«*Zèkpon* : – Pourquoi es-tu si triste et où vas-tu de ce pas ?

«*Zodré* : – Je m'éloigne le plus possible de la violence de mon père.

«*Zèkpon* : – Que s'est-il passé ?

«*Zodré*» raconta sa mésaventure avec son père. Bien qu'affectée par le récit, «*Zèkpon*» le supplia de retourner faire la paix avec son père. Comme elle ne parvenait pas à lui faire changer de position, elle suscita et accompagna la demande de main de «*Zodré*». Ils convolèrent en noces, s'installèrent en couple et délimitèrent leurs deux espaces privés. «*Zèkpon*» incarna une source d'eau qui devient ainsi son éponyme.

De leur union, naquirent quatre divinités-secondaires. «*Zodré*» nomma son fils aîné «*Abouanga*» ; signifiant «*chef de guerre*» dans la langue locale «*tɔrri*». Il lui incombait la défense de l'intégrité territoriale de la famille.

À la naissance de leur cadet, «*Zodré*» s'exclama :

– Je viens d'enfanter ce qui m'a chassé de la maison de mon père. Je le nomme «*Déjro*», signifiant «*avidité pour les noix de palme*». «*Déjro*» était très friand des noix de palme comme l'était son père. Il bénéficia d'un emplacement près de l'établissement paternel. À la naissance du troisième enfant, la seule fille, «*Zodré*» donna le nom de «*Doxho*» ; signifiant en langue locale «*tɔrri*», «*dialogue avec une écoute mutuelle*

impérative ». «*Zodré*» l'installa non loin de «*Déjro*». «*Doxho*» est une divinité qui ne supporte pas les situations conflictuelles et s'attriste à la moindre discorde entre les humains. L'assombrissement du ciel avec les précipitations était le signe de l'extrême intensité de ses souffrances et indiquait pour sa consolation-apaisement, l'exécution urgente du rituel de réconciliation de protagonistes en conflit. «*Zodré*» nomma son dernier fils «*Eji*» pour signifier que le père ne peut se passer des «*cultures vivrières*» pour élever son enfant. Il installa «*Eji*» sur ses terres riches et fertiles et y fit planter d'innombrables palmiers à huile.

Sur insistance de «*Zèkpon*», «*Zodré*» invita ses sujets à couper les régimes de palme lorsqu'ils furent bien mûrs et en constituèrent plusieurs paniers remplis de noix de palme qu'ils portèrent au père «*HOUNGBO*». Le présent était si important que l'emplacement proposé par le père pour entreposer les noix était dépassé. «*HOUNGBO*» comblé et tout joyeux, offrit à son fils «*Zodré*», à son épouse ainsi qu'à sa suite un accueil des grands jours. «*Zodré*» prit congé de son père tout heureux et content également. À son retour dans son habitat, il éleva son épouse, à un haut rang de divinité avec toutes les distinctions en reconnaissance de ses mérites, de ses qualités de paix et du soutien qu'elle lui a apporté dans sa réconciliation avec son père. Il consacra la source d'eau «*Zèkpon*» à l'apaisement de toute situation conflictuelle et prescrivit les temps forts du rituel de réconciliation du «*Sin Tun Tun*» qui lui était associé (voir Figures 1, 2 et 3).



Figure 1 : Aux abords de la source sacrée de «*Zèkpon*». Source : <http://www.aqueduc.info>.



Figure 2 : Autel de la divinité «*Zèkpon*» et quelques accessoires de consultation. Source : <http://www.aqueduc.info>.



Figure 3 : Prêtres vaudous, dépositaires des traditions de «*Zèkpon*». Source : <http://www.aqueduc.info>.

En temps de sérénité dans les relations humaines, le spectre des interventions de la divinité Zèkpon devenait de plus en plus large : désir d'enfant, guérison, délivrance aisée pour la femme en travail d'accouchement. Elle apaise les âmes inquiètes, agitées et troublées ; elle peut être mise à contribution pour faire tomber la pluie pour faire pousser les semences. C'est une source d'eau aux nombreuses vertus dont il ne convient pas de transgresser les interdits. Nombre de ceux et celles qui s'y sont rendus ne cessent de témoigner leur satisfaction, quelles que soient leurs origines et leurs croyances religieuses. Pour l'instant, ces multiples bienfaits dans la vie des communautés locales font du point d'eau sacrée Zèkpon, un stabilisateur social et un élément du patrimoine culturel immatériel Ouanho à Avrankou au Bénin [8] en attendant de figurer au rang des patrimoines de l'humanité.

Concept du «Fio Fio»

Pour le natif «Aja-Fon», «Fio» vient de «é Fio» qui signifie « cuire jusqu'à la calcination ». Le mécanisme qui conduit à la calcination serait le même qui agirait par analogie au niveau du nourrisson dans son foyer parental plombé par le conflit de ses parents. L'état du nourrisson dans la pathologie du «FioFio» est la conséquence visible de l'incandescence invisible qu'il subit au sein de l'environnement conflictuel de ses parents prisonniers des escalades symétriques de leurs violences [9]. *FioFio* est l'explosion sur le corps de l'enfant des conflits dans son environnement familial. Lorsque des membres d'un couple se campent sur des positions rigides, il naît en leur sein une ambiance viciée à laquelle le nourrisson est très vulnérable [10 ; 11]. Une mère-épouse colérique envers son époux, s'interdisant toute tendresse envers son mari ou vice versa, et qui s'adonne à des tactiques de représailles sentimentales, incarnent une agressivité rentrée immédiatement nocive pour la santé de leur enfant. Le malaise d'une telle mère ou d'un tel père envahit par co-résonnance tout l'écosystème familial [11]. Le nourrisson qui «prend» le sein maternel dans une telle atmosphère, consomme, aux yeux de la tradition, à chacune de ses tétées, le produit d'une relation perturbée. Il en sera malade et présentera les impacts somatiques du conflit. Il se trouvera brûlé par le conflit. Le « FioFio l'attrapera ».

Manifestations du phénomène « FIO -FIO»

Le signe physique classique observé dans le «FioFio» est un ballonnement rapide de l'abdomen de l'enfant avec une peau abdominale tendue et luisante. Le nourrisson de sexe masculin est plus vulnérable. La naissance de jumeaux indique que deux adultes, sexe pour sexe avec ceux des jumeaux, sont en conflit nécessitant une réconciliation. En fonction du terrain, peuvent s'associer d'autres séries de signes qui ne régressent pas tant que le rituel de réconciliation du «*Sin Tun-Tun*» n'est pas rapidement exécuté. Dans le cas échéant, l'enfant décède habituellement dans un plus ou moins bref délai.

Le rituel de réconciliation du «Sin Tun Tun»

En milieu «Aja- Fon», «Sin» désigne l'eau ; en référence à Zèkpon. Sa vertu est d'éteindre le feu et par analogie, refroidir et apaiser toutes les situations incandescentes des relations socio-familiales conflictuelles violentes, conformément à sa consécration par l'ancêtre fondateur.

Supports physiques du rituel traditionnel de réconciliation du «Sin Tun Tun»

- Les préalables du rituel rassemblent :
 - le recueil de l'eau consacrée ; l'eau de la source Zèkpon est préférée ;
 - le balayage de la maison du conflit du dehors vers le dedans (intérieur). Les ordures et le balai sont jetés dans un cours d'eau sensé les éloigner du lieu du conflit.
- La préparation du lieu de travail passe par :
 - l'invitation des protagonistes dans le lieu de travail par l'officiant de la réconciliation. Dans la pure tradition, ce lieu est l'enceinte de la première pierre posée par l'ancêtre fondateur de la collectivité.
 - l'invitation du collège des sages. Ils sont les dépositaires et garants de l'inviolabilité de la réconciliation.

Temps forts du rituel traditionnel de réconciliation du «Sin Tun-Tun»

- **Accueil** : le jour de l'exécution du *Sin Tun-Tun*, l'officiant accueille les participants. Les litanies des panégyriques des antagonistes et l'invocation de la miséricorde de l'Être Suprême ainsi qu'un hommage et une conciliation des esprits tutélaires précèdent les temps forts de la réconciliation.
- **Dramatisation de la réconciliation** : dans une ambiance solennelle de ferveur et de dévotion, l'officiant invite les antagonistes à confesser tour à tour leurs griefs, l'un envers l'autre d'abord, et ensuite à se pardonner réciproquement. Puis l'officiant, tout en scandant des paroles de bénédiction et de paix, prélève sans avaler une petite quantité de l'eau «Sin» consacrée à cet effet. Les lèvres fermées, il pulvérise l'eau en petits jets, soit sur l'enfant malade, soit dans les paumes des mains d'éventuels antagonistes en conflit et qui s'en mouillent la tête. Cela donne l'onomatopée «*Tun Tun*». Le temps fort du rituel du «*Sin Tun Tun*» est ainsi exécuté.
- **Clôture du rituel de «sin tun tun»** : la clôture du rituel est précédée d'une consultation des oracles. A l'issue de cette consultation, les oracles révèlent l'homologation ou non par les ancêtres de la réconciliation. Au cas où les oracles sont favorables au rituel exécuté, une liesse et des réjouissances célèbrent l'événement. Dans le cas contraire, la situation requiert l'exécution urgente du niveau supérieur du *Sin Tun-Tun* ; le «*Ka gba do*».

Le «Ka gba do»

Une calebasse «ka», fermée symboliquement sur la projection de tous les antagonismes du groupe est brisée «gba», signifiant la « vidange définitive de toutes les causes profondes du conflit ». Cette partie du rituel de réconciliation

du *Sin Tun-Tun* est assortie d'une sentence de mort à l'encontre de tout contrevenant qui réactiverait un quelconque ressort du conflit ainsi traité.

Après quoi suivent des réjouissances qui célèbrent la réconciliation.

Préparation de sortie du malade

En analogie aux temps forts du rituel traditionnel de réconciliation du «*Sin Tun-Tun*», deux co-thérapeutes animateurs dirigent pendant 90 minutes la rencontre du Patient désigné et de sa famille [12].

Les apprêts de la préparation de sortie du malade

Le patient convient, avec l'équipe soignante, des personnes pouvant participer à la séance. Les personnes ne s'entendant pas habituellement avec le patient y sont vivement attendues. Une invitation à la rencontre est adressée à chaque participant. Le jour de la rencontre, le patient apprête lui-même le lieu de travail. Il y dispose des chaises en nombre suffisant pour ses convives.

Accueil des participants dans le lieu de travail

Avec le soutien des thérapeutes, le patient accueille les participants à la séance de sa préparation de sortie et fait asseoir chacun sur une chaise dans le lieu de travail. L'animateur principal présente les règles de la rencontre. Elles sont les mêmes en usage selon «la logique agonistique et pacifiste du discours médical africain» [13].

Problématique des places occupées

Le travail du groupe démarre par une exploration de l'atome social du groupe [14]. Il permet de confronter la configuration des places occupées au cours de la rencontre avec celle dans le réseau des interactions intersubjectives dans le groupe. C'est un moment de concentration du groupe sur la problématique des places [15]. Si la place attribuée à un participant ne lui convenait pas, celui-ci s'en explique avant de solliciter éventuellement un changement de place auquel le groupe consentirait.

Evaluation de l'hospitalisation du malade par les participants

L'animateur principal invite la famille et le patient à donner chacun son point de vue sur leur perception de l'aventure pathologique du patient avant de procéder à l'évaluation de l'hospitalisation. Au cours de cette section, les animateurs aident le groupe au repérage des composantes du conflit et des différentes formes qu'il éprouve selon les transactions discordantes présentées par le groupe lui-même. Les participants prennent la parole tour à tour pour présenter leur point de vue. Les animateurs orientent le groupe sur la piste du repérage des déterminants des malaises du patient en lien avec des personnes proches présentes ou absentes à

la rencontre. Les moments saillants de l'histoire de vie du patient avec la famille sont parcourus. Leurs ponctuations permettent de rassembler les points de vue autour des axes majeurs déterminant les positions conflictuelles au sein du groupe. Les inductions de l'écosystème proposent à chacun un éclairage nouveau à propos du sens à donner aux violences intersubjectives informelles.

Symbolique de l'eau dans la préparation de sortie du malade

En référence à l'intervention bénéfique de Zèkpon dans la réconciliation, de l'eau potable est toujours disponible pendant la session. Boire une gorgée d'eau est accordé pendant la séance quand parler devient pénible ou quand la voix du participant qui intervient s'essouffle durant sa présentation d'un événement pénible. Le participant en question est soutenu à en faire la demande. En fonction du degré de correspondance culturelle et de l'intensité du conflit exprimé, l'exécution du rituel de réconciliation du «*Sin Tun Tun*» constitue souvent un embrayeur dynamique du progrès thérapeutique. Le groupe donne aux protagonistes du conflit une opportunité solennelle de se parler pour s'accorder.

La clôture de la préparation de sortie du malade

Dans la perspective de la clôture de la rencontre, quatre questions se rapportant à la sortie de crise sont brièvement présentées au groupe quant à la meilleure situation envisageable pour le malade et le groupe familial/aidants ; quand sortir ?, par où transiter ?, où aller ?, à quoi s'occuper ?, et comment convenir avec le malade de la contribution de chacun au progrès des relations dans la famille.

- **Le temps de l'interruption** : les animateurs se retirent pour laisser le patient et le groupe débattre plus largement des quatre questions de sortie de crise pendant dix minutes. En se resserrant autour de ces questions, les participants s'approprient du projet de sortie de crise qu'ils construisent ensemble. À la reprise, les réponses aux questions posées sont présentées par un porte-parole des participants à la séance. Le système thérapeutique apprécie la puissance des réponses à induire un véritable progrès du groupe.
- **Résolutions de la préparation de sortie du malade** : la rencontre se termine sur une proclamation solennelle d'une résolution par chaque participant à la séance. Chaque résolution devra répondre aux critères de simplicité. Elle doit être réalisable, mesurable dans le temps et destinée à lever un obstacle pour le bon fonctionnement du patient avec le groupe. Tour à tour, chaque participant présente sa résolution. La résolution conforme fait lever le participant présentateur de son siège. Celui-ci reste debout et attend d'être rejoint par les autres au fur et à mesure de la réception de leurs résolutions. Une bonne partie du temps des rendez-vous lors du suivi en postcure est consacrée à l'évaluation de la réalisation des résolutions.

Une séance de Sin tun tun à Parakou

Un patriarche nonagénaire, chef de village dans le Département Zou-Collines, est admis dans le service des urgences du CHUD/B le 03 avril 2015 dans un état d'altération de sa conscience suite à une alcoolisation massive aiguë. Au cours de la prise en charge, l'entretien avait noté un contexte dépressogène et son transfert dans le service de psychiatrie est réalisé. Dans ce service, il était apparu que tout son clan lui fait recours pour dénouer les conflits interpersonnels, ce qu'il conduit avec beaucoup de réussite. Mais, étant le plus âgé dans la hiérarchie des aînés de sa famille, il n'y avait pas un personnage habilité pouvant lui servir de référent pour l'accompagner dans la résolution de ses propres conflits internes. Sa prise en charge dans le service de psychiatrie a permis la mise en place d'un espace transitionnel à l'intérieur duquel ses angoisses nées de son désir de faire œuvre utile auprès des siens et sa confrontation constante avec sa finitude sont élaborées selon le modèle de réconciliation traditionnelle du «Sin tun tun». Pour l'épreuve, il est entouré et soutenu par ses enfants. Les protagonistes ont donné leur accord pour la publication des photos.



Un moment fécond de la séance de Sin tun tun. Le second personnage à partir de la gauche, est le patient préparé à la sortie. Photo de l'auteur, mai 2015.



La séance arrive à son dénouement. Debout à gauche : le Dr Ansélme Djidonou. Photo de l'auteur, mai 2015.

Chaque membre de la famille est désormais mandaté pour renforcer la stabilité retrouvée.

Le mot de fin est confié à l'aîné du groupe qui souvent exhorte le groupe à poursuivre le travail amorcé. Puis une poignée de main de tous les participants entre eux met fin à la rencontre à la satisfaction de tous.

Discussion

Une guérison dépend de la répétition exacte de certains gestes reçus en héritage et dont on peut constater encore aujourd'hui les effets thérapeutiques [16]. Il en est de même du rituel de réconciliation du *Sin tun tun*. Ce qui rend solide la réconciliation dans le rituel du *Sin tun tun* est la force de son mythe fondateur Zèkpon à conférer une sacralité à cette forme de résolution des conflits. Presque tout natif *Aja-Fon* a entendu parler du mythe Zèkpon. Qu'on reconnaisse ou non la réalité de ses services, on est bien obligé de constater que le phénomène Zèkpon compte dans la vie quotidienne de bien des gens souffrant d'anxiété et en quête de guérison. Le *Sin Tun Tun* qui lui est attaché est un rituel millénaire de résolution traditionnelle des conflits au Bénin. Bien au delà du simple règlement

de litige, cette réconciliation vise à rétablir l'harmonie au sein des couples et des tissus sociaux déchirés. Habilité à traiter toutes sortes de conflits, de la simple forme pénale aux cas criminels les plus complexes, *Sin Tun Tun* s'est adapté à des milieux très différents. Son efficacité semble être liée à l'universalité de ses principes fondamentaux – la réciprocité de la repentance, la réciprocité du pardon, la nécessité d'une réintégration sociale des antagonistes, la satisfaction des protagonistes – ainsi que son adéquation aux mœurs des populations qui la pratiquent [17]. Pendant l'exécution du rituel du *Sin Tun Tun*, les protagonistes sont tenus d'opérer des compromis comme expérimentés par les entités surnaturelles en scène dans le mythe fondateur. Cette rencontre imaginaire des personnes se confrontant dans le présent avec les figures célèbres du mythe du «*Sin Tun-Tun*» stabilise plus rapidement le groupe familial. Cette stabilité semble être obtenue par «efficacité symbolique» due à une «propriété inductrice que possèderaient, les unes par rapport aux autres, des structures formellement homogènes pouvant s'édifier, avec des matériaux différents, aux différents étages du vivant : processus organiques, psychisme inconscient, pensée réfléchie» [18 - 20]. A la mauvaise habitude entretenue par

le conflit interpersonnel vient se substituer une conduite en faveur de la paix familiale et sociale.

La séance de préparation de sortie induit une transformation organique consistant en une réorganisation structurale amenant le sujet malade à vivre intensément un mythe, tantôt reçu, tantôt produit, et dont la structure serait, à l'étage du psychisme collectif, analogue à celle dont on voudrait déterminer la formation à l'étage du psychisme du malade et du groupe [18 ; 21]. La finalité est le rétablissement d'une meilleure communication par une catharsis du groupe dans laquelle les intervenants ne jouent qu'un rôle d'aiguillage. Ils veillent à l'établissement d'une bonne relation transférentielle au sein du groupe, ramenant le patient à se mettre en lien et communier avec le système thérapeutique en s'appuyant sur les quatre piliers du lien que sont ; respect, responsabilité, reconnaissance et réciprocité, et qui ont leur place dans la cicatrisation de l'expérience traumatique. La solidarité émotionnelle qui naît de ce travail du groupe, ainsi que la tendresse, pansent les blessures au même titre que le soutien matériel concret. La tendresse dans le regard de chaque participant à la séance sait apaiser et contribue à la reconstruction ; elle se montre le garant des liaisons égarées [22].

Conclusion

En épousant la forme du rituel traditionnel de réconciliation du *Sin Tun-Tun*, la préparation de sortie de crise du Patient et de sa Famille permet d'élaborer au sein du dispositif thérapeutique une mythopoïèse capable de libérer de la trop grande emprise de l'angoisse et d'activer la résilience du patient à mieux rebondir après l'épreuve. Le recours à la dramatisation du *Sin Tun-Tun* renforce le sentiment d'intégration de chacun à un même destin collectif. Il s'observe après la séance une stabilité plus durable mettant soignant et soigné à l'abri des confrontations douloureuses avec les rechutes fréquentes. Chacun se sentant mieux reconnu, s'investit plus pour son propre bien-être et pour celui de tous.

Références

1. Mellier Denis. « Conflits, conflictualité et fonction contenante », *Cliniques méditerranéennes* 68 (2) : 2003 ; 257-276.
2. Mellier Denis. Précarité psychique et dispositifs d'intervention clinique. *Pratiques Psychologiques*, 12 (2) : 2006 ; 145-155.
3. Albernhe Karine, Albernhe Thierry. *Les thérapies familiales systémiques*. (DEPRECIATED). 2008.
4. Salètes Jean-Loup. *Sous l'arbre à palabre: 700 proverbes de la sagesse africaine pour aujourd'hui*. La Fontaine de Siloé, 2009.

5. Moutsopoulos EA. «La transstructuration tragique du mythe.» *Les Cahiers de Fontenay*. 55-56-57 : 1989 ; 179-188
6. Delage M., Haddam N., Lejeune A. «la triangulation et la résilience.» *Soigner une maladie chronique ; La méthode de la triangulation*. 2008 : 159-161.
7. Bibeau Gilles. «Didier FASSIN: Pouvoir et maladie en Afrique. Anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar, Paris, Presses Universitaires de France, coll. Les champs de la santé, 1992, 359p., bibliogr. *Anthropologie et Sociétés*. 17.1-2. 1993 : 253-260.
8. Baba Keita. La lettre de l'EPA n° 26. Ecole du Patrimoine Africain. -2012 - ISSN 1840-5630.
9. Maes Jean-Claude. «Ceux qui ne pensent pas comme nous sont des con.» *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 42.1. 2009 : 43-66.
10. Le Heuzey, Marie-France. «L'enfant maltraité: le regard du pédopsychiatre.» *Laennec* 1 (2008): 26-33.
11. Brown Elisabeth, Maryse Jaspard. «La place de l'enfant dans les conflits et les violences conjugales.» *Recherches et prévisions*. 78.1. 2004 : 5-19.
12. Ausloos Guy. *La compétence des familles: temps, chaos, processus*. Erès, 1995.
13. Bongo Nsamenang. «Pensée thérapeutique africaine et traitement des conflits. La méthode de la lutte constructive.» *Présence africaine* 172.2. 2005 : 67-82.
14. Taylor J. A. «The diagnostic use of the social atom.» *Journal of group psychotherapy, psychodrama and sociometry* 37.2. 1984 : 67-84.
15. Van Campenhoudt Luc, Chaumont Jean-Michel, Abraham Franssen. «La méthode d'analyse en groupe.» *Paris: Dunod* 66. 2005 : 83-86.
16. De Rosny Eric. *Les yeux de ma chèvre*. France loisirs. 1982.
17. Khatcherian Meher. «La résolution de conflits en milieu tribal au Proche-Orient (solha): d'une pratique arabe traditionnelle à des principes universels.» (2010).
18. Lévi-Strauss Claude. «L'efficacité symbolique.» *Revue de l'Histoire des Religions*. 1949 : 5-27.
19. Rechtman, R. «De l'efficacité thérapeutique et "symbolique" de la structure» *L'Evolution psychiatrique* 65.3. 2000 : 511-530.
20. Thomas Jérôme. «Les lieux de communication dans l'urgence psychiatrique.» *Communication et santé: enjeux contemporains*. 2010 : 195-204.
21. Ratier Francis. «L'autorité: le lendemain et la veille.» *Empan* 4. 2010 : 127-136.
22. Eiguier Alberto. *Jamais moi sans toi-Psychanalyse des liens intersubjectifs: Psychanalyse des liens intersubjectifs*. Dunod. 2008.



**Saliou
Salifou¹**

**Corentin
Nascimento²**

**Géraldine
Bonet³**

Café, tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques : Quel lien ?

Résumé :

Objectifs : analyser la prise en charge par des antipsychotiques ; évaluer l'influence de l'interaction nicotine-caféine sur la survenue des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques ; déterminer les facteurs associés à la survenue de ces effets indésirables neurologiques.

Cadre et méthode : il s'est agi d'une étude transversale analytique portant sur 45 patients hospitalisés à Courbet-USR du 1^{er} février au 31 mars 2013.

Résultats : la monothérapie, la bithérapie et la trithérapie antipsychotique ont représenté respectivement 40% ; 53,3% ; 6,7% des cas. 53,3% des patients ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. 57,8% des patients sont des consommateurs de café et 68,9% sont des fumeurs. 51,1% consomment à la fois le café et le tabac ; 24,4% ne consomment ni le café ni le tabac. Les effets indésirables neurologiques des antipsychotiques ont été plus observés chez les patients consommateurs de café et chez ceux qui associent café et tabac mais cette augmentation n'a pas été significative du point de vue statistique. D'autres études plus larges devraient être faites dans le même sens. Les doses d'antipsychotiques supérieures ou égales à 2 fois la dose moyenne recommandée par le Vidal ont eu une incidence très significative sur la survenue des effets indésirables neurologiques chez nos patients.

Mots clés : café, tabac, effet indésirable, antipsychotique.

Summary :

Objectives : analyze supported by antipsychotics ; assess the influence of caffeine-nicotine interaction on the occurrence of neurological side effects of antipsychotics ; identify factors associated with the occurrence of these adverse neurological effects.

Framework and method : it was an analytical cross-sectional study of 45 patients hospitalized at Courbet-USR the february 1st to march 31, 2013.

Results : monotherapy, combination therapy by using 2 antipsychotics and combination therapy by using 3 antipsychotics represented respectively 40%, 53.3%, 6.7% of cases. 53.3% of patients had neurological side effects of antipsychotics. 57.8% of patients are coffee drinkers and 68.9% are smokers. 51.1% use both coffee and tobacco, 24.4% do not consume coffee or tobacco. Neurological side effects of antipsychotics were more observed in coffee drinkers and those who combine coffee and tobacco, but this increase was not statistically significant. Other studies should be made. Antipsychotics doses greater than or equal to 2 times the average dose recommended by Vidal had a very significant impact on the occurrence of neurological side effects.

Key words : coffee, tobacco, side effects, antipsychotic.

1. Psychiatre des Forces Armées Togolaises
Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio/Togo. Diplôme Inter-Universitaire de Pharmacopsychiatrie générale et spécialisée, Stage de D.F.M.S de Psychiatrie Générale au Centre hospitalier Spécialisé de Saint Rémy, Haute Saône, Université de Besançon.

2. Psychiatre,
Hôpital National de Niamey/Niger, D.F.M.S.A de Psychiatrie/ Université de Besançon

3. Psychiatre, Praticien Hospitalier
Unité de Soins et de Réinsertion du Bassin Haut Saônois (Courbet-USR),
Centre hospitalier Spécialisé de Saint Rémy.

Introduction

Les effets indésirables d'ordre neurologique induits par les antipsychotiques ont un impact majeur sur la qualité et la durée de vie des patients schizophrènes. Ils constituent la principale raison de l'inobservance thérapeutique, ce qui augmente le risque de rechute psychotique. Certains de ces effets sont liés à des conduites addictives à savoir le tabagisme [1,2]. Des études ont montré que les malades mentaux ont une grande consommation de tabac par rapport à la population générale et que 85 à 90% des patients schizophrènes fument contre 23 % de fumeurs dans la population générale [3-7]. Pour toutes ces études, le tabagisme est une forme d'automédication contre les troubles cognitifs, les symptômes négatifs et les effets indésirables des antipsychotiques. En effet, la nicotine fait intervenir le système dopaminergique central et le tabagisme modifie le métabolisme des antipsychotiques par interaction avec le système des cytochromes P450 et nécessite une augmentation des posologies pour obtenir un effet thérapeutique [5].

De nos jours, il y a une augmentation du nombre de schizophrènes addicts à la fois au tabac et au café [8]. Le café dont les effets bénéfiques ont toujours été vantés, commence par subir des interrogations en ce qui concerne son impact négatif sur la santé [9]. Les connaissances scientifiques actuelles montrent que la consommation de café chez les patients, est une forme d'automédication contre les effets sédatifs de leur traitement antipsychotique [10]. En effet, sur le système nerveux central, la caféine a une action agonist-like de la dopamine par antagonisme des récepteurs A1 et A2A de l'adénosine [11-14]. D'autre part, les infusions de café produisent des précipités avec les antipsychotiques, ce qui affecte leur absorption, leur pharmacocinétique et réduit leurs effets par la production d'un neuroleptique à action prolongée de courte durée [15-17].

Ainsi, les effets cliniques de ces substances (café et tabac) sont importants et peuvent compliquer l'interprétation des symptômes de la schizophrénie et les effets indésirables des antipsychotiques. Peu d'études ont examiné cette interaction nicotine-caféine [17]. Il ressort que le café serait aussi métabolisé par l'enzyme CYP1A2 et que les fumeurs ont besoin d'ingérer 3 fois plus de caféine pour avoir les mêmes taux plasmatiques que les non-fumeurs [18]. Il n'existe presque pas de données relatives à l'interaction nicotine-caféine en rapport avec les effets indésirables des antipsychotiques. Ce constat fait l'objet de notre étude dont les objectifs sont :

- d'analyser la prise en charge par des antipsychotiques ;
- d'évaluer l'influence de l'interaction nicotine-caféine sur la survenue des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques ;
- de déterminer les facteurs associés à la survenue de ces effets indésirables neurologiques.

Cadre et méthode d'étude

Cadre d'étude

L'Unité de Soins et de Réinsertion du Bassin Haut Saônois encore appelée Courbet-USR du Centre Hospitalier Spécialisé de Saint Rémy a servi de cadre pour notre étude. C'est une unité de 36 lits d'hospitalisation complète répartis dans 28 chambres individuelles et 4 chambres doubles, localisée au rez-de-chaussée de la clinique Matisse-Courbet. Cette unité accueille les patients des deux sexes, d'âge compris entre 18 et 65 ans. Sa mission consiste en une prise en charge permettant l'évaluation des capacités d'autonomie et l'accompagnement des patients dans leur projet de réinsertion. La durée moyenne de séjour d'un patient à Courbet-USR est estimée entre 6 et 9 mois environ avec un taux d'occupation des lits à 80%.

Méthode d'étude

- **Type et période d'étude** : il s'est agi d'une étude transversale analytique portant sur des patients hospitalisés à l'Unité de Soins et de Réinsertion du Bassin Haut-Saônois (Courbet-USR) du 1er février au 31 mars 2013. Ces 2 mois de collecte de données ont permis le recrutement du maximum de patients de cette unité.
- **Population d'étude** : elle est constituée à partir d'un échantillonnage exhaustif par choix raisonné des patients de Courbet-USR qui ont répondu aux critères suivants :

Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude, les sujets des deux sexes, d'âge compris entre 18 et 65 ans, hospitalisés à Courbet-USR au cours de la période d'étude ; dont le traitement médicamenteux comporte au moins un antipsychotique et qui après un temps de réflexion de leur convenance ont signé un consentement libre et éclairé.

Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude, les patients ne disposant pas de traitement antipsychotique, ceux qui sont sortis d'hospitalisation avant la période d'étude, ceux qui sont rentrés en hospitalisation après la période d'étude et ceux qui ont refusé de participer à l'étude.

- **Technique de collecte des données** : les données ont été collectées à l'aide d'un guide d'entretien préétabli comportant les principales variables suivantes : les variables quantitatives (âge, poids) ; la variable qualitative dichotomique (sexe) ; les variables indépendantes (le traitement antipsychotique, la consommation de café, la consommation de tabac) et la variable dépendante (effets indésirables neurologiques). Nous avons recherché ces effets indésirables neurologiques en s'accordant aux critères du DSM IV-TR (Troubles des mouvements induits par un médicament). La consommation journalière de café a été évaluée par rapport à une tasse de 200 millilitres de volume. La dose équivalente journalière d'antipsychotique est la somme des doses de tous les antipsychotiques prescrits au patient en rapport avec la dose moyenne recommandée

par le Vidal (DMV) pour chaque antipsychotique. Afin de minimiser les erreurs, chaque guide d'entretien est validé après une confrontation des données de l'entretien et de l'examen clinique avec les données du dossier du patient.

- **Technique d'analyse des données :** la saisie et l'analyse statistique des données ont été faites au moyen du logiciel Sphinx version 5105. Une analyse univariée (seuil de significativité de 5%) a été réalisée à l'aide du test du chi2. Les tableaux et les figures ont été réalisés au moyen du logiciel EXCEL 2013.

Résultats

Résultats généraux

Au cours de la période d'étude, 48 patients ont été hospitalisés à Courbet-USR. Quarante cinq patients ont répondu aux critères d'inclusion. Deux patients n'ont pas reçu de prescription d'antipsychotique et une patiente a refusé de participer à l'étude. Ce qui nous donne un taux de prescription d'antipsychotique de 95,8%.

Parmi les 45 patients de notre échantillon, le sexe masculin a prédominé à 66,7% avec un sex-ratio à 2. L'âge moyen de l'échantillon a été de $42,18 \pm 13,49$ ans avec des extrêmes de 18 et 65 ans. Le poids moyen de ces patients a été de $78,91 \pm 17,64$ kilogrammes avec des extrêmes de 50 et 126 kilogrammes.

Mode de vie et effets indésirables neurologiques

- **Café et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques :** vingt six patients (57,8%) de notre échantillon sont des consommateurs de café. Parmi ces consommateurs de café, 15 patients (57,7%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. Parmi les 19 patients non consommateurs de café, 9 patients (47,4%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. La différence des effets indésirables chez les consommateurs de café et les non consommateurs n'a pas été significative avec $p = 0,493$.
- **Tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques :** trente et un patients (68,9%) de l'échantillon sont des fumeurs. Parmi ces fumeurs, 16 patients (51,6%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. Parmi les 14 patients non-fumeurs, 8 (57,7%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. La différence des effets indésirables chez les fumeurs et les non-fumeurs n'a pas été significative avec $p = 0,731$.
- **Café associé au tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques :** vingt trois patients (51,1%) de notre échantillon consomment à la fois le café et le tabac alors que 11 (24,4%) ne consomment ni le café ni le tabac. Parmi les consommateurs de café et de tabac, 12 (52,2%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques alors que parmi les abstinents à ces 2

substances, 5 (45,5%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. La différence des effets indésirables chez les consommateurs de café associé au tabac et les non consommateurs de ces 2 substances n'a pas été significative avec $p = 0,714$.

- **Nombre de tasses de café journalier :**

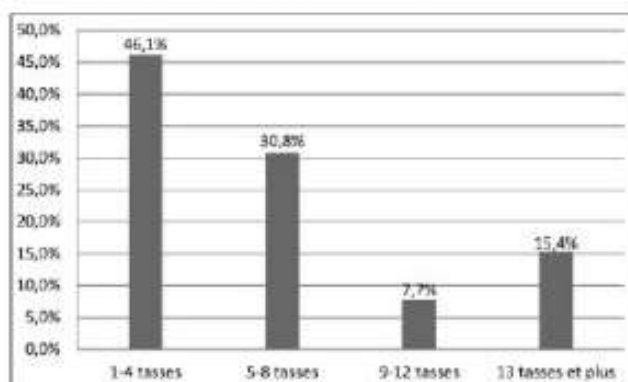


Figure 1 : Répartition des patients selon le nombre de tasses de café bues par jour.

Plus de la moitié des patients consommateurs de café excèdent 5 tasses de café par jour.

- **Nombre de cigarettes journalier :**

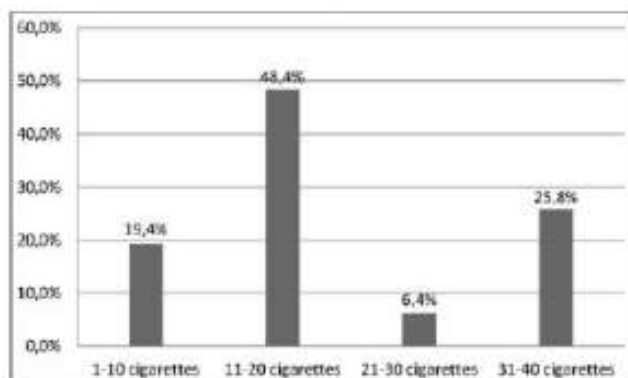


Figure 2 : Répartition des patients selon le nombre de cigarettes fumées par jour.

Près de la moitié des patients fumeurs consomment entre 11 et 20 cigarettes par jour et 25,8% fument plus de 30 cigarettes par jour.

- **Test de Fagerström :**

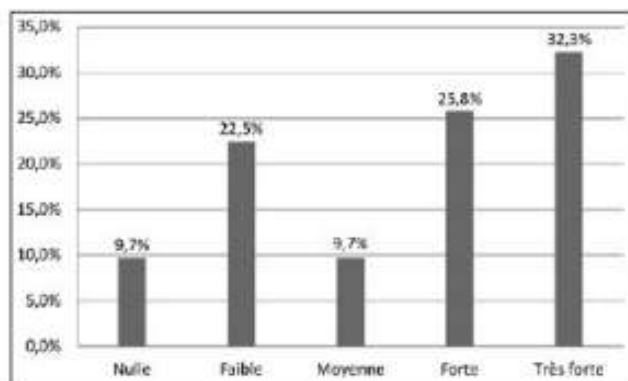


Figure 3 : Répartition des patients fumeurs selon la réponse au test de Fagerström.

Trente deux virgule trois pour cent des patients fumeurs ont une dépendance très forte et 25,8% une dépendance forte à la nicotine.

Antipsychotiques et effets indésirables neurologiques

Vingt quatre patients (53,3%) ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. Dans notre échantillon, 28,9% des patients ont présenté un parkinsonisme; 22,2% une dyskinésie aiguë; 4,4% une akathisie; 2,2% une dyskinésie tardive; 2,2% des céphalées et 2,2% des vertiges. Certains patients ont présenté plusieurs effets indésirables neurologiques.

- **Type de traitement antipsychotique et effets indésirables neurologiques** : dans notre échantillon, 34 patients (75,6%) ont reçu des antipsychotiques de 1^{ère} génération contre 28 (62,2%) qui ont reçu des antipsychotiques de 2^{ème} génération. Les effets indésirables neurologiques ont représenté respectivement 61,8% et 50% des antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération. La différence des effets indésirables entre les antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération n'a pas été significative avec $p = 0,352$.
- **Association de plusieurs antipsychotiques et effets indésirables neurologiques** : la monothérapie, la bithérapie et la trithérapie ont représenté respectivement 40%; 53,3% et 6,7% des cas.

Parmi les patients qui ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques, 17 (70,8%) ont eu une bithérapie antipsychotique; 5 (20,9%) une monothérapie antipsychotique et 2 patients (8,3%) une trithérapie antipsychotique. L'association d'antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération a représenté 11 patients (45,8%); 10 (41,7%) ont un antipsychotique ou une association d'antipsychotiques de 1^{ère} génération, 3 (12,5%) ont un antipsychotique de 2^{ème} génération.

Parmi ceux qui n'ont pas présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques, 13 (61,9%) ont eu une monothérapie antipsychotique, 7 (33,3%) une bithérapie antipsychotique et 1 (4,8%) une trithérapie antipsychotique. L'association d'antipsychotiques de 1^{ère} et 2^{ème} génération a représenté 6 patients (28,6%); 8 de ces patients (38,1%) ont un antipsychotique ou une association d'antipsychotiques de 2^{ème} génération; 7 (33,3%) ont un antipsychotique ou une association d'antipsychotiques de 1^{ère} génération.

La différence des effets indésirables entre l'association des antipsychotiques et la monothérapie a été très significative avec $p = 0,005$.

- **Antipsychotiques retards et effets indésirables neurologiques** : Les antipsychotiques retards ont été prescrits chez 14 patients (58,3%) parmi ceux qui ont présenté des effets indésirables neurologiques. Parmi ceux qui n'ont pas présenté des effets indésirables neurologiques, seuls 4 (19,0%) ont un antipsychotique retard. La différence des effets indésirables entre ceux qui ont un antipsychotique retard et ceux qui ne l'ont pas a été très significative avec $p = 0,007$.

Durée du traitement antipsychotique :

Tableau I : Répartition des patients selon la durée du traitement antipsychotique

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
0 à 5 ans	13	28,9
6 à 10 ans	9	20,0
11 à 15 ans	15	33,3
16 à 20 ans	3	6,7
21 à 25 ans	3	6,7
26 à 30 ans	0	0,0
31 à 35 ans	1	2,2
36 à 40 ans	1	2,2
Total	45	100

Plus de la moitié des patients ont un traitement antipsychotique de plus de 10 ans.

- **Dose du traitement et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques** :

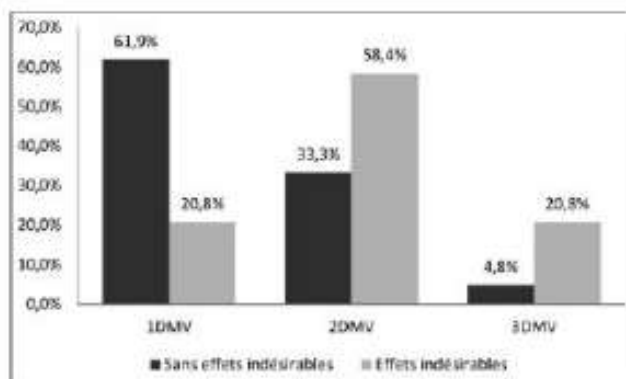


Figure 4 : Répartition des patients sans et avec effets indésirables selon la dose thérapeutique.

Les patients sans effets indésirables ont eu majoritairement un traitement équivalent à la dose moyenne journalière recommandée par le Vidal (DMV) alors que ceux qui ont des effets indésirables ont eu majoritairement un traitement équivalent à 2 ou 3 fois la dose moyenne journalière recommandée par le Vidal. La différence des effets indésirables entre ces 2 groupes a été très significative avec $p = 0,0195$.

Discussion

Forces et faiblesses de notre étude

Le choix d'une unité de réinsertion des patients chroniques stabilisés et le fait qu'un seul enquêteur fasse la collecte des données ont constitué les points forts de cette étude. En effet, les patients bien connus de l'unité, ont eu un long parcours de soins qui a nécessité plusieurs traitements ce qui permet de mieux apprécier les résultats sans doute très variés. La très longue durée d'hospitalisation des patients a ralenti le flux des entrées et sorties d'où notre faible échantillon. Une faiblesse de cette étude réside dans le fait que des dosages sanguins d'antipsychotique, de caféine et de nicotine, très onéreux n'ont pas été réalisés. Une étude plus large devra tenir compte de cet aspect.

Mode de vie et effets indésirables neurologiques

- **Café et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques** : dans notre échantillon, 57,8% des patients consomment le café et plus de la moitié de ces patients excèdent 5 tasses de café par jour. Ce résultat reflète l'importance de la consommation du café au niveau de la population générale. La caféine est la substance psychostimulante la plus consommée dans le monde. Elle se prend à tout âge, avec une consommation moyenne quotidienne estimée entre 280 et 490 mg dans les pays européens [9, 10, 19]. Daniel et al [10] ont trouvé que le séjour hospitalier des patients grands consommateurs de café (au moins 5 tasses ou 500 mg de caféine par jour) a été plus long et que ce groupe a compté plus de patients psychotiques. Dans notre cas, les procédures très chronophages de réinsertion des patients ont aussi influencé leur durée d'hospitalisation. Ces patients consommateurs de café ont plus présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques que les non consommateurs soit respectivement 57,7% et 47,4% des cas. Cela peut sembler à première vue contradictoire puisque les infusions de café produisent des précipités avec les antipsychotiques affectant leur absorption, leur pharmacocinétique et réduisant leurs effets [15-17]. Si nous tenons compte du fait que ce précipité se comporte comme un neuroleptique à action prolongée de courte durée [17], nous pouvons imaginer que l'accumulation de précipités sur une longue période entraîne plus tard une importante libération de principe actif, expliquant ainsi les effets indésirables puisque ces derniers sont dose dépendante. Néanmoins d'autres études doivent être faites pour infirmer ou confirmer cette hypothèse car la différence entre ces 2 groupes de notre échantillon n'a pas été statistiquement significative et nous pensons que cela pourrait être dû à un biais de sélection. En effet, certains de ces consommateurs de café sont aussi fumeurs.
- **Tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques** : 68,9% des patients de notre échantillon sont des fumeurs. Ce taux, quoique élevé, reste en dessous des données de la littérature [3-7] qui l'estime entre 85 et 90% des patients chroniques surtout schizophrènes. Cette différence peut s'expliquer par les efforts de prise en charge entrepris dans l'unité en vue d'une abstinence ou d'un sevrage. Près de la moitié des patients fumeurs de notre échantillon consomment entre 11 et 20 cigarettes par jour et 25,8% fument plus de 30 cigarettes par jour. De Leon et al [20] ont trouvé des résultats similaires à savoir 20 à 40% des patients fument plus de 30 cigarettes par jour. Ces patients fumeurs ont moins présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques que les non-fumeurs, soit respectivement 51,6% et 57,7% des cas. Notre résultat est en accord avec les données de la littérature. La nicotine semble être une forme d'automédication car elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques (parkinsonisme,

akathisie) et les symptômes négatifs de la schizophrénie [5,7]. Néanmoins dans notre étude, la différence entre le groupe des fumeurs et des non-fumeurs n'a pas été statistiquement significative. Cela pourrait être dû aussi à un biais de sélection car certains de ces patients fumeurs ont associé une consommation de café.

- **Café associé au tabac et effets indésirables neurologiques des antipsychotiques** : les patients qui consomment à la fois le café et le tabac ont plus présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques que ceux qui sont abstinents à ces 2 substances soit respectivement 52,2% et 45,5% des cas. La différence entre ces 2 groupes n'a pas été statistiquement significative. Il est prouvé que le tabac diminue les effets indésirables neurologiques des antipsychotiques [5,7] alors que le café pourrait augmenter ces effets par transformation des antipsychotiques en ceux à action prolongée de courte durée. En plus, le café serait aussi métabolisé par l'enzyme CYP1A2 et les fumeurs ont besoin d'ingérer 3 fois plus de caféine pour avoir les mêmes taux plasmatiques que les non-fumeurs [18]. Cela signifie dans une certaine mesure que l'impact du café en rapport avec les effets indésirables neurologiques des antipsychotiques prendrait le dessus dans l'association café et tabac. On pourrait aussi penser que le café et le tabac se neutralisent par rapport à leurs influences sur l'apparition des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques, d'où la non significativité du test statistique. Dans tous les cas, l'influence de l'interaction café et tabac dans la genèse des effets indésirables neurologiques reste encore à élucider.

Antipsychotiques et effets indésirables neurologiques

Le taux de prescription d'antipsychotique dans notre étude a été de 95,8% des cas. Ce taux est similaire à celui de Bakker et al [21] qui ont un taux de 89,3 à 98,5% des patients de leur échantillon. La prescription d'antipsychotique de 1^{ère} et 2^{ème} génération a concerné respectivement 75,6% et 62,2% de nos patients. Des taux semblables sont trouvés dans la littérature [21, 22]. Bakker et al [21] ont trouvé que 55,7 à 61,3% des patients sont traités par les antipsychotiques de 2^{ème} génération. Pour Muscettola et al [22], 79% des patients sont traités par les antipsychotiques de 1^{ère} génération. La monothérapie, la bithérapie et la trithérapie ont représenté respectivement 40% ; 53,3% et 6,7% de nos patients. Notre taux de bithérapie est plus important que celui de Bakker et al [21] qui l'ont estimé entre 34,3 et 40,8%.

Dans notre échantillon, 53,3% des patients ont présenté des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques. Ce taux est comparable au résultat de Janno et al [23] qui ont trouvé chez des patients traités au long cours par les antipsychotiques de 1^{ère} génération des taux de 50 à 75% d'effets indésirables. Plus de la moitié des patients ont un traitement antipsychotique depuis plus de 10 ans. Bakker et al [21] pensent à ce propos que les effets indésirables neurologiques des antipsychotiques sont toujours la norme

pour un long traitement antipsychotique chez des malades mentaux chroniques. Vingt huit virgule neuf pour cent des patients de notre échantillon ont présenté un parkinsonisme; 22,2% une dyskinésie aiguë; 4,4% une akathisie et 2,2% une dyskinésie tardive. Pour la dyskinésie tardive, notre taux est nettement inférieur à ceux de Bakker et al [21] et de Muscettola et al [22] qui ont trouvé respectivement 28,4% et 18,3%. Pour le reste (parkinsonisme, dyskinésie aiguë, akathisie) notre taux est semblable à celui de Bakker et al [21] mais reste nettement supérieur à celui de Muscettola et al [22].

Les antipsychotiques retards ont eu une incidence très significative sur la survenue des effets indésirables neurologiques chez nos patients. Cela peut être expliqué par le fait qu'ils ont été souvent associés à d'autres antipsychotiques. En effet, l'association de plusieurs antipsychotiques a eu une incidence très significative sur la survenue des effets indésirables neurologiques chez nos patients car elle a entraîné un dépassement de la dose journalière d'antipsychotique recommandée. Ces patients à effets indésirables ont eu majoritairement un traitement équivalent à 2 ou 3 fois la dose moyenne d'antipsychotique recommandée par le Vidal. Dans l'échantillon de Bakker et al [21], environ 50% des patients ont utilisé plus d'un antipsychotique avec une dose moyenne équivalente journalière de 2,3 à 2,5 fois la normale. Ce qu'ils estiment être à juste titre une forte dose. Par contre, la génération de l'antipsychotique n'a pas eu d'incidence sur la survenue des effets indésirables neurologiques. Ce même résultat est trouvé par d'autres auteurs [24,25]. Pour Weiden [26], les antipsychotiques de 2^{ème} génération portent néanmoins un risque malgré qu'ils sont associées à une faible incidence de troubles du mouvement.

Conclusion

Nous retenons pour cette étude que les fortes doses d'antipsychotiques au delà de 2 fois la dose équivalente recommandée, l'association de plusieurs antipsychotiques et les antipsychotiques retards ont eu un impact non négligeable sur la survenue des effets indésirables neurologiques. La consommation de café et de tabac a été importante dans notre échantillon. L'interaction café-tabac a entraîné une augmentation des effets indésirables neurologiques des antipsychotiques chez nos patient mais cette augmentation n'a pas été significative du point de vue statistique à cause éventuellement de notre faible échantillonnage mais aussi parce que le café et le tabac pourraient se neutraliser par rapport à leurs influences sur l'apparition de ces effets. D'autres études plus larges devraient être faites dans le même sens. Néanmoins, en raison de leurs impacts sur la pharmacocinétique et la pharmacodynamie des antipsychotiques; en raison des importants troubles du sommeil que peut induire la caféine; en raison du risque cardiovasculaire mais aussi oncologique du tabagisme, la lutte contre ces substances dans la population des patients psychiatriques doit faire partir de l'arsenal thérapeutique. Ce qui réduirait

le séjour hospitalier de ces patients et favoriserait une bonne réinsertion. Malheureusement ces substances semblent être fortement tolérées dans les hôpitaux psychiatriques et le tabagisme quand à lui, a même été intégré dans des méthodes de gestion comportementales [27].

Références bibliographiques

1. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca PM. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles. *Annales Médico Psychologiques* 2006; 164: 159-164.
2. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM, et al. Predictors of medication discontinuation by patients with first-episode schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res* 2002; 57: 29-219.
3. Simpson GM. The treatment of tardive dyskinesia and tardive dystonia. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 39-44.
4. Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143(8): 993-7.
5. Goff DC, Henderson DC, Amico E, et al. Cigarette smoking in schizophrenia: Relationship to psychopathology and medication side effects. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1189-94.
6. Glassman. Cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 546-53.
7. Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci Biobehav Rev* 2005; 29 (6): 1021-34.
8. Williams JM, Gandhi KK. Use of caffeine and nicotine in people with schizophrenia. *Current Drug Abuse Reviews* 2008; 1(2): 155-161.
9. Wierzejska R. Caffeine-common ingredient in a diet and its influence on human health. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2012 ; 63 (2) : 141-147.
10. Daniel K, Winstead MD. Coffee consumption among psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry* 1976 ; 133 : 1447-1450.
11. Ross GW, Abbott RD, Petrovitch H, et al. Relationship between caffeine intake and Parkinson disease. *JAMA* 2000 ; 283 : 2674-2679.
12. Garrett BE, Griffiths RR. The role of dopamine in the behavioral effects of caffeine in animals and humans. *Pharmacol Biochem Behav* 1997 ; 57 : 533-541.
13. Kaasinen V, Aalto S, Nagren K, Rinne JO. Dopaminergic effects of caffeine in the human striatum and thalamus. *Neuroreport* 2004 ; 15 : 281-285.
14. Ferré S, Fredholm BB, Morelli M, Popoli P, Fuxe K. Adenosine-dopamine receptor-receptor interactions as an integrative mechanism in the basal ganglia. *Trends Neurosci* 1997 ; 20 : 482-487.
15. Kulhanek F, Linde OK, Meisenberg G. Precipitation of antipsychotic drugs in interaction with coffee or tea. *Lancet* 1979 ; ii : 1130.

16. Cheeseman HJ, Neal MJ. Interaction of chlorpromazine with tea and coffee. *Br J clin Pharmacol* 1981 ; 12 : 165-169.
17. Kulhanek F, Linde OK. Coffee and tea influence pharmacokinetics of antipsychotic drugs. *Lancet* 1981 ; 359-360.
18. Tortelli A, Bahadori S, Skurnik N. Nicotine et psychose. *Nervure Journal de Psychiatrie* 2008; 21 Suppl 2: S3-7.
19. Daly JW, Fredholm BB. Caffeine- an atypical drug of dependence. *Drug Alcohol Depen* 1998 ; 51 : 199-206.
20. de LEON J, Diaz FJ, Rogers T, et al. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res* 2002; 56: 47-54.
21. Bakker PR, de Groot IW, Van Os J, Van Harten PN. Long-stay psychiatric patients: A prospective study revealing persistent antipsychotic-induced movement disorder. *PLOS One* [en ligne]. Octobre 2011, Vol.6, N°10, [consulté le 22/04/2013]. Disponibilité sur Internet : <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3184968/>>
22. Muscettola G, Barbato G, Pampallona S, Casiello M, Bollini P. Extrapyramidal syndromes in neuroleptic-treated patients: Prevalence, Risk factors, and association with tardive dyskinesia. *J Clin Psychopharmacology* 1999; 19(3): 203-208.
23. Janno S, Holi M, Tuisku K, Wahlbeck K. Prevalence of neuroleptic-induced movement disorders in chronic schizophrenia inpatients. *Am J Psychiatry* 2004; 161:160-163.
24. Woods SW, Morgenstern H, Saks JR, et al. Incidence of tardive dyskinesia with atypical versus conventional antipsychotic medications: a prospective cohort study. *J Clin Psychiatry* 2010.
25. Barnes M, Lawford BR, Burton SC, et al. Smoking and schizophrenia: is symptom profile related to smoking and which antipsychotic medication is of benefit in reducing cigarette use. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40(6-7): 575-580.
26. Weiden PJ. EPS profiles: the atypical antipsychotics are not all the same. *J Psychiatr Pract* 2007; 13: 13-24.
27. Foulds J. The relationship between tobacco use and mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 303-6.



Le château de Saint Rémy, siège de l'administration du Centre Hospitalier Spécialisé.



Hôpital Princesse Grace : au fond à droite, la psychiatrie.
Photo Psy Cause, 23 avril 2015.

XI^e congrès international de Psy Cause

Au Centre Hospitalier
Princesse Grace

Les 9 et 10 octobre 2014
en Principauté de Monaco

Adolescences, ruptures, passages...

Nous avons retenu un thème centré sur l'adolescence mais élargi à des champs plus étendus autour des concepts de rupture et de passage. L'argument que nous publions ci-après définit au plus près l'objet de notre réflexion en octobre prochain.

Argument

Début 2000, l'éditorial de Psy Cause faisait un bilan des dernières décades du siècle dernier : « Après l'élan vers les soins et la prévention de proximité concrétisé par la politique de secteur, la psychiatrie s'est attachée à répondre à l'urgence, puis elle a ciblé des groupes : les alcooliques, les toxicomanes, les personnes âgées, les victimes, les exclus, les adolescents... »

Aujourd'hui, 15 ans après, s'achève le plan français « psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » dont l'ambition est de « prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques ». Ce plan, après avoir rappelé que l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^e siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs... , instaure des territoires chargés de « coordonner les prises en charge » et de responsabiliser tous les acteurs de terrain quant « à la non-demande et aux ruptures du lien »... Ces ruptures étaient d'ailleurs le thème de notre colloque Psy-Cause à Pierrefeu du Var en 2001 « chutes et rechutes »...

Ainsi, entre évaluation et certification, entre pôle et service, entre secteur et territoire, entre santé mentale et psychiatrie, qu'est devenu le soin ? Bien entendu, notre regard va se porter au delà du contexte français, à commencer par celui de la Principauté de Monaco, et d'autres pays qui contribuent au réseau Psy Cause. Plus largement, les rapports entre la psychiatrie et la santé mentale, entre la réponse au symptôme et celle au déséquilibre de la personne globale, sont en constante évolution.

Que sont devenus en France et dans le monde le regard clinique, la théorie de la pratique, la réflexion psychopathologique qui nous animent, nous motivent et nous réunissent autour d'un savoir commun et partagé ?

A qui revient d'accompagner les moments difficiles de la vie, que ce soit des moments psychiatriques de folie ou de dépression, des moments de mal être, des moments charnières de la vie comme l'adolescence, des moments traumatiques après agressions etc... S'agit-il plutôt du rôle des psychiatres, des soignants, des parents, des enfants, des collègues de travail, des amis, des travailleurs sociaux, des enseignants, etc... ?

Qu'en est-il aujourd'hui de ce soin qui accompagne le passage d'un état à l'autre, ce soin passage, ce soin pas sage ?

L'adolescent, par la conscience de son ignorance, peine à sublimer la question sexuelle, déprime, et a besoin d'un peu d'aide pour quitter le monde virtuel et les produits dysléptiques... Le délirant qui a « tout compris » ne peut quitter son monde empli de certitudes sans aide tant le risque d'aller vers l'inconnu lui paraît grand... Le névrosé, lui, demande, sans trop y croire, qu'on lui fraye le passage pour quitter son symptôme auquel il est tant attaché... C'est bien la rupture avec l'équilibre antérieur qui permettra à l'un comme à l'autre de passer à un mieux. C'est donc tout un art que de choisir jusqu'où faire confiance en la capacité de l'autre à trouver lui-même le passage, en renonçant à la tentation de l'inscrire dans un protocole organisé...

En cela, le soignant est confronté à supporter le soin passage, le soin pas sage...

L'équipe de Psy Cause

Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

Rédacteurs en chef

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

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

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

Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

Secrétaires de Rédaction

Afrique subsaharienne : Y Jean-Marie

Yéo-Ténéna (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Algérie : Meryem Tadmou (Tlemcen, Algérie)

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

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

Europe : Yves Chmielewski (Avignon, France)

Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers, France)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Agnès Beisson (Séguret, France)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiston (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Elena Bessa (Montréal, Québec, Canada)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Bteich (Beyrouth, Liban)

Patrick Chaltiel (Paris, France)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Kolou Simliwa Dassa (Lomé, Togo)

Jean Philippe É Daoust (Ottawa, Ontario, Canada)

Anne Laure Donskoy (Bristol, Angleterre)

Moridofé Doukouré (Conakry, Guinée)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Jean-Yves Febercy (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)

Pierre Lechner (Vancouver, Colombie britannique, 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)

Naasson Munyandamutsa (Kigali, Rwanda)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Marc Oeynhausen (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville, Congo)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou, Burkina Faso)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Patricia Princet (Fains, France)

Adéline Raharivelo (Antananarivo, Madagascar)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo, Madagascar)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrassat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Othman Sentissi (Genève, Suisse)

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 Videlaïne (Papeete, Polynésie)

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

Correspondants

Hassen Ari (Nabeul, Tunisie)

Ahmed Benrqi (Oujda, Maroc)

Alexandra Berankova

(Ostrava, Tchéquie)

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

Françoise Deraumont (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Rahoua El Hassan (Marrakech, Maroc)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaël Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi

(Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

Membres d'honneur

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martignes, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martignes, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Metge (Martignes, France)

Dominique Pringuey (Nice, France)

Maria Eugenia Sokolsky (Buenos Aires, Argentine)

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.

Adolescences, ruptures, passages

XI^e Congrès international francophone Psy Cause



Les 9 et 10 octobre 2015
au Centre Hospitalier Princesse Grace
en Principauté de Monaco

« (...) Entre évaluation et certification, entre pôle et service, entre secteur et territoire, entre santé mentale et psychiatrie, qu'est devenu le soin ? Bien entendu, notre regard va se porter au delà du contexte français, à commencer par celui de la Principauté de Monaco, et d'autres pays qui contribuent au réseau Psy Cause. Plus largement, les rapports entre la psychiatrie et la santé mentale, entre la réponse au symptôme et celle au déséquilibre de la personne globale, sont en constante évolution. »

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

Inscription : Morgan Tours : courriel morgan-toursjanet@wanadoo.fr et téléphone 01 45 42 25 25.

Renseignements et proposition de communication : psychause.info@gmail.com.

Président du comité d'organisation : Dr Thierry Lavergne, avec les concours de la Dr Valérie Aubin, du Dr Jean Paul Bossuat, de la Dr Anne Sarrassat, de Mr Bernard Petit.

Présidents du comité scientifique : la Dr Valérie Aubin et le Dr Jean Paul Bossuat.