

Psy

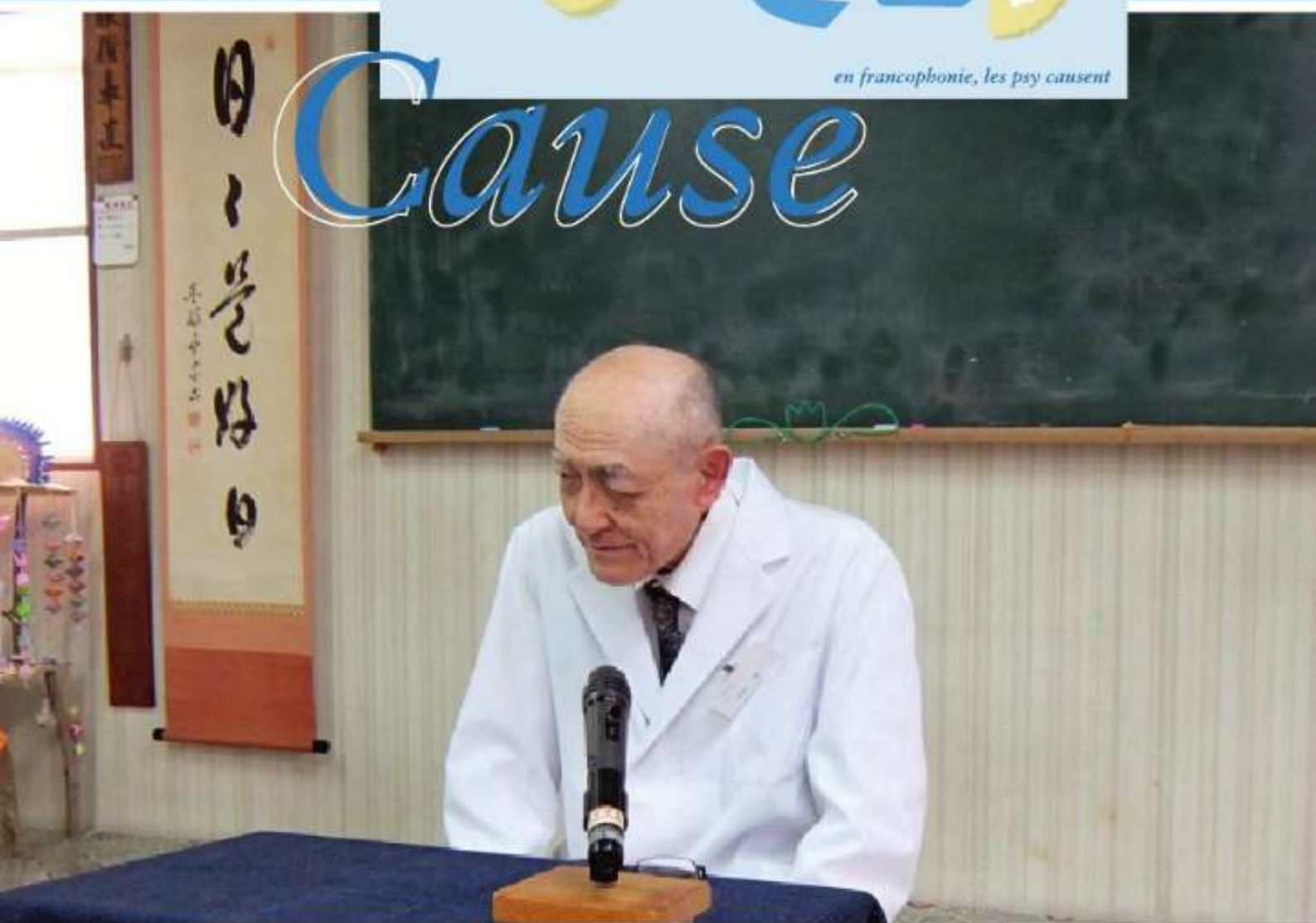
Psy Cause 70

3ème trimestre 2015



en francophonie, les psy causent

Cause



Psy Cause

70

Septembre-Décembre 2015
Revue quadrimestrielle

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

Site web : <http://www.psychocause.info>

Prix du numéro : 20€

Infographie : Antidote Solutions Graphiques
06 79 80 14 35
Imprimeur : MC Caractère - Avignon 84
04 90 27 08 09

ISSN 1245-2394

Sommaire

Psy Cause I : Cahier japonais Introduction au dossier	3
La thérapie de Morita oubliée Shigeyoshi Okamoto	4
Ataraxie et psychanalyse Nyl Erb, Muriel Falk Vairant	8
Essai sur l'arrière plan Arugamama « l'être tel quel » de la méthode Morita Kei Seko	10
Les pathologies actuelles des enfants et des adolescents au Japon. Point de vue psychanalytique Kiyoshi Shiraishi	12
Le Corps Mythique et la psychosomatique au Japon I. Emergence du Corps Morcelé dans les mythes japonais Akiko Okada	15
Le Corps Mythique et la psychosomatique au Japon II. Le rêve et les Points de Fixation dans la Psychosomatique Kazushige Shingu	20
Identité des Femmes Médecins au Japon Eri Muso	25
Philosophie de l'histoire et esthétique chez Mori Ōgai Métacritique de la modernité Naoki Ōishi	29
Psy Cause II : En hommage à Mathieu Tognidé Hommage et introduction au dossier	32
Les troubles bipolaires : quelques réflexions et une esquisse d'une piste thérapeutique Annabelle Montagne	33
L'infirmier référent en psychiatrie : le don du sens Pascal Schindelholz	39
Culture, traumatisme et résilience : le bouami, (une psycho- thérapie de groupe) chez les Akyé de Côte d'Ivoire. Pour une contribution à une anthropologie psychiatrique Jérôme N'cho Kpatta	41
Psychologie cognitive et comportements de prévention des infections à virus Ebola en Côte d'Ivoire Simon Konan Kouamé, Jean Marie Yessonguilana Yéo-Ténéna. 45	45
L'épilepsie chez les Bété de Côte d'Ivoire : signification étiologique et représentations sociales de la maladie Marcel Blé Yoro, Atta Kouamé	53
Conduites alimentaires inhabituelles au cours de la grossesse : épidémiologie et facteurs de risque Kapouné Karfo, Kalambak Christelle Tchouwa, Jean Gabriel Ouango, Arouna Ouédraogo	60

Editorial

Pourquoi écrire en français dans une revue scientifique internationale ?



Ce numéro 70 est le troisième quadrimestriel de l'année 2015. Il est le second tout en couleur et édité par Psy Cause Édition. Nous avons, en cours d'année, changé de prestataires et de maquette, repris la main. Cela se traduit par un retard important dans la parution que nous entendons bien combler progressivement. Après le N°69 consacré à la psychiatrie d'un pays francophone, notre revue internationale de psy donne la parole à des auteurs formés en France à la clinique française, qui pratiquent en extrême orient des soins qui allient leur contexte culturel à la phénoménologie ou à la psychanalyse lacanienne, et font connaître en langue française par Psy Cause une psychothérapie spécifiquement japonaise : la thérapie de Morita.

Ce cas de figure interpelle dans un monde globalisé où la langue de communication est l'anglais. Lorsqu'un psychologue clinicien suédois de Karlstad s'exprime en langue française en tant que rédacteur de Psy Cause, pour évoquer le concept d'alliance thérapeutique ou alliance de travail qui devient consensuel en Suède, afin de le « re-attacher aux racines psychanalytiques » (Psy Cause N°67 page 30, 2014), lorsqu'un psychiatre tchèque de Prague, et lui aussi rédacteur, témoigne en français du désenchantement après « la destruction de la Santé publique » dans la foulée de la révolution de velours de 1989 (Psy Cause N°65 pages 62 à 65, 2014), la question « pourquoi écrire en français dans une revue internationale ? » mérite d'être posée, surtout lorsque l'auteur réside dans un pays non francophone.

Un élément de réponse est l'écho de la « clinique française » de Pinel à Charcot, de Bonnafé à Deniker, de Lacan à Green, de Maldiney à Ey. L'Afrique Subsaharienne se réfère à la « clinique africaine » de l'« École de Dakar » initiée par Collomb, ou de « l'École Béninoise » avec le regretté Pr Tognidé qui, le premier, eut l'intuition d'une mission de la revue Psy Cause dans ce continent.

C'est dans cette tradition française de partage culturel que notre revue offre de publier des approches cliniques spécifiques : ainsi le cahier sur le Japon de ce N°70 est dans la continuité de ce qui fut initié au niveau de la faculté de médecine de Phnom Penh à notre congrès de Siem Reap en 2012, notre revue devenant un support pour l'écriture d'une clinique articulée à la clinique de ces pays d'orient.

Notre revue commence aussi à prendre son essor au Canada : un dossier francophone écrit par des auteurs de l'Ontario est programmé dans le N°71. Publier en Français est porteur de sens culturel, d'histoire et s'articule à une forme de pensée spécifique qui permet d'exprimer des concepts, des abstractions...

Le 22 mars 2016

Jean Paul Boisnat et Thierry Lavergne

Cahier japonais

Sous ce titre choisi par nos interlocuteurs japonais, s'énonce notre dossier Spécial Japon. Il est assez exceptionnel que des professionnels du Pays du Soleil Levant écrivent en langue française et notre revue est honorée de réunir ces textes qui nous éclairent sur leurs pratiques soignantes reliées à leur contexte culturel. Ce « cahier japonais » a été rassemblé à Kyoto par le Dr Shigeyoshi Okamoto, psychiatre spécialiste de la Thérapie de Morita, rédacteur de la revue *Psy Cause*, et en Alsace par Mme Nyl Erb, ethno-psychanalyste chargée des relations avec le Japon par *Psy Cause International*.

L'idée de ce cahier s'origine dans notre X^e congrès international qui se déroulait à Kyoto les 19 et 20 octobre 2014. Le temps fort de cette manifestation scientifique avait été son articulation avec la fermeture de l'Hôpital Sansei spécialisé dans la pratique de la Thérapie de Morita inspirée du Zen, depuis son ouverture à Kyoto en 1922. Notre association/revue a eu le privilège et l'honneur d'être choisie pour être témoin, invitée et partenaire de la cérémonie de clôture d'une institution qui, pendant 92 ans, a soigné des patients névrosés venus de tout le Japon.

Le Dr Shigeyoshi Okamoto ouvre le dossier avec un article qui évoque notre visite de l'Hôpital Sansei, la destruction de ce dernier et un nouvel avenir pour la Thérapie de Morita. Mme Nyl Erb, avec la Dr Muriel Falk Vairant, toutes les deux présentes au congrès *Psy Cause* de Kyoto, ajoutent leur regard d'occidentales. Tandis que le Pr Kei Seko, directeur de l'Hôpital Tango-Furusato à Kyoto, expose l'arrière plan de la Thérapie de Morita en témoignant de son approche philosophique japonaise. Ces trois articles, ces trois regards, dessinent les contours d'une approche asiatique de la souffrance et de la mort.

Les trois articles suivants témoignent de la présence vivante de la psychanalyse lacanienne au Japon. Le Dr Kiyoshi Shiraishi, pédopsychiatre à Fukukoa, fait une lecture psychanalytique de l'Hikikomori, une pathologie spécifiquement japonaise qui touche des enfants et adolescents. Avec deux chercheurs, Mme Akiko Okada et le Pr Kazushige Shingu, l'approche lacanienne est appliquée à l'anthropologie. Leur étude intitulée « le Corps Mythique et la psychosomatique » comprend deux parties : « le corps morcelé dans les mythes japonais », et « le rêve et les points de fixation dans la psychosomatique ».

Ce cahier japonais s'achève avec deux articles qui ont en commun la question de la féminité au Japon. Le premier est rédigé par une femme médecin militante pour l'égalité entre les sexes, la Dr Eri Muso. Le second est une traduction d'un texte publié en japonais par le Pr Naoki Ôishi. Cette traduction, réalisée par l'auteur avec l'aide de la directrice du Centre Européen d'Etudes Japonaises (Mme Virginie Fer-

maud), analyse l'œuvre de l'écrivain Mori Ôgai quant à la question de la modernité venue d'Occident, tout particulièrement pour la femme japonaise.

Le Japon est une terre de rencontre singulière entre l'extrême orient et l'occident, où sont maintenues certaines valeurs fondamentales ancestrales. Ainsi, avec Mme Nyl Erb, nous concluons par ces paroles du Dalaï Lama : « Ce qui me surprend le plus chez l'homme occidental, c'est qu'il perd la santé pour gagner de l'argent et perd ensuite son argent pour récupérer la santé. À force de penser au futur, il ne vit pas le présent et il ne vit donc ni le présent ni le futur. Il vit comme s'il ne devait jamais mourir et il meurt comme s'il n'avait jamais vécu. »



*Le directeur de l'Hôpital Sansei, le Dr Shin Ichi Usa, explique en salle d'enseignement la thérapie mise en œuvre aux congressistes.
Photo Psy Cause. Kyoto, le 21 octobre 2014.*

Jean Paul Bossuat



Shigeyoshi Okamoto

La thérapie de Morita oubliée

Auteurs : Shigeyoshi Okamoto¹

Résumé : L'Hôpital Sansei, hôpital le plus traditionnel de la Thérapie de Morita, a fermé à la fin de l'année 2014. Nos collègues ont eu la chance de le visiter, à l'occasion du Xe Congrès International PsyCause de Kyoto, au Japon, en octobre 2014, juste avant sa fermeture. Celle-ci a été vraiment la fin de l'hôpital qui offrait un lieu illusoire où on croyait que les symptômes névrotiques pouvaient disparaître par l'Eveil du Zen. Dans son essence, cette thérapie ne se limite pas au traitement du SHINKEISHITSU, mais c'est plutôt une sagesse profonde qui concerne la façon de vivre de tous les hommes. Avec le baisser de rideau sur son histoire aujourd'hui, cette essence presque oubliée de la Thérapie de Morita referra surface calmement.

Mots clés : histoire de la thérapie de Morita – souffrances – sagesse du bouddhisme.

Summary : Sansei Hospital, the most traditional hospital of Morita therapy, closed at the end of the year 2014. Our colleagues had the chance to visit this hospital on the occasion of the 10th International Congress of PsyCause of Kyoto, in Japan, in October of 2014, just before of its closure. In fact it was the end of the hospital that offered a place where they believed in the illusion that the neurotic symptoms could disappear by the enlightenment of Zen. In essence, this therapy is not limited to the treatment of SHINKEISHITSU, but it's rather a deep wisdom that concerns the way of living of all people. With this time's drawing of the curtain in the history of Morita therapy, the essence almost forgotten of the therapy will be remembered calmly.

Keywords : history of Morita therapy – sufferings – wisdom of buddhism

Introduction

Le Xe Congrès international PsyCause s'est tenu à Kyoto, au Japon, en octobre 2014, avec pour thème « Rencontre des cultures ». Un des grands objectifs de ce congrès était d'étudier directement la pratique clinique de la Thérapie de Morita, une psychothérapie japonaise unique, grâce à la visite de l'Hôpital Sansei, un établissement spécialisé pour cette thérapie, situé à Kyoto, et de discuter de cette expérience. Cependant, à la fin de décembre de la même année, cet hôpital a mis un terme à ses activités et la nouvelle en a été rendue publique juste avant l'ouverture du congrès. C'est ainsi que nos collègues se sont trouvés être le dernier groupe d'étrangers à visiter l'Hôpital Sansei.



Portraits accrochés dans l'Hôpital Sansei. De gauche à droite : le directeur fondateur de l'établissement, le Dr Gennyo Usa, et l'inventeur de la thérapie mise en œuvre, le Dr Shoma Morita. Photo de l'auteur de l'article. Kyoto, janvier 2015.

1) « Une des fins » de la Thérapie de Morita

C'est en 1922, juste après la mise au point de sa thérapie par le docteur Morita, que l'Hôpital Sansei a été fondé par Gennyu USA, disciple de Morita, qui était tout à la fois un psychiatre et un bonze zen. Son fils lui ayant succédé comme deuxième directeur, l'histoire de cet hôpital a continué pendant 92 ans comme l'acteur survivant le plus traditionnel de cette thérapie jusqu'au baisser de rideau final. Ces dernières années au Japon, avec le changement de culture et de civilisation qui s'est opéré à un rythme vertigineux, les établissements qui ont conservé la Thérapie de Morita sous sa forme traditionnelle ont presque tous déjà disparu, et l'Hôpital Sansei restait le seul établissement qui pratiquait la Thérapie de Morita, où on pouvait vivre le Zen. Depuis la fin du XXe siècle, pour répondre aux sollicitations de l'époque où les traitements en consultations sont devenus la forme principale au détriment de l'hospitalisation, la Thérapie de Morita a commencé à être utilisée avec d'autres traitements pharmaceutiques et d'autres psychothérapies. Dans le cours de cette évolution, la fermeture fin 2014 de l'Hôpital Sansei, hôpital spécialisé qui incarne la Thérapie de Morita originelle et traditionnelle, est un événement qui symbolise une des fins de cette thérapie.

2) « Commencement véritable » de la Thérapie de Morita

La fermeture de l'Hôpital Sansei signifie-t-elle la fin de l'esprit de la Thérapie de Morita traditionnelle ? Je ne le pense absolument pas. Pour les pathologies névrotiques, c'était certainement la fin de cette thérapie qui, au lieu d'utiliser des médicaments, soigne par l'atmosphère et la manière de vivre dans un temple zen. C'était aussi la fin de l'offre d'un lieu illusoire de réunion où on croyait que les symptômes névrotiques pouvaient disparaître par l'Éveil du Zen. Par ces fins, l'esprit de la Thérapie de Morita sera plutôt mieux conservé et apprécié davantage à l'avenir, il est souhaitable que beaucoup de gens en tirent bénéfice pour leur vie.

Jusqu'à maintenant, surtout à destination des étrangers, la Thérapie de Morita a été présentée comme le moyen de soigner le « SHINKEISHITSU ». Certainement, Morita, le fondateur de cette thérapie, avait mis l'accent sur le traitement du shinkeishitsu.

Pourtant, à cause de cette focalisation superficielle, il est indéniable que même au Japon, on a eu tendance à négliger l'essence profonde et éminemment précieuse que contient la Thérapie de Morita. A fortiori, les Japonais qui se sont chargés de la présenter aux étrangers, ont manqué de prudence et de circonspection dans leur explication de la partie essentielle de cette thérapie : ils l'ont présentée tout simplement sous la forme superficielle de thérapie du « SHINKEISHITSU », provoquant certainement par là un malentendu, ce qui est bien regrettable.

Il est vrai que Morita a commencé cette thérapie comme moyen de traiter le « SHINKEISHITSU » mais quand il s'est aperçu qu'à l'intérieur du mécanisme psychique de l'anxiété comme symptôme du « SHINKEISHITSU », il y avait une anxiété fondamentale rattachée dans l'existence de l'homme, il a introduit la sagesse bouddhique dans sa thérapie, tout en donnant par là de la profondeur à celle-ci. En tant que psychiatre, il a soigné uniquement des malades atteints de « SHINKEISHITSU » mais il a aussi mis l'accent sur le fait que sa thérapie était une rééducation de l'homme.

Alors ensuite, à propos de la double signification qu'a cette thérapie, il nous faut ajouter ceci. D'abord manière de traiter le « SHINKEISHITSU », cette thérapie ne se limite pas aux seuls patients qui en sont atteints, c'est aussi une sagesse profonde qui concerne la façon de vivre de tous les hommes. On va maintenant parler de ce double aspect de la Thérapie de Morita.

3) Le « SHINKEISHITSU » et son traitement

La Thérapie de Morita est une psychothérapie exceptionnelle du fait qu'elle porte le nom d'une personne. De plus, la dénomination japonaise de « SHINKEISHITSU » qui est donnée à la constitution ou à la pathologie qui est l'objet de cette thérapie, ajoutée au fait qu'elle a indubitablement un rapport avec le Zen, tout cela fait que tout naturellement cette thérapie est difficile à comprendre pour les étrangers. C'est la raison pour laquelle je vais ici expliquer ce qu'est le « SHINKEISHITSU » qui est la cible de la Thérapie de Morita. Il ne s'agit pas d'un néologisme créé par Morita lui-même mais de la traduction japonaise du terme « nervosität » qui est un terme employé en psychiatrie dans les pays de langue allemande. L'Allemand Kraepelin l'a utilisé comme terme déterminé pour désigner un caractère pathologique dans son propre système psychiatrique. Le terme et la notion ont été introduits au Japon par Shuzo KURE, professeur de psychiatrie de l'Université de Tokyo qui a étudié sous la direction de Kraepelin. Morita, lui-même disciple de KURE, hérite de l'enseignement de ce dernier. Après avoir su quels étaient la constitution et les symptômes caractéristiques de la « nervosität (shinkeishitsu) », il s'est focalisé sur son mécanisme psychique : sa constitution facilement sujette à l'anxiété provoque un cercle vicieux hypocondriaque. Il a ainsi montré une façon de comprendre assez dynamique, à savoir que par ce mécanisme psychique les symptômes se solidifient. Ainsi utilisant la notion de « nervosität » à partir de sa compréhension souple de cette psychopathologie, il a inventé sa thérapie originale. Finalement, le terme de « SHINKEISHITSU » n'est rien d'autre que la traduction du terme « nervosität » mais ce qui en fait la valeur éminente, c'est que Morita a compris cette psychopathologie plus soupement que Kraepelin.



L'hôpital Sansei, le jour de la visite des congressistes. Photo Pry Cause. Kyoto, le 21 octobre 2014.

C'est-à-dire que le «SHINKEISHITSU» tel qu'il a été compris par Morita n'est rien d'autre qu'une prédisposition à la névrose ou la névrose elle-même. Dans ce genre d'état mental, on est en général plus que de normal, sensible à l'anxiété : plus on essaie de guérir cette anxiété, plus on s'y enlise au contraire, et la vie se figeant, ça ne fait que dégrader la qualité de vie. Alors avec la Thérapie de Morita, même si l'anxiété ne part pas, on la laisse telle qu'elle est, en aidant les patients à vivre tout simplement, avec peu de mots dans les rapports avec eux. Tout en traînant un cœur à ne pas pouvoir décider, on commence à marcher et de nouvelles fleurs fleurissent et donnent des fruits.

4) La Thérapie de Morita à l'égard de la souffrance de vivre

Même sans «SHINKEISHITSU» ou sans psychopathologie de névrose qui est la cause première, tout le monde a fait l'expérience de la souffrance de vivre. Je vais maintenant parler de la deuxième couche de la Thérapie de Morita qui s'applique à cette souffrance inévitable.

D'après le bouddhisme, l'homme est prédestiné à subir les épreuves des huit souffrances dans ce monde.

La première est la vie elle-même. Pourquoi la vie est-elle la première souffrance ? L'homme n'étant pas né par sa propre volonté, il reçoit la vie d'une façon absolument passive. Avant de naître, il n'a aucunement pu choisir de sa propre volonté ses parents, son tempérament ni son sort.

Même s'il ne comprend pas sa raison d'être, il est né et avec lui, son attachement à la vie. Mais dans la vie quotidienne, nombreuses sont les expériences absurdes. À cause de cela, le doute s'empare de lui et il éprouve du ressentiment à cause de sa destinée malheureuse. Ainsi, la souffrance de vivre est la souffrance la plus fondamentale qui est liée à l'existence même de l'homme. La deuxième souffrance est celle du vieillissement. La troisième, celle de la maladie et la quatrième, celle de la mort. Parmi les huit souffrances, les quatre premières sont liées au fondement de l'être de l'homme. La cinquième est la perte des personnes aimées. La sixième est la rencontre de personnes haïssables. La septième est l'impossibilité d'obtenir les objets recherchés et la huitième, les soucis causés par les activités physiques ou psychiques. Ces quatre dernières souffrances sont expérimentées dans la vie quotidienne. Nul ne pouvant échapper à ces huit souffrances, le bouddhisme enseigne donc de vivre sans les nier et en les acceptant.

La souffrance s'accompagne du plaisir qui est une graine de souffrance. L'une et l'autre ne sont qu'une seule chose qu'on ne peut ni distinguer ni séparer. Le bouddhisme ne contraint nullement à vivre en étant seulement en proie à la souffrance : s'apercevoir que s'identifier franchement au plaisir et à la souffrance, et vivre tout naturellement, là est la liberté de l'homme, telle est la sagesse du bouddhisme.

En dépit des progrès considérables de la technique scientifique et de l'élévation du niveau de commodité de la vie sociale, en dépit du développement de soins médicaux

de pointe et de la découverte de nouveaux traitements, l'homme ne peut éviter la mort. Malgré cela, le progrès scientifique a donné à l'homme un sentiment illusoire d'omnipotence. Le décalage entre une telle omnipotence et les huit souffrances indiquées par le bouddhisme ne cesse de se creuser. L'une des particularités de l'état d'esprit de l'homme moderne, c'est que sa capacité à endurer la souffrance a régressé et qu'il est devenu hypersensible aux traumatismes psychiques : il manque de ce fonctionnement souple, qu'on appelle ordinairement force de « résilience » et qui permet de s'autoréparer en acceptant les choses d'une manière dynamique. Face à l'agressivité d'autrui, l'homme moderne a adopté l'habitude facile soit de renoncer à résister soit de contre-attaquer. Il a tendance à ne pas considérer autrui comme un ami mais comme un ennemi. Et il est malheureusement souvent avéré qu'autrui tient de l'antagoniste. Au Japon, il arrive souvent que le groupe brime les enfants faibles et que ceux qui ont été victimes de brimades se suicident. Les enseignants et les parents n'essaient pas de prendre la responsabilité de l'éducation des enfants. De même, il y a de nombreux suicides d'adultes. Telle est la réalité du Japon qui a enfanté la Thérapie de Morita qui insiste sur l'importance de vivre.

Il est nécessaire que le traitement du *shinkeishitsu* et de la névrose se fasse à l'hôpital ou dans les cabinets médicaux mais il est souhaitable que la Thérapie de Morita pénètre dans l'éducation, dans le bien-être et dans les entreprises, en se débarrassant de son aspect de traite-

ment psychiatrique stricto sensu. Mais cela n'impose pas la Thérapie de Morita comme doctrine. Fondamentalement, la Thérapie de Morita n'étant pas, semble-t-il, une spécialité, elle n'a pas besoin d'un spécialiste autoritaire. Car même s'il y en a un, il n'est pas facile de soulager la souffrance d'autrui ou d'éduquer autrui. Alors comment faire ? C'est ici le moment de se le demander. Alors à ce moment-là, si l'homme se regarde et regarde la situation dans laquelle il est placé, il réveille son cœur pur. Une fois son cœur pur réveillé, il ne pourra plus s'arrêter et il sera obligé de se mouvoir vers quelque chose. Ainsi, il fait son premier pas et ce pas-là est un mouvement naturel qui se fait pour soi-même ou pour autrui, sans qu'on puisse distinguer. Il n'y a plus ni soignant ni patient, les rapports de rôles ayant disparu.

C'est ainsi, en sortant du cadre du traitement psychiatrique, en perdant son nom même de Thérapie de Morita, en ayant l'expérience de rencontrer d'égal à égal les hommes qui souffrent, que la Thérapie de Morita va gagner en profondeur.

Il me semble que cet aspect essentiel de la Thérapie de Morita a été pour ainsi dire presque oublié jusqu'à nos jours. Tout en renfermant l'esprit de la thérapie, qui s'était en même temps sclérosée, cette Thérapie de Morita traditionnelle a périclité. Avec le rideau qui s'est baissé sur son histoire aujourd'hui, la rappelant à son essence, la Thérapie de Morita qui ne s'attache pas à la Thérapie de Morita renaîtra calmement.



L'hôpital Sansei la veille de sa destruction. Photo de l'auteur de l'article. Kyoto, le 26 février 2015.

Bibliographie

1. Okamoto, S. (2013) : La Thérapie de Morita et le bouddhisme au Japon. *Psy Cause* 64, 27 - 33.

2. Okamoto, S. (2015) : La Thérapie de Morita Oubliée (en japonais). Osaka : Sogensha.



Nyl Erb



Muriel Falk Vairant

Ataraxie et psychanalyse

Auteurs : Nyl Erb¹, Muriel Falk Vairant²

Résumé : Cet article met en parallèle la démarche de la Thérapie de Morita qui veut faire tendre le sujet vers un état d'ataraxie, c'est à dire l'absence de souffrance et la quiétude, et la démarche de la psychanalyse où le bonheur s'acquiert dans un combat pour se réaliser. Ces deux approches reposent sur deux philosophies différentes du monde qui tendent toutes les deux vers un idéal de paix et de bonheur.

Mots clés : Thérapie de Morita, psychanalyse, ataraxie, parole, silence, culture, Japon.

Summary : This article parallels the approach of Morita therapy whose goal is to lead the subject into a state of ataraxia, ie quietness & lack of suffering, versus the approach of psychoanalysis where happiness is acquired through a fight to fulfil oneself. Those approaches are based on two different philosophies of the world although both of them tend towards an ideal of peace and happiness.

Keywords : PMorita therapy, psychoanalysis, ataraxia, speech, silence, culture, Japan

Introduction

Quelle n'a été notre surprise quand nous avons pris connaissance de la Thérapie de Morita au congrès de Psy Cause à Kyoto en 2014 par le Professeur Shigeyoshi Okamoto, en découvrant une thérapie au premier abord point par point opposée à nos conceptions de thérapie analytique. Notre première impression, alors que nous n'avions pas effectué d'étude approfondie sur la comparaison des deux thérapies, fut celle d'un contraste saisissant que l'on pourrait grossièrement résumer en quelques points.



Le directeur de l'Hôpital Sasei, le Dr Shōin Ichii Ueno, accueille les congressistes.
Photo Psy Cause, Kyoto, le 21 octobre 2014.

1. Nyl Erb : ethnopsychanalyste, Colmar

2. Muriel Falk Vairant : psychiatre des Hôpitaux, Centre Hospitalier de Clermont de l'Oise

Le contraste quant à la finalité

• **La philosophie Morita** veut faire tendre le sujet vers un état d'ataraxie. Le mot ataraxie - du grec ataraxia - signifie absence de troubles, tranquillité de l'âme résultant de la modération et de l'harmonie de l'existence. L'ataraxie devient ainsi le principe du bonheur qui est un état de profonde quiétude, découlant de l'absence de tout trouble ou souffrance.

• **La psychanalyse** veut aider le sujet à trouver sa voie avec un dynamisme, une combattivité pour se réaliser, s'épanouir en tant qu'individu, même s'il faut avoir des tensions, se battre, conquérir son espace et sa place. En aucun cas, le but est de vivre un bonheur tranquille. Le bonheur s'acquiert dans la lutte et le combat.

Le contraste quant aux moyens

• En psychanalyse

Le moyen principal est la parole. Cette parole est adressée à un autre (le Supposé Savoir).

La psychanalyse s'appuie sur l'histoire du sujet et a pour but de mettre en mouvement la pensée en passant par le pulsionnel et ses avatars, participant ainsi à la construction du Moi. C'est à dire à la notion d'individu et même de Sujet.

La psychanalyse se pratique dans une espèce de « laboratoire psychique » où la parole qui y est énoncée est une expérience très différente de celle énoncée en société au sens large.

• Dans la Thérapie de Morita

Un des moyens est le silence imposé. La personne reçoit une injonction à ne plus parler. Ceci a pour but de la « déconnecter » pour provoquer un recentrage sur soi, un état de conscience proche de la méditation qui, elle-même pratiquée régulièrement et pendant de longues années, tend vers un ressenti de plénitude et d'une certaine forme de bonheur. Il s'agit d'un processus d'apprentissage. C'est un concept qui n'existe pas en psychanalyse.

Le silence a aussi pour but d'arrêter la pensée pour favoriser une sorte de pensée flottante, de rêve éveillé méditatif et non rationnel.

Un second moyen est l'observance des règles énoncées à suivre à la lettre. Il faut suivre les conseils.

Troisième moyen : l'injonction de développer le sens de l'observation. Regarder autour de soi et noter tous les détails de la nature chaque jour avec son évolution.

Quatrième moyen : la solitude. Il est conseillé de ne pas avoir de relation à l'autre. C'est une incitation à une forme de « retraite » pour s'approcher d'une vie monastique.

Il existe une référence à un maître auquel on relate régulièrement un ressenti.

Il est crucial de vivre l'instant ici et maintenant sans aucune référence à l'histoire du sujet qui n'est pas prise en compte dans la Thérapie de Morita.

Dans cette philosophie et la civilisation bouddhiste, l'individu n'existe pas en tant que tel, il n'existe que replacé dans une collectivité, un ensemble groupal.

Deux thérapies, deux cultures, un idéal

La comparaison entre les deux thérapies, Morita et psychanalyse, confirme que toute thérapie est ancrée dans une culture dont elle émane. Il faut donc étudier non seulement la thérapie mais aussi la culture qui s'y rattache.

Au Japon

Le bouddhisme est toujours pratiqué de nos jours.

Rappelons en les principes fondamentaux :

• La doctrine bouddhique est souvent présentée comme un « enseignement graduel ». Le Bouddha commence par exposer « notre » vision de la réalité, puis il en propose une analyse nouvelle et, finalement, enseigne comment parvenir à voir les choses comme il les voit lui-même, c'est à dire « telles qu'elles sont ».

• La « pratique » regroupe différents « entraînements » et exercices « spirituels » que les disciples du Bouddha mettent en œuvre pour vérifier, par leur propre expérience personnelle, la véracité des enseignements, leur efficacité, en vue de progresser sur la voie spirituelle et d'atteindre son but : l'éveil et la libération.

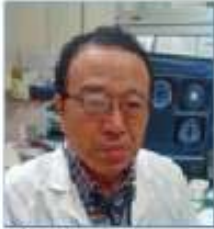
En Occident

• La culture s'appuie sur la civilisation gréco-romaine qui a donné naissance à la démocratie. L'agora, dans la Grèce antique, est l'espace des discussions et des débats publics. L'organisation sociale, dans la culture occidentale, est basée sur la parole, la dialectique qui a pris une place prépondérante dans la pensée individuelle et collective. Une pensée faite d'analyse constructive structuraliste, qui a engendré une architecture florissante et imposante, ainsi qu'une organisation sociale qui s'y rattache en république.

• Enfin, au niveau religieux, le catholicisme a pris son essor avec l'écriture de la bible basée sur une narration, une mise en perspective, des événements : une historisation de ceux-ci dans une chronologie définie. Le passé est la base d'un modèle, d'une réflexion pour des décisions à prendre.

Finalement

On retrouve dans les deux thérapies, l'essence même des cultures respectives construites sur des conceptions du monde particulières et différentes alors même que les deux philosophies du monde tendent vers un idéal commun impossible fait de paix et de bonheur de tous et de chacun, individuel et collectif.



Kei Seko

Éssai sur l'arrière plan Arugamama « l'être tel quel » de la méthode de Morita

Auteur : Kei Seko¹

Résumé : Le ciel aide les gens qui s'aident eux-mêmes. Dans cette phrase, le ciel signifie Dieu. Au Japon, le ciel signifie le mélange de la nature (Cosmos, Terrain, Forêt, Océan, etc) et les âmes de nos ancêtres. Lorsque l'on vit selon la voie de Morita, autrement dit selon la voie de l'Arugamama « l'être tel quel », on abandonne les idées fabriquées par les illusions humaines, on vit dans la voie céleste soumise aux lois de la nature, aux lois du Cosmos, ce qui a pour effet de résoudre toutes les angoisses. Ceci est la méthode de Morita pour le traitement des névrosés.

Mots clés : Méthode de Morita, Arugamama, angoisse, névrosé.

Summary : In the following sentence, "Heaven helps those who help themselves.", The heaven means Christian God. In Japan, the heaven means the mixture of Nature (Cosmos, Sky, Forest, Earth, Oceans etc) and Our progenitors' soul. When one lives in Morita's way, in a way of Arugamama: "take things as they are", without any other too humanistic consideration, one lives in the heavenly way, resulting in a life according to the law of nature, the law of Cosmos, which resolves all anxieties accordingly. That is the method of Morita for the treatment of neurotics.

Keywords : Method of Morita, Arugamama, anxiety, neurotic.



Dans le temple Zen Shunbo. Fenêtre de la salle de méditation.
Photo Psy Cause. Kyoto, le 21 octobre 2014.

1. Professeur de neurologie et directeur de l'hôpital Tango-Furusato, Kyoto

La conscience est constituée selon les termes de Damasio, de trois instances : le proto-moi (protoself), le moi fondamental (core self), et le moi autobiographique (autobiographical self). Le moi autobiographique est grandement développé chez l'être humain. En particulier, lorsque le langage interfère dans le processus, le sentiment instinctif (gut-feeling) joue un rôle important et la pensée totale de chacun se constitue en conséquence. Ce sentiment instinctif est le résultat de l'activité du proto-moi et du moi fondamental. Notre sentiment instinctif, à nous autres Japonais, est étroitement lié au climat du pays, à notre vie et à notre culture. C'est une résultante du shintoïsme, du bouddhisme japonais, des coutumes et de sentiments mêlés les uns aux autres.

L'idéologie et la cosmologie du shintoïsme et du bouddhisme japonais sont analogues à celles de la théorie quantique et de la théorie de la relativité. La science, en tant que système rigoureux de pensée, a vu le jour en Europe. Un domaine de pointe en est la théorie quantique et la théorie de la relativité. Selon ces théories, notre cosmos est né par expansion d'un ébranlement fortuit en un point (le Big Bang) à partir du néant, il y a 13,8 milliards d'années, qui se poursuit jusqu'au moment présent et qui continuera éternellement. Le globe terrestre est né il y a 4,6 milliards d'années. Huit cent millions d'années après, c'est à dire il y a 3,8 milliards d'années, la vie est apparue et a évolué jusqu'à aujourd'hui. La vie individuelle est seulement celle d'un éclair de lumière en un instant. Que nous en soyons conscients ou non, nous vivons sous la loi de la nature : la loi du bouddhisme japonais.

Comprendre cette situation et l'accepter sincèrement sont un éveil : c'est l'esprit pur (Morita), c'est avoir l'âme pure, sans tache (Chopra). Vivre en suivant cette loi, c'est vivre en prenant « l'être tel quel : les choses comme elles sont ». Si les enfants vivent innocemment, et si les personnes adultes vivent modestement en se conformant à la situation donnée dans un coin de campagne sans trop penser, en se tuant à gagner leur vie, c'est qu'ils vivent selon cette loi cosmique. Ils ne connaissent ni conflits ni troubles psychologiques, ou bien leurs ennuis se dissolvent s'ils vivent ainsi leur vie. Pour décrire cet état d'âme, on peut parler d'éveil, de satori ou de « mindfulness (waretadataruwosirunomi) ».

Lorsque, par exemple, on se tient tout seul sous des arbres verts baignés de la lumière agréable du soleil, ou que l'on contemple calmement tout seul des vagues, grandes et petites, qui battent le bord de

mer, il est alors possible de ressentir que l'on n'est rien d'autre qu'un grain de sable, qu'un élément de la nature immense, et que l'on vit sous l'éternelle loi de cette même nature.

Nous sommes tous originellement issus de ce point de néant d'il y a 13,8 milliards d'années : c'est selon la grande loi cosmique (la nature de Bouddha, la bouddhité). Et cela inclut les montagnes, les rivières, les plantes, autrement dit la nature. Et cela inclut tous les êtres vivants. Donc « issaisyuujiyousituyoubussyou », tout être vivant recèle la nature de Bouddha, la bouddhité ; « sannsenn-soumokusituyubussyou », les montagnes, les rivières et les plantes recèlent la nature de Bouddha, la bouddhité.

Les mots ne permettent pas de comprendre aisément cette idée. L'accès à cette compréhension est une fonction du proto-moi (protoself) et du moi fondamental (core self). Les mots font souvent obstacle à cette compréhension. Vivre en suivant la méthode de Morita par « arugamama : l'être tel quel », c'est vivre en prenant pour base fondamentale cette vérité et cette perception.

Les enfants qui vivent dans l'innocence n'ont pas conscience de tels problèmes et les gens qui sont trop occupés pour penser, vivent tous, naturellement, selon la voie de Morita, c'est à dire selon la loi naturelle (la bouddhité). La plus grande partie du corps humain, cerveau compris, fonctionne merveilleusement sans intervention de la conscience.

Les Japonais trop occidentalisés sont susceptibles d'être désorientés, mais il leur est possible de l'accepter instinctivement s'ils réfléchissent à tête reposée. Natsume Sôseki aussi l'a ressenti après son séjour à Londres. Et son principe était de vivre selon le Ciel en faisant abstraction de soi (sokutenkyosi). C'est la même notion que l'Arugamama < l'être tel quel > de Morita.



La pierre Carmar. Jardin Zen. Photo Psy Cause. Kyoto, le 18 octobre 2014.

Références

1. Shigeyoshi Okamoto, Une thérapie oubliée : la méthode Morita — [souvenirs de] son histoire et de son principe(en Japonais) Wasureraretamoritaryouhou — relisi to honsituwomoidasu Sogensya 2015.2.20
2. Shigeyoshi Okamoto, La thérapie de Morita inconnue — vingt années d'échanges franco-japonais (en Japonais et Français) Hokki-shuppan 5.2.2007.
3. Deepak Chopra, Rudolph E. Tanzi, Super Brain RIDER 2013
4. Deepak Chopra, Spiritual Solutions Harmony Books 2012
5. Katsuhiko Sato, Notre univers n'était pas le seul(en Japonais) PHP 11.15.2001
6. Katsuhiko Sato, Livre pour se divertir avec la théorie quantique(en Japonais) PHP (4.17.2000.)
7. Katsuhiko Sato, Livre pour s'amuser à la théorie de la relativité.PHP(12.5.1998.)
8. Antonio Damasio, Self comes to Mind Pantheon Books, New York 2010
9. Michael W. Kahn, On taking notice—Learning mindfulness from (Boston) Brahmins, N Engl J Med 2015;372(10):901-903



Kiyoshi Shiraishi

Les pathologies actuelles des enfants et des adolescents au Japon. Point de Vue Psychanalytique.

Auteurs : Kiyoshi Shiraishi¹

Résumé : L'analyse des faits divers depuis les années 1980 au Japon, permet de comprendre les différentes pathologies psychiatriques des enfants et des adolescents. Le drame de Sasebo, petite ville située sur l'île de Kyushu, met en évidence les critères diagnostiques cliniques et structurels de la psychose ordinaire. Nous précisons la psychopathologie japonaise en approfondissant la conception de la caractéristique sociale dominant la soumission, développée par Bernard VOIZOT.

Mots clés : Enfant, adolescent, soumission, psychose ordinaire, Japon.

Summary : The analysis of the news item involving Japanese children and teenagers since the 1980's, helps for understanding the specific psychiatric disorders in Japan. The Sasebo's Drama, a little town on Kyushu island is reviewed from the structural/psychoanalytical perspective, with focus on the clinical and structural diagnosis of ordinary psychosis. The Bernard VOIZOT's concept of the social characteristics of a submissive is applied to Japanese psychopathology.

Keywords : Children, teenager, submission, ordinary psychosis, Japan.



Groupe d'écoliers devant la gare de Hiroshima. Photo Psy Cause. Hiroshima, le 23 octobre 2014.

1. Psychiatre Chef de l'unité de soins Pédo-psychiatriques et le Chef des Centres de l'orientation et de l'adaptation, Réhabilitation sociale de Fukuoka, Japon.

Le Japon d'aujourd'hui des enfants et des adolescents

Les pathologies psychiatriques actuelles au Japon peuvent être illustrées par un drame à Tokyo dans les années 1980. Un père tue son fils pendant son sommeil avec une batte de base-ball, ne supportant plus sa violence incessante envers sa mère et qu'il vive reclus au domicile parental.

L'époque d'IJIME (années 1990) est marquée par de nombreux homicides touchant les enfants. De nombreux élèves sont victimes de leurs camarades de classe. Isolés et poussés au suicide, ou agressés parfois jusqu'au décès. Ce phénomène devient un vrai problème de société. D'autres drames tels que des infanticides, ou des cas de maltraitance sont à l'origine de l'ouverture d'un « poste bébé » dans un service de Gynécologie-Obstétrique.

L'HIKIKOMORI est une pathologie spécifiquement japonaise. Sorte de phobie scolaire et sociale, elle consiste en un isolement volontaire au domicile, avec une absence de liens socio-familiaux et avec parfois, des actes violents envers des membres de la famille. Les statistiques officielles du ministère de l'éducation nationale estiment à un demi million le nombre de sujets atteints, mais ces chiffres sont largement sous-estimés.

Une des causes évoquées est la mutation de l'environnement médiatique qui influencerait la communication et le comportement des enfants (jeux télévisés, dessins animés, mangas trop érotisés, l'influence d'internet, des réseaux sociaux, etc.).

Nous assistons à des dérives : des suicides collectifs, une prostitution d'adolescentes, des kidnappings d'enfants, des dépenses réalisées sur internet en utilisant les moyens de paiement de leurs parents. Cela concerne près de 100 enfants de moins de 5 ans dont le plus jeune est âgé de 2 ans !

Les enfants jouent de plus en plus souvent seuls, ce qui provoque de nombreux problèmes d'adaptation socio-familiale et scolaire. Ces enfants ont des traits hyper ou hypo-kinétiques, avec des problèmes relationnels et communicatifs.

Sur le plan économique, les bulles spéculatives des années 1980 sont ignorées, une perte de confiance brutale se produit au sein du monde des affaires et les investissements s'écroulent, entraînant la chute du Nikkei. La vague de licenciements et le plan de relance industriel qui en découle font accroître les inégalités socio-économiques. Les très riches sont appelés Kachigumi, littéralement « celui qui est gagnant » et les très pauvres les Makegumi « celui qui est perdant ».

Sur le plan de l'éducation, les résultats sont aussi corrélés à la classe sociale. On note un abaissement progressif du niveau général des élèves, paradoxal vu de la charge de travail imposée.

L'affaire de Sasébo

Ce cas clinique permet de comprendre la structure du diagnostic de la psychose ordinaire.

En juillet 2014, une Japonaise de 16 ans a été arrêtée après avoir décapité une camarade de classe. Elle a expliqué aux enquêteurs qu'elle voulait « tuer quelqu'un, pour voir ce que ça faisait ». La victime de 15 ans portait aussi des traces de coups, de strangulation et des coupures au niveau du ventre, la tête décapitée et la main gauche sectionnée. L'expertise psychiatrique conclut à un probable envahissement de développement ou des pathologies dissociatives avec problèmes de relation interpersonnelle et de la communication socialisée.

Cette analyse regroupe les critères cliniques du diagnostic du haut envahissement de développement. Si nous pouvions analyser ce cas en profondeur, un autre point de vue clinique serait possible : la psychose ordinaire que J.A.MILLER avait défini en 1989.

Les connaissances de la jeune meurtrière déclarent qu'elle est pourtant d'une intelligence supérieure, aimant autant les études que le sport », et que « sa mère lui donnait une éducation assidue ».



Groupe d'écoliers à Nara. Photo Psy Cause, Nara, le 24 octobre 2014.

Ses traits cliniques montrent qu'elle est intelligente, sportive, mais solitaire, orgueilleuse, sensible, hermétique, méfiante et impulsive. Elle présente une hypertrophie du moi, la rendant sensible au jugement d'autrui avec agressivité sous-jacente et des investissements libidineux éducatifs assez précoces.

Le tableau clinique évoque plusieurs aspects de l'autisme spectrum disorder (problèmes de la relation personnelle socialisée, de la communication, de l'herméneutique) et des troubles de conduites avec une tendance impulsive agressive et hystéro-paranoïde.

Des investissements libidineux provoquent un psychodynamisme de régression avec un transfert négatif vis à vis du père.

Ce cas clinique nous évoque la psychose en raison de l'effacement du père imaginaire face à l'ombre du père symbolique qui n'avait pas été structuré auparavant. C'est ce que nous pourrions appeler une psychose ordinaire.

Hypothèse structurelle explicative

En examinant les vies personnelles des sujets au cœur des événements violents et tragiques, on trouve souvent des éléments curieux au niveau de l'intellect des adolescents dans les familles relativement aisées qui s'acharnent à la réussite de leurs enfants, par une éducation très précoce.

Ces enfants présentent des problèmes de communication et se sentent aliénés et solitaires.

Une des hypothèses de ce phénomène est l'échec des investissements libidineux objectifs, après un refoulement normal. Cette discontinuité empêche d'assurer un dynamisme équilibré, et peut entraîner un dynamisme de projection aux objets socialisés et symbolisés avec une agression hystéro-paranoïaque.

Lorsque le développement des investissements libidineux est normal, l'enfant vit dans un monde structuré et ordonné par le langage. L'enfant devient alors le sujet qui est et qui parle, abandonnant les objets des affections primaires refoulés. C'est ce qu'on appelle le dépassement des complexes oedipiens.

Le langage satisfait le moi idéal en permettant la vie sociale.

La mutation de la structure saussurienne serait une partie de la structure moëbienne : L'un tour

moëbien devrait être la bande bifacée dite saussurienne. Ces cas cliniques correspondent à la structure saussurienne, avec les investissements libidineux de l'idéal du moi et une insuffisance structurelle empêchant la création d'une dimension symbolique stable.

De ce fait, les sujets démolissent le cadre de la loi en manifestant des actes immoraux et asociaux, ce qui leur permet de retrouver l'existence de la castration, et de devenir leur moi idéal.

Sur le plan de la clinique psychanalytique, deux hypothèses peuvent expliquer le psycho-dynamisme de leurs actes. Soit l'enfant est resté un objet de désir de ses parents au cours de son développement, échappant à la castration, sans laquelle il n'aurait pas été atteint de psychose. Soit la négation de la castration parentale le fait évoluer vers la perversion.

La conception de Bernard VOIZOT permet d'expliquer la spécificité de la société japonaise. La dynamique de la soumission, au cœur de la société japonaise, favoriserait la place de l'enfant comme objet de désir parental fétichisé, caractéristique de l'analité. Une telle structure provoquerait un risque de passage à l'acte, équivalent paradoxal de l'expérience oedipienne.



Groupe d'adolescents à Nara. Photo Psy Cause, Nara, le 24 octobre 2014.

Bibliographie

1. KOBAYASHI, Y. : *Smithson. Les oeuvres célèbres de la psychanalyse* ; Chikokushinsha : Tokyo, 2012. p296-308
2. FREUD, S. (1921) : *Psychologie des foules et analyse du moi. Essais de psychanalyse* ; Payot : Paris, 1997. p119-217
3. MILLER, J.-A. : *Psychose ordinaire et clinique floue*. : Revue électronique multilingue de psychanalyse ; No244-Vendredi 20 juin 2003, Paris
4. VOIZOT, B. : *Texte sur la thérapie Morita. Japanese Journal of MORITA THERAPY* ; vol.16, No.2, Oct. 2005. p201-206



Akiko Okada

Le Corps Mythique et la psychosomatique au Japon

I. Émergence du Corps Morcelé dans les mythes japonais

Auteurs : Akiko Okada¹

Résumé : Le concept lacanien d'imagos du corps morcelé est important dans la théorie psychanalytique du stade du miroir comme dans la clinique des psychoses. L'auteur examine le développement de ce concept et trouve qu'il est dans une relation étroite avec la chose freudienne, au centre de laquelle, comme le signale Lacan, se situe le concept kleinien de l'intérieur du corps maternel. L'auteure évoque alors les corps des déités japonaises apparaissant comme morcelées en liaison avec la parturition du corps maternel, ainsi que la représentation fantasmagorique du fœtus intra-utérin comme une chose par des instruments bouddhiques. Elle pense dès lors que le corps morcelé et la chose freudienne portent sur l'identification primordiale au « temps mythique » (Lacan) du sujet parlant à son propre corps.

Mots clés : Corps morcelé, la chose freudienne, stade du miroir, mythe japonais, légende bouddhique

Summary : The concept of 'Imagos of the fragmented body' is important to the psychoanalytic theory of the mirror stage, as well as in the clinical practice of psychosis. The author examines the development of this concept and describes the close relationship between the fragmented body and the Freudian thing, which, as Lacan pointed out, occupies a central role in Melanie Klein's conceptualization of the inside of the mother's body. The author evokes here the divine bodies that appear in Japanese myths, which are equally fragmented in relation to parturition from the maternal body. Additionally, the author discusses the way in which the intrauterine fetus was represented during the Edo period phantasmagorically as a thing – a tool used by monks – in Buddhist legend. Thus, the fragmented body and the Freudian thing can be attributed to primordial identification during the mythical period (Lacan) in which the speaking subject coincides with its own body.

Key words : Fragmented body, Freudian thing, mirror stage, Japanese myth, Buddhist legend

I. Introduction

Dans les mythes japonais, de nombreux épisodes parlent d'un morcellement des corps des déités. Certains en racontent les genèses des nourritures, et les autres désignent celles des déités autochtones. Les théories psychanalytiques, surtout lacanienne, désignent ces imagos du corps morcelé comme un élément important constitutif dans la structure de notre esprit.

Nous allons donc élucider le développement du concept du corps morcelé et puis nous interroger sur ce que ces imagos impliquent dans leurs manifestations chez les corps mythiques du Japon.



Corps mythique. Photo Psy Cause. Nara, le 24 octobre 2014

1. Chercheur en anthropologie.
École Doctorale des Études Humaines et Environnementales de l'Université de Kyoto, Japon



Ceuvre d'art d'Akiko Okada, adressée par l'auteur.

II. Développement lacanien du concept du corps morcelé

Dans ses psychanalyses d'enfants, Mélanie Klein a décrit ce qu'elle appelle la position paranoïde-schizoïde où l'enfant, dans son fantasme, dévore l'intérieur de la mère. En revanche, l'idée de la vengeance de la part de la mère le remplit d'effroi. Lacan (1966, p. 70), en se référant à Klein, propose de subsumer ces images du morcellement du corps qui se développent, non seulement chez l'enfant, mais aussi dans la psychanalyse et la psychopathologie, sous la rubrique d'imagos du corps morcelé (1966, p. 104).

Il nous faut y voir un rapport spécifique de l'homme à son propre corps : L'homme ne s'articule pas à son corps sans couture, et il lui est nécessaire de se parer d'un fantasme de ce genre qui vient à s'installer en lui pour en maintenir l'articulation.

Dans la psychanalyse, comme le souligne Lacan dans son traité du stade du miroir, le corps se manifeste comme quelque chose qui contient une discordance en soi, pour autant que, d'une part, l'enfant éprouve son corps comme morcelé selon son immaturité congénitale de la perception proprioceptive, et que, d'autre part, l'image spéculaire lui offre une unité visuellement anticipée de son corps. Cela ne veut pas dire que le morcellement se change, grâce à l'expérience du miroir, dans une intégrité pour achever le développement, mais que le corps en morceaux reste toujours fonctionnant pendant le tissage de l'image du sujet et de sa relation au monde. C'est à dire que le stade du miroir est le moment de commencement du mouvement d'alternance entre morcellement et intégrité, qui ne cessera pas de fonctionner pour le reste de la vie.

Ce corps morcelé permettra au sujet de comprendre les objets extérieurs, pour autant que le sujet puisse obtenir, en projetant ce corps au monde extérieur, les intégrités visuelles des objets et du monde par le même processus qu'il a employé lors de l'acquisition de l'intégrité visuelle anticipée de son propre corps. Ainsi le corps morcelé ne cesse pas de fonctionner dans la fabrication des relations du sujet à lui-même et au monde d'une superposition identificatoire (cf. Le Séminaire, livre II, p. 197-198).

Ainsi, le statut psychanalytique du sujet implique le corps morcelé comme fondement de sa vie relationnelle, mais pour que ce fondement puisse être reconnu, il faut que cet imago passe par des fonctionnements psychiques plus ou moins spécifiques. L'un est l'activité onirique dans la psychanalyse : "Ce corps morcelé, [...] se montre régulièrement dans les rêves, quand la motion de l'analyse touche à un certain niveau de désintégration agressive de l'individu" (Lacan, 1966, p. 97). L'autre est son apparition chez des psychotiques, où il exprime la béance entre le sujet et le langage, dont Lacan mentionne l'exemple d'une hallucination chez une patiente. Elle s'adresse à quelqu'un d'autre en disant : "Je viens de chez le charcutier." Alors qu'elle entend le mot "Truie!" dans sa tête. Lacan considère qu'il s'agit ici de ce qu'elle dit d'elle-même – "Moi la truie, je viens de chez le charcutier, je suis déjà disjointe, corps morcelé, membra disjecta, délirante, et mon monde s'en va en morceaux, comme moi-même." (Lacan, 1981, p. 64).

Dans le cas psychotique ci-dessus, le corps morcelé, qui est censé faire correspondre le sujet à son monde, ne fonctionne plus, et au contraire, il le désorganise. Cette désorganisation est ce qui se passe quand l'animal humain ne peut pas se constituer comme sujet se sachant mortel (Lacan, 1966, p. 552). Ce qui l'aurait permis de s'imaginer mortel est sa symbiose avec le symbolique, qui aurait pu accorder au sujet une image unifiante, même fictive, où le corps morcelé pourrait s'unir.

Cette symbiose peut se produire de par l'identification freudienne à l'image phallique, où l'être vivant s' imagine comme mortel. De sorte que le phallus n'est pas le signe de la vie, mais le signifiant de l'évanouissement de la vie. Avec ce membre phallus, le corps morcelé sera emporté à l'ordre symbolique, et formera une symbiose avec le signifiant.

Lacan fait valoir que le phallus, qui serait dans la psychanalyse normative ou le rite folklorique une reproductivité comme telle, est plutôt le signifiant de l'échappée de la vie (Lacan, 1986, p. 362). C'est dans la limite qu'il désigne la disparition de quelque chose qui aurait pu être une vie, que le phallus supporte la cohérence fictive du

symbolique. C'est comme quelque chose qui n'est pas indifférent à ce phallus que le corps morcelé est réintroduit d'une nouvelle façon.

III. Dimension mythique du corps morcelé chez Lacan

Au fur et à mesure que l'étude lacanienne, à interroger la psychose, passe dans la structure symbolique, il mentionne le corps morcelé moins souvent. Mais étant donné que la possibilité de l'intégrité symbolique du sujet humain est fictive, elle borde une désintégration à ras, puisque la structure du sujet, quand il vient à l'incomplétude de la référence à soi, peut s'effondrer à un moment donné. Ainsi, il nous semble que le corps morcelé vient à réapparaître sous le rapport à l'ordre symbolique et sous une forme plus serrée, c'est-à-dire dans la béance, ou dans l'imaginaire ou entre le symbolique et le réel, qui caractérise la précarité de l'intégrité humaine. Cette béance est une localité à part, où les fragments de l'être vivant et de l'être parlant cohabitent et voltigent. C'est là que les éléments imaginaires de ce corps morcelé font retour, par leur "usage parfois idéographique, mais aussi phonétique voire grammatical" (Lacan, 1966, p. 415). Ces éléments fragmentaires, aussi corporels que langagiers, peuvent bien être des ré-représentations momentanées de ce corps morcelé sauvage et imaginaire, mais il en résulte une autre dimension : celle des mythes. Lacan cite à cette conjoncture le mythe d'Actéon, qui est transformé en cerf et déchiré en morceaux par des chiens (Lacan, 1966, p. 412).

Pour qu'on comprenne le corps symbolisé comme une combinaison du phallus et du corps morcelé, cette référence lacanienne au mythe est suggestive. Il dit, "Phallus ailé, Parapilla, fantasme inconscient des impossibilités du désir mâle, trésor où s'épuise l'impuissance infinie de la femme, ce membre à jamais perdu de tous ceux, Osiris, Adonis, Orphée, dont la tendresse ambiguë de la Déesse-Mère doit rassembler le corps morcelé, nous indique à se retrouver sous chaque illustration de cette longue recherche sur le symbolisme, non seulement la fonction éminente qu'il y joue, mais comment il l'éclaire" (Lacan, 1966, p. 715).

Un certain membre du corps se perd par l'entrée du sujet au langage, et le phallus qui peut sembler le plus vital devient paradoxalement le signifiant de cette perte, et le corps subit une réorganisation par les signifiants. Cette perspective structurale se présente ici par la référence aux mythes où, comme Lacan le fait remarquer, une figure maternelle qui pourrait recoudre les morceaux du corps est évoquée.

En comparaison de la théorisation du stade du miroir, le corps morcelé à cette époque ne se réfère plus à l'immaturité nerveuse, mais aux éléments langagiers, donc ce corps désigne là où l'inconsistance du langage et la pseu-

do-totalité du corps se rencontrent. Et il nous est nécessaire d'avoir à l'esprit que c'est le lieu de ce corps morcelé qui s'appelle « la chose freudienne », d'où la vérité parle d'elle-même (Lacan, 1966, pp. 411-418). Il s'agit du lieu qui garde le caractère de la chose tout en faisant partie de la structure du langage. Le corps morcelé en provenance de l'immaturité physique, passant par le corps mythique d'Actéon, se transpose au lieu de la chose dispersée et incongrue, qui reste dans le symbolique. Ce morcellement, tout en faisant partie de la structure du langage, ne cesse pas d'être la chose. D'autre part, Lacan continue d'associer le corps morcelé au stade du miroir, et procède à la révision du concept du stade du miroir, dans laquelle l'un des deux pôles de la relation spéculaire ne se situe plus au niveau physiologique ou congénital, mais bien au niveau "mythique" qui est celui de l'identification primordiale.

Quand un adulte tient un enfant dans ses bras, il s'amuse à lui faire regarder sa propre image dans le miroir. Qu'est-ce qu'il éprouve à ce moment-là? Pour l'enfant, qui est un objet sans qu'il le sache, et qui se retourne vers l'adulte qui le porte, l'image de cet objet qui est l'enfant lui-même vient vers lui, de la part de l'Autre (Lacan, 1991, p. 411). Dans ce mouvement du retournement, il y a l'identification primaire, ou le trait unique. Lacan reprendra et précisera cet épisode en disant que cet événement chez l'enfant participe au "temps mythique" qui précède logiquement à l'investissement libidinal à la mère (Lacan, 1973, p.231).

Dans la psychanalyse normative, l'identification libidinale à la mère tend à être considérée comme primordiale, mais on peut penser ici que Lacan suggère qu'il nous faut poser, avant ce raisonnement de niveau empirique, une identification mythique et préhistorique. Cette suggestion nous fait penser qu'il y a là le surgissement de la chose freudienne, c'est-à-dire, ce que le sujet aurait été au temps mythique. Également, Lacan dit, "L'articulation kleinienne consiste en ceci – avoir mis à la place centrale de ce das Ding, le corps mythique de la mère" (Lacan, 1986, p. 127). C'est-à-dire que l'identification "mythique" et "la chose" se situent au même lieu structural, et l'image du morcellement des corps à l'intérieur de la mère, qu'elle a décrite avant Lacan, y réside aussi.

IV. Le corps morcelé et la chose dans les mythes et les légendes japonais

Nous avons ainsi examiné le système théorique de la psychanalyse concernant le corps morcelé, et vu que ce corps morcelé reconnu comme la chose freudienne, semble se trouver à l'intérieur du corps maternel. Comme Lacan, en prenant ce corps morcelé, nous ouvre la perspective du symbolisme psychanalytique, nous voudrions considérer, en montrant les corps des déités japonaises apparaissant comme morcelés, et ceci en liaison avec la parturition du corps maternel, ce qu'est la relation du sujet à son propre corps. Dans l'un des plus anciens textes écrits en japonais



*Bibliothèque de la Diète
du Japon.
Titre du livre :
«Onna-Chōhō-Ki» («Manuel
de Vie pour les Femmes»),
Tome V.
Auteur : Kusada Sukiko.
Éditeur :
Yoshinoya-firobee et al. 1692.
Photo adressée par l'auteur.*

“Kojiki”, on décrit le mythe qui raconte l’origine de la terre et d’autres choses du monde (Kojiki, 712). Après un certain temps où quelques déités restèrent recluses célibataires, “tous les kami célestes ordonnèrent [mikoto] aux deux divinités Izanaki-no-Mikoto et Izanami-no-Mikoto : «de réparer, de consolider cette terre voguante»”. Les deux déités “plongèrent la hallebarde divine, l’agitèrent en cercle dans le sel marin et la retirèrent en faisant clapper l’eau. A ce moment-là les gouttes salées qui tombaient de la hallebarde se superposèrent et devinrent des îles.” Ainsi, ils créèrent les terres et les déités, tantôt par la hallebarde, tantôt en s’accouplant. Leur production peut prendre lieu des éléments qui se dégagent d’eux, c’est-à-dire de l’eau que l’une des déités utilise pour laver le corps, du sang qui s’écoule, et de leurs excréments ou des morceaux de leurs corps, d’où les émergences imaginaires des terres, des choses et des déités.

Ensuite ils donnèrent naissance à un kami du nom de Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu. “En mettant au monde ce dernier fils, Izanami-no-Mikoto eut ses organes féminins brûlés. Malade, elle s’allita.” Ce dernier fils, Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu, eut un destin différent de celui des enfants précédents. Quand la divinité-mère Izanami meurt de la maladie, la divinité-père, Izanaki, désespéré, tire sa longue épée et tranche le cou de son fils Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu. D’autres divinités naissent du sang qui s’écoule et des parties de son corps, en particulier, celles qui incarnent l’eau de la vallée et les montagnes. Le destin de Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu, qui est de faire mourir la mère et d’être tué par le père ainsi que de faire apparaître les rivières et montagnes, est tragique.

On peut remarquer l’absence de la narration de l’origine de l’Homme dans le Kojiki.¹ Autrement dit, on ne peut guère y trouver l’éveil du sujet conscient comme humain. Mais quand on regarde ce mythe se basant sur la description lacanienne du corps morcelé et la fantasmagorie keinienne de l’intérieur de la mère telle qu’elle est interprétée par Lacan, l’épisode de ce fils Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu semble nous raconter le déroulement de passage de l’inhumain à la naissance de la conscience humaine. Comme écrit Lacan sur le devenir du sujet parlant, “La où c’était à l’instant même, là où c’était pour un peu, entre cette extinction qui lui encore et cette éclosion qui achoppe, Je peux venir à être de disparaître de mon dit” (Lacan, 1966, p. 801), Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu, aussitôt né, manque à naître. Après cet achoppement de la naissance comme un sujet parlant du Kami-Esprit-de-la-Lumière du Feu, les kami de la nature du paysage apparaissent. Ce qui semble signifier qu’à sa place, d’autres sujets conscients viennent à exister.

On peut remarquer l’absence de la narration de l’origine de l’Homme dans le Kojiki.² Autrement dit, on ne peut guère y trouver l’éveil du sujet conscient comme humain. Mais quand on regarde ce mythe se basant sur la description lacanienne du corps morcelé et la fantasmagorie keinienne de l’intérieur de la mère telle qu’elle est interprétée par Lacan, l’épisode de ce fils Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu semble nous raconter le déroulement de passage de l’inhumain à la naissance de la conscience humaine. Comme écrit Lacan sur le devenir du sujet parlant, “La où c’était à l’instant même, là où c’était pour un peu, entre cette extinction qui lui encore et cette éclosion qui achoppe, Je peux venir à être de disparaître de mon dit” (Lacan, 1966, p. 801), Kami-Esprit-de-la-Lumière-du-Feu, aussitôt né, manque à naître. Après cet achoppement de la naissance comme un sujet parlant du

Kami-Esprit-de-la-Lumière du Feu, les kami de la nature du paysage apparaissent. Ce qui semble signifier qu'à sa place, d'autres sujets conscients viennent à exister.

Ainsi, nous avons pensé dans cet article que le concept lacanien du corps morcelé a été transmis à la chose freudienne interprété par Lacan, que selon Lacan également, cette chose-corps morcelé réside dans l'intérieur kleinien de la mère, et que le destin de ce corps est décrit dans une scène de parturition du mythe japonais dans le Kojiki. Nous voudrions donc maintenant évoquer un document japonais du discours légendaire, où le peuple tisse un discours autour de l'intérieur de la mère. Ce qui réside dans l'intérieur de la mère, comme l'exprime Klein, est l'objet de l'angoisse, d'autant plus qu'on ne peut pas le voir directement. Dans ce document, on crée l'histoire de ce qui s'y passe, pour apaiser cette angoisse. Nous trouvons ici encore les imagos japonais qui portent sur la naissance du sujet.

Il y a une généalogie du "dessin des dix mois de l'intérieur de la mère", qui, semble-t-il, a commencé à l'époque de Heian (794-1192) et a continué de se transformer jusqu'à l'époque d'Edo (1603-1868). Selon les recherches, il est dit qu'il y a deux courants dans cette généalogie, un qui est dérivé de l'obstétrique et un autre dérivé de la discipline bouddhique (bouddhisme tantrique). Ces deux courants se rejoignent de façon similaire dans le Manuel de Vie pour les Femmes (1692), où on peut lire comment les gens se comportent vis-à-vis de l'invisibilité de l'intérieur de la mère. Car, le livre est accueilli par le public comme un guide pratique et disciplinaire de la vie quotidienne. Comme Nakamura qualifie "dessin des dix mois de l'intérieur de la mère" de quelque chose qui rend visible la figure du fœtus invisible (Nakamura, 2003), les dessins dans le livre donne aux gens un discours avec des figures qui sont moins inquiétantes que le vide invisible.

Or, avant le cinquième mois, le fœtus est illustré comme une chose qui est un instrument bouddhique (voir fig. 1). Par exemple, au premier mois, il prend la forme d'un khakkhara (canne bouddhique), et c'est Acalanātha

(sainteté immobile) qui le protège. Au deuxième, il est un tokko (bâton à pointe unique), au troisième, un sanko (bâton à trois pointes), et au quatrième, un goko (bâton à cinq pointes), et ce sont Śākya-muni, Mañjuśrī et Samantabhadra qui les protègent respectivement. C'est au cinquième mois qu'il vient à prendre une forme humaine pour la première fois. Dès lors, il est protégé dans l'ordre, par Kshitigarbha, Maitreya-natha, Bhaishajyaguru, Guanyin, Mahāsthāmaprāpta et Amitābha.

Les dessins des premiers mois représentent le fœtus manifestement comme des choses. Les instruments bouddhiques sont bien sûrs des choses, mais ils font partie de la force de Bouddha. Le fœtus n'est perçu que comme une chose, mais les gens désirent quand même avoir une relation avec lui sous la protection de Bouddha. Nous pouvons donc penser que les gens d'autrefois, avec ces dessins légendaires du fœtus de dix mois, fomentaient l'image du fœtus comme une chose freudienne et lacanienne, en d'autres termes, le sujet qui est en train de naître, est susceptible au morcellement mais soutenu d'un regard protecteur. En remontant au commencement du sujet jusqu'à ce temps mythique, il semble que les gens saisissent le sujet de la naissance à venir comme cette chose protégée par dharma.

V. En guise de conclusion

Quand on pense le concept du corps morcelé comme un statut de la conscience du sujet sur lui-même, les figures mythiques et légendaires japonaises du corps morcelé de la déité, ainsi que la transformation du fœtus comme instruments bouddhiques, apparaissent comme ce qui supporte le sujet dans sa propre représentation, qui est dans le rêve et en même temps sur la voie de l'éveil. Cette sorte de corps morcelé pourrait occuper l'espace précédant à la conscience de soi, et qui aurait été expérimenté comme une représentation de sa propre origine. Nous pouvons penser que, comme on laisse des images diverses dans le rêve lors du réveil, la conscience du sujet peut venir à être sur la base du corps morcelé qui demeure dans le mythe et légende inconscients à son origine.

Bibliographie

1. Kojiki (éd. Ohno Y.) (712) (Traduction française, par Masumi et Maryse Shibata) (1969) Kojiki : Chronique des choses anciennes. Maisonneuve et Larose, Paris.
- Lacan, J. (1966) Écrits. Seuil, Paris.
- Lacan, J. (éd. Miller, J.-A.) (1973) Le Séminaire, livre XI : Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Seuil, Paris.
- Lacan, J. (éd. Miller, J.-A.) (1980) Le Séminaire, livre II : Le moi dans la théorie de Freud et dans la technique de la psychanalyse. Seuil, Paris.

- Lacan, J. (éd. Miller, J.-A.) (1981) Le Séminaire, livre III : Les psychoses. Seuil, Paris.
- Lacan, J. (éd. Miller, J.-A.) (1986) Le Séminaire, livre VII : L'éthique de la psychanalyse. Seuil, Paris.
- Lacan, J. (éd. Miller, J.-A.) (1991) Le Séminaire, livre VII : Le transfert. Seuil, Paris.
- Nakamura, K. (2003) Les Enfants dans l'Autre Monde. Seido-do, Tokyo. (en japonais)



Kazushige Shingu

Le Corps Mythique et la psychosomatique au Japon

II. Le Rêve et les Points de Fixation dans la Psychosomatique

Auteurs : Kazushige Shingu¹

Résumé : Pour retrouver le fondement de la thérapie en psychosomatique au Japon, l'auteur propose de réintroduire le concept de l'inconscient, surtout en se basant sur les fonctions du rêve et des points de fixation. Il présente deux cas cliniques des maladies psychosomatiques, où les patients déploient le fantasme original qui montre clairement ce qu'appelle Ernest Jones la superposition structurale du rêve et du symptôme. Il y reconnaît une mémoire matérielle qui s'est formée à l'âge infantile entre l'enfant et l'adulte, qui se conserve dans le point de fixation et qui réapparaît dans le symptôme psychosomatique. Les imagos du corps morcelé et, au Japon, l'usage homonymique des caractères Kanji, sont les manifestations caractéristiques du point de fixation, qui peuvent s'étendre dans le transfert, en permettant les symptômes psychosomatiques d'être traités par la psychanalyse.

Mots clés : Rêve, point de fixation, corps morcelé, caractère Kanji, symptôme psychosomatique

Summary : In an attempt to rediscover the foundation underlying the treatment of psychosomatic symptoms, the author proposes that the concept of the unconscious be reintroduced in Japan, with an emphasis on the functions of dreams and fixation points. He presents two clinical cases of individuals with psychosomatic diseases, wherein the patients develop original fantasies that clearly demonstrate what Ernest Jones calls the 'structural superposition of dreams and symptoms'. The patient fantasies exhibit signs of material memories, which are thought to form in childhood and are conserved in fixation points, later to reappear in the form of psychosomatic symptoms. The 'imagos of the fragmented body' and, in Japan, the homonymic usage of Kanji characters, are characteristic manifestations of the fixation point, which can be observed under transference, thus enabling psychoanalytic treatment of psychosomatic symptoms.

Keywords : Dream, fixation point, fragmented body, Kanji characters, psychosomatic symptoms.

Introduction

La relation entre la psychosomatique et la psychanalyse a une longue histoire de collaboration, mais cette relation tend à disparaître au Japon, étant donné qu'ici, la médecine interne possède une section psychosomatique : la thérapeutique de l'âme en médecine interne, qui est maintenant largement accueillie dans le public. Dans cette section de la médecine interne, on considère les maladies, qui peuvent être attribuées à un ou à un autre organe, comme causées par le stress de son environnement. On peut ainsi traiter un certain nombre de maladies psychosomatiques en tant que maladies internes, qui

sont influencées par les conditions de vie quotidienne des individus. De bons réarrangements de ces conditions seraient des thérapies favorables. Cette approche n'est point étrangère à la thérapie psychanalytique, mais elle relève d'un autre ordre que celui de la psychanalyse, puisqu'elle fonctionne dans le domaine de la médecine interne, et qu'elle est strictement étrangère aux processus de l'inconscient.

Une autre raison pour laquelle la relation entre la psychosomatique et la psychanalyse serait oubliée, se situe du côté de la psychanalyse elle-même. C'est que le lien de la psyché et du corps n'est pas clairement visible dans

1. Professeur d'anthropologie, psychiatre et psychanalyste. École Doctorale des Études Humaines et Environnementales de l'Université de Kyoto, Japon

la psychanalyse contemporaine. Le concept équivoque du corps, par exemple, qui se réfère en même temps au corps comme un vide structural et au corps réellement jouissant de la vie, n'est pas nécessairement transparent au public général. Pour le public, les psychothérapeutes dans la psychiatrie japonaise qui est pharmacologiquement orientée, n'apparaissent pas très différents des médecins de la médecine interne, et les conseillers dans la psychologie clinique au Japon ne semblent pas avoir les moyens de traiter le corps. C'est ainsi que les malades qui souffrent de troubles du corps à cause du psychique, faute d'assurance que leurs symptômes somatiques soient bien traités, ne s'adressent pas à la psychanalyse dans la psychiatrie ou la psychologie clinique, mais à la médecine interne, ou à sa section psychosomatique.

Dans cette conjoncture, concernant la psychosomatique, je voudrais proposer de réintroduire l'inconscient comme base de pensée, et pour la psychanalyse, de réfléchir sur la cause de la perte de son authenticité dans les recherches de la psychosomatique. Cette proposition dans cet exposé se suivra de la révision du concept classique des points de fixation, qui n'est que très faiblement retenu dans la psychanalyse contemporaine.

Le point de fixation dans la psychanalyse s'est défini au niveau du développement de la libido chez l'individu. De sorte que ce concept se trouve plus ou moins biologique, mais il est en même temps associé à la situation sociale de l'enfant, pour autant que chaque point de fixation a une raison d'être déterminé par rapport à l'influence de l'adulte. Bien qu'une fonction physiologique chez l'enfant soit prédéterminée, quelques facteurs constitutifs en sont donnés socialement; par exemple, la fixation anale peut se constituer selon la discipline de l'enfant plus ou moins sévère de la part de l'adulte, et les négociations entre des deux parties seraient l'occasion où se foment la formation du fantasme et du caractère anaux.

Nous allons donc présenter deux cas cliniques dans le domaine de la psychosomatique pour montrer ce qui l'en est du point de fixation en tant que facteur constitutif d'un symptôme. L'un est celui d'un trouble de miction. L'autre est celui de l'idée obsessionnelle; mais au cours de la psychothérapie pourtant, celui-ci s'avère bien psychosomatique au niveau de la fixation anale.

II. Présentation de cas cliniques et leur analyse

Cas I : L'interruption de miction comme une grossesse masculine

Un lycéen fut diagnostiqué par un médecin de la médecine interne comme une "névrose de vessie"; il avait des difficultés à uriner dans les toilettes publiques. Après son entrée à l'université, il a commencé une thérapie psychiatrique du style de soutien d'une année, puis il a entamé une cure psychanalytique avec l'auteur, où il rapporta des centaines de rêves.

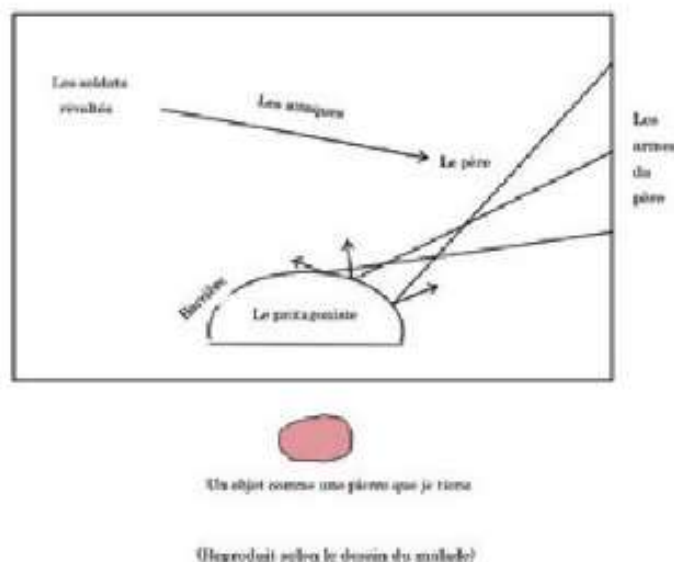
Dans la quatrième séance, il raconta un de ses rêves avec un dessin (voir fig. 1), comme suivant:

Rêve I : "Alternance d'une scène de manga de science-fiction et du moi qui se trouve seul, qui occupe des espaces différents. Je tiens quelque chose qui ressemble à une pierre, qui représente le cœur du protagoniste de l'histoire qui se déroule dans un manga de science-fiction. Sur la scène, il y a un conflit entre le père et le fils, et il s'agit dans cette histoire d'une révolte du fils contre son père. Chacun des deux possède les armes qui les soutiennent respectivement, et une bataille violente s'en suit. Quand le fils se rend dans la cour du père, une part des soldats dans la cour, en remarquant l'entrée soudaine du fils, se révoltent. Quand je vois le père-roi attaqué, j'ai un sentiment de pitié. Les balles du camp du père-roi sont repoussées par la barrière qui protège le protagoniste (le prince). Pendant que le prince se rend dans la cour où le père gouverne et poursuit la bataille, la pierre que je tiens étincelle en violet."

Ce rêve est une très belle illustration de ce qu'appelle Ernest Jones (1911) la superposition du rêve et du symptôme. Le prince qui se protège par la barrière dans le rêve est une figure du malade lui-même, qui reste debout dans les toilettes avec sa vessie remplie d'urine. Le malade disait que la sensation qu'il avait lors de l'interruption de la miction était celle de l'érection pénienne, donc nous pouvons avoir une intuition directe que l'objet comme une pierre qui brille et qu'il tient dans ses mains représente le gland du pénis dans son état érectile. Ainsi la construction de la scène onirique dans son ensemble représente l'état de l'interruption de la miction dans les toilettes, d'où la superposition du rêve et du symptôme. Une des associations par le malade à ce rêve était que, quand il était lycéen, son père l'avait abordé pendant qu'il voulait uriner, et lui faisait des critiques.

Cas I

Rêve I



Dans la quinzième séance, le malade me dit que, le symptôme s'étant amélioré, il pense pouvoir se passer de l'analyse de rêve, bien qu'il puisse passer chez le psychiatre pour parler simplement (résistance contre le transfert).

Mais dans la dix-septième séance, le malade me rapporte un rêve qui nous présente, sous un transfert, une belle personnification de la maladie psychosomatique qui est la sienne.

Rêve II : "Mademoiselle S., moi et un autre homme (K. qui était un camarade à l'école élémentaire et qui a le même nom que moi). Les deux hommes se disputent la femme. Elle est enceinte. Autour d'elle, on ressent une atmosphère de dépravation et de douleur. Les deux hommes sont étudiants et ont cours. Ils doivent donc se séparer d'elle à peu près une heure. Ils la laissent dans une salle sombre semblable à une salle de classe. Quand ils reviennent précipitamment, elle a l'air malade. Elle se plaint d'avoir mal à la poitrine. K. et moi, nous l'interrogeons, enlevons ses vêtements, et inspectons son sein. La peau autour de son mamelon a changé de couleur et avait une couleur de raisin. Nous lui recommandons de consulter un médecin, mais elle refuse. ... Je ne me souviens pas bien de la suite du rêve, mais d'un coup, K. devient un médecin, et je le consulte sur divers sujets."

Ce rêve nous rend compte clairement de ce qu'il pense devoir présenter au médecin : une femme enceinte avec un sein affecté. Dans la réalité, bien sûr, c'est le malade lui-même, ou ce qu'il a dans son urètre, qui doit se présenter au médecin. La résistance que la femme enceinte montre à la consultation médicale correspond bien à celle de lui-même à la continuation de la thérapie psychanalytique. Au niveau de l'image du corps, le foyer

de la maladie d'une couleur de raisin au sein féminin correspond au pénis en érection du malade qui souffre de l'interruption de miction. La grossesse de la femme onirique représente sa vessie remplie d'urine. Dans la quarante-septième séance, le malade présente une figure d'une femme qui expérimente un accouchement sous une structure transférentielle.

Rêve III : "Une jeune femme qui semble être Mademoiselle S. consulte un médecin. Elle a une peur aiguë. Quand le médecin lui demande de quoi elle a peur, elle confesse qu'elle a tué un enfant (dont elle a accouché) dans les montagnes. L'enfant qui est né était un singe. Elle l'a tué dès qu'elle l'a vu. À la fin du récit de cette histoire, elle lève son visage vers le médecin, et ce qu'elle voit alors, c'est qu'il s'est changé en singe."

Dans ce rêve, le malade se présente être capable d'une conception et d'un accouchement, le père de son enfant étant le médecin, figure paternelle.

Ainsi le malade éprouve au niveau de l'inconscient son propre corps comme un assemblage qui se compose des deux sexes et de différents organes distribués en multiples fonctions et localisations. Cet assemblage aurait besoin de beaucoup de sutures, et étant désorganisé dans la maladie psychosomatique, il apparaît comme un imago du corps morcelé.

Dans la cent-vingt-quatrième séance, il raconte un rêve de corps morcelé. Dans ce rêve, il apparaît sous la forme d'une actrice.



Composition du caractère Kanji qui signifie "le caractère" ou "la lettre". La partie du dessus représente le toit de la maison, et celle du dessous signifie l'enfant. Dès lors, ce caractère fait penser que la lettre ou le caractère peut comporter l'idée de la naissance. Illustration réalisée par Akiko Okada.

Rêve IV : *"Je me trouve jouer un rôle d'une actrice, et je me rends dans une école médicale pour une certaine affaire. Il est écrit sur le mur qu'il y avait eu autrefois une bataille politique violente ici. La raison de sa venue peut être quelque chose comme une visite au lit d'un malade, ou bien la recherche du cadavre d'un criminel le jour de son exécution, parce qu'elle sait qu'on procède à une dissection, mais elle le sait sans le savoir. En fait, elle est peut-être venue chercher ce cadavre... Finalement, elle, toute nue, demande aux médecins où se trouve le cadavre, et fait face à ce cadavre qui était déchiré en morceaux. Elle décapite le cadavre, et elle court ici et là joyeusement. Elle est blessée, elle aussi, au flanc. Ou plutôt son bas-ventre est éventré, et ses intestins et son sang s'en écoulent. Elle monte à cheval et parcourt la forteresse. Puis, en disant: 'Tout est la volonté du père', elle s'enfuit."*

La déchirure au flanc de l'actrice caractérise le fantasme de grosseur masculine (Lacan, 1953), et les structures dans les rêves I et IV de la cour et la forteresse représentent la bataille identificatoire entre le Je et le ça (Lacan, 1966a). Dans son ensemble, le processus du rêve chez le sujet reflète le jeu des identifications du sujet à la mère et au père. En fait, ce qu'il associe à ce rêve du corps morcelé lacanien (Lacan, 1966b), est la réminiscence de la scène de son enfance qui s'est passée entre sa mère et lui. "J'ai mis le chat dans un sac en papier, et j'ai couru autour de ma mère joyeusement." L'homologie presque géométrique entre la scène onirique de l'actrice qui monte en cheval et celle de la réminiscence n'est pas à ignorer. Le sujet qui s'identifie à sa mère qui aurait été enceinte de lui est représenté par l'actrice onirique qui court avec la tête à la main sous la reconnaissance des paroles du père.

Cas II : Idée obsessionnelle du traqueur

Une lycéenne avait la peur d'être traquée par un garçon qui était considéré fou par ses camarades. Elle continua d'avoir cette peur même après l'entrée à l'université. Donc elle a consulté un psychiatre. Pendant sa thérapie psychanalytique, elle rapporta beaucoup de rêves.

Rêve I : *"... Une fille me prête un stylo. Puis sa mère apparaît et me demande d'aller à l'appartement voisin, où habite son mari avec une autre femme, et de trouver le nom de cette femme. Surprise, je vais au quatrième étage de l'appartement et trouve le nom sur la plaque, dont un caractère est illisible. Je me dis, 'Quelle audace a cette femme!' Je note le nom et le porte à la mère."*

Rêve II : *"Je vois un bébé endormi dans le lit chez moi. Ça m'étonne puisque je n'ai jamais vu ma mère enceinte. Lorsque mon père demande à ma mère, 'Est-ce que ça va de mettre le bébé ici?', je pense qu'il sait déjà pour son accouchement. Quand je vois de plus près le nouveau-né, je trouve que la peau de son crâne ressemble à un cerveau. Je me dis que c'est comme ça parce que sa croissance n'est pas terminée."*

Rêve III : *"... Démonstration de l'opération des hémorroïdes chez un homme et un garçon. Un docteur la montre, en disant, 'On fait une coupure horizontale comme le caractère un en Kanji, à l'anus'. (En japonais, hémorroïde et caractère sont des homonymes, mais sont représentés par deux caractères différents en Kanji.) Ce sont des malades, et restent muets. Je me sens de plus en plus irritée, et pense qu'il m'est impossible de rester dans cette école."*

Rêve IV : *"Je me trouve dans une queue avec ma mère. J'entends parler une femme, 'Est-ce qu'on peut acheter une carte de transport d'abonnement?'. Un garçon se glisse dans la file. J'ai une mauvaise impression de lui. Il commence à remplir le formulaire d'abonnement. Il y écrit des caractères illisibles qui ne semblent pas vraiment japonais. Stupéfaite, je regarde. Alors on entend un cri et il revient avec un bébé dans les bras."*

Ces rêves, qui forment une séquence qui a duré pendant une semaine, indiquent visiblement que le point de fixation anale offre le lieu du fantasme de l'accouchement. L'indication en est le caractère illisible : Celui du Rêve I indique l'origine et le nom du sujet qui est bien œdipien; celui dans le Rêve III indique l'inscription pour la naissance d'un bébé. Le caractère japonais <un> (un trait horizontal) et le foyer des hémorroïdes dans le Rêve II indiquent l'anus comme site de la grosseur. Ainsi, le symptôme de cette malade de la peur d'être traquée représente l'idée infantile, comme celle du petit Hans chez Freud, d'être mise enceinte par un garçon par l'anus.

III. Discussion sur la clinique

À propos de l'interruption psychogénétique de miction, Victor von Weizsäcker (1933), médecin célèbre de la psychosomatique, a montré par une psychanalyse détaillée, que ce symptôme avait une signification de rapport sexuel avec soi-même. Okamoto et Sengoku (1979) ont fait remarquer que la situation de ce symptôme faisait penser à l'anthropophobie qui s'observait souvent dans le contexte de la culture japonaise, et ils ont observé le trouble de l'établissement de l'identité sexuelle dans ce symptôme.

Comme nous avons vu à la superposition du symptôme, des rêves et du transfert, ce symptôme indique une structure de fantasme inconscient où le sujet devient enceinte comme la mère en assumant la volonté du père. C'est là la signification de ce symptôme psychosomatique.

À cette dimension, la structure fantasmatique capture le soma, et en le fragilisant, elle le régit à sa guise : Dans le rêve I du cas I, la vessie et le gland du pénis sont répartis l'un et l'autre dans un espace différent. Dans les rêves II et III, le sujet masculin se présente comme une femme enceinte (malade, puis accouchant). Dans le rêve IV, le corps déchiré et la tête décapitée sont les images identificatoires. Dans cet ordre, les parties du soma se substituent l'une à l'autre. D'où le champ psychosomatique se qualifie des imagos du corps morcelé (Lacan, 1966b). Dans le cas I, la fixation urétrale devient le nœud de plusieurs lignes de fragilisation de ce corps morcelé, où est née et aussitôt morte une image de l'enfant qui dénote le sujet.

Également, dans le cas II, le symptôme s'associe à une grossesse ectopique. Son corps fantasmatique paraît fragile autour de l'anus, et susceptible à une coupure. Il y a une manifestation infime du corps morcelé.

IV. Conclusion

Les points de fixation, soit urétral soit anal, sont donc le lieu d'origine du sujet. C'est là la signification de ce concept classique de la psychanalyse. On peut estimer que cette dimension se forme à l'âge précoce, quand la discipline sociale rencontre le système de pensée infantile et produit les imagos du corps morcelé. Une fois formée, la fixation subsiste dans l'âge avancé, et foment le fantasme qui se transforme en un symptôme psychosomatique, et le fantasme originaire peut apparaître encore dans un rêve sous un transfert.

En ce qui concerne notre clinique, ce qui subsiste réellement comme une mémoire matérielle dans l'inconscient au niveau psychosomatique, ce sont les points de fixation et le corps morcelé, qui sont à traiter d'une façon psychanalytique. Ce traitement peut varier selon la culture du langage autochtone, comme l'indique le rêve de la malade où l'usage homonymique des caractères Kanji se trouve au même lieu que le point de fixation.



Maison au cœur d'un jardin japonais de Kyoto. Photo Psy Cause, 16 octobre 2014.

Bibliographie

- Jones, E. (1911) *The relationship between dreams and psychoneurotic symptoms*. *Am J Insanity*, 68: 57-80.
 Lacan, J. (1953) *Some reflections on the ego*. *Int. J. Psycho-Anal.*, 34: 11-17.
 Lacan, J. (1966a) *Écrits*, Seuil, Paris, p. 97.
 Lacan, J. (1966b) *Écrits*, Seuil, Paris, p. 104.

- Okamoto, S. et Sengoku, A. (1979) *Un étudiant qui se plaint d'un trouble de miction associé à anthropophobie*. *Rinsho-Seishin-Igaku (Psychiatrie Clinique)*, 8: 339-346. (en japonais)
 Weizsäcker, V. von (1933) *Körpergeschehen und Neurose*. *Int. Zeitschr. f. Psychanal.*, 19: 16-116.



Eri Muso

Identité des Femmes Médecins au Japon

Auteurs : Eri Muso¹

Résumé : Le nombre des femmes médecins est très inférieur au Japon à ce que l'on observe par exemple en France. Cette réalité s'origine dans la difficulté de travailler en tant que mère, et dans un blocage de la promotion dans une société dominée par les hommes. Des obstacles culturels hérités d'une mentalité sociale féodale limitent le positionnement de la femme au travail. Heureusement, la société évolue, encouragée en cela par le gouvernement.

Mots clés : Femmes médecins, identité, Japon, obstacles au travail

Summary : The number of female doctors is much lower in Japan than , for example, in France. This reality finds its origin in the difficulty to work when beeing a mother, and in a limited development because of the male domination. Cultural obstacles inherited from a feudal social mentality limit the positioning of the woman at work. Fortunately, the society evolves , encouraged in this by the government.

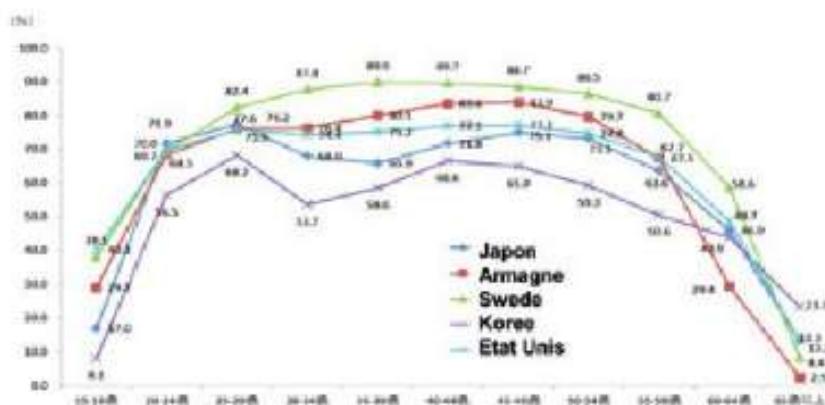
Keywords : Female doctors , sexual identity, Japan , barriers to work.

1. La situation des médecins femmes au Japon.

Au Japon, le nombre de médecins femmes augmente peu à peu. En 2013, 18% des médecins étaient des femmes. Le nombre de médecins total était de 277 927 en 2011 et le taux de médecins femmes de 17, 2% (47 929). En comparaison avec les autres pays (par exemple en France 39%), même maintenant, ce taux est faible. Surtout, depuis dix ans, 33% des étudiants diplômés des universités départementales médicales sont

des femmes. La figure 1 présente le rapport hommes-femmes dans le nombre des médecins selon l'âge. Le taux des médecins femmes parmi les jeunes augmente. Surtout, dans les départements de gynécologie et de pédiatrie pour les jeunes générations, où plus de 50% sont des médecins femmes. Si elles ne continuent pas de travailler dans l'avenir, le nombre de médecins ne suffira pas pour répondre aux nécessités médicales de la société. Mais le taux de médecins femmes actifs descend vers 35 ans et ne revient pas à celui des hommes avant 60 ans.

Figure 1:taux de femmes actifs japonais selon age dans le monde



1. MD, PhD : Directeur du Département de néphrologie et Membre exécutif du conseil d'administration, Hôpital Kitano, Kyoto. Ex-Chef du Comité pour l'égalité entre les sexes de la Société de néphrologie du Japon

Pour les femmes médecins, les obstacles principaux à leur carrière sont, en premier, l'obstacle pour continuer de travailler à la naissance d'un enfant et en second, celui de la promotion dans la société dominée par les hommes, bien que la qualité de travail ne soit pas différente entre les deux sexes.

a) l'obstacle pour continuer de travailler à la naissance d'un enfant

Au Japon, malheureusement, un grand nombre de femmes ayant un emploi quittent leur profession après avoir eu un enfant et celles-ci elles ne reviennent jamais à leur position précédente. La courbe M représente le caractère particulier au Japon et à la Corée dans le monde (figure 2), qui signifie la diminution du nombre de femmes travaillant à leur âge vers 30-35 ans. Cette même courbe M présente, pour le Japon, une variation de 1975 à 2012. L'âge de diminution maximum augmente de 25 ans en 1975 à 35 ans en 2012.

Cela indique la tendance récente à se marier et à avoir des enfants plus tard (figure 3).

Le tableau indique que les médecins femmes se plaignent de plusieurs difficultés dans leur situation par rapport au travail. Pour les femmes médecins, elles quittent temporairement ou définitivement leur profession, et la cause la plus fréquente est la naissance d'un enfant, suivie du maternage. La source de ce problème est dans l'insuffisance du soutien de la société pour élever les enfants pour les médecins femmes jeunes. Par exemple, la position dans le travail et le salaire n'est pas toujours maintenue pendant le congé parental. Dans 50% des hôpitaux, il n'y a pas de gardes d'enfants ni de crèche. Presque les trois quarts des hôpitaux ne disposent pas de système de soins pour les enfants malades, ni de crèche tous les jours.

Figure 2. Variation de taux des femmes actives selon âge de 1975 à 2012



Figure 3: Rapport hommes-femmes des dans le nombres des médecins selon l'âge



Ministère de la Santé publique et du Travail 2000

b) l'obstacle de la promotion dans la société dominée par les hommes

Pour obtenir une position responsable, même devenir directeur, ou professeur associé, les femmes médecins doivent attendre la fin des promotions pour les hommes. Dans la société médicale, on a beaucoup de difficulté à trouver des femmes professeurs et directeurs, surtout dans les départements cliniques. Le problème des femmes japonaises qui travaillent est la diminution de la motivation à continuer de travailler, à cause de la limite de progression dans la carrière.

Tout le monde sait que le classement de "Gender Gap Index" du Japon est 105ème, sur un total de 136 pays. Le GGI est un index composé de cinq catégories : économie, santé, enseignement, recherche et technologie, et politique. Au Japon, les chances de réussite en politique et dans les responsabilités sociales, surtout pour les femmes, sont très limitées. Elles sont faibles aussi dans le monde, non seulement dans les pays industrialisés mais aussi dans les pays en voie de développement. Dans le monde, le pourcentage des femmes avec un poste de direction est très bas. Alors que dans 13 pays développés, le pourcentage des femmes avec un poste de direction tourne autour de 30 pour cent, le Japon et la Corée n'atteignent que les dix pour cent.

Mais une enquête sur le sentiment de satisfaction des hommes et des femmes qui travaillent dans ce pays révèle que les femmes ne sont pas satisfaites d'avoir des responsabilités comme chef sur leur lieu de travail mais souhaitent contribuer comme spécialistes, mais uniquement dans certains domaines. Les femmes médecins aussi tendent à présenter cette mentalité dans le milieu médical et ce genre de pensée n'encourage pas à la progression dans la carrière. Malheureusement, au Japon, non seulement les femmes mais les hommes également ne discutent pas souvent sur les sujets politiques. Cette tendance éloigne les femmes d'apprendre la gouvernance et d'avoir des responsabilités totales dans la société. Aussi, comme médecin, l'absence progressive de responsabilités affaiblit progressivement la motivation de continuer leur carrière dans ces conditions peu favorables. Au Japon, dans plusieurs genres d'activité, dans les départements médicaux, le pourcentage de femmes avec une position responsable est de 18, ce qui n'est pas très bas par rapport à tous les autres départements. Mais, le pourcentage de professeurs dans cet département est seulement 9%.

2. Les facteurs principaux qui influencent sur les difficultés pour les femmes médecins au Japon

Dans cette situation, deux facteurs principaux influencent sur les difficultés pour les femmes médecins : l'un est l'excès de travail exigé de tous les médecins et la deuxième est la mentalité sociale des rôles des femmes et des hommes dans la tradition de la société japonaise.

a) L'excès de travail du médecin japonais

En effet, le nombre de médecins pour 1000 personnes est très bas parmi les pays de l'OCDE. Au Japon, les factures médicales et le nombre de médecins sont très faibles, alors que d'un autre côté, la fréquence de visites au médecin est très élevée. Cela signifie que les médecins japonais doivent travailler beaucoup dans une situation de salaire bas. Résultat, pour leurs consœurs aussi, les grands problèmes sont le manque de temps à soi et pour étudier. La comparaison des heures de travail des médecins indique que, au Japon, surtout les jeunes médecins travaillent trop, plus que la limite légale pour éviter la mort par surmenage.

b) La mentalité sociale des rôles des femmes et des hommes dans la tradition de la société japonaise

Selon la mentalité sociale, féodale du Japon et de la Corée, la responsabilité d'élever les enfants incombe à la femme, et non à l'homme.

Pour analyser la situation et réfléchir sur l'égalité des hommes et des femmes en tant que médecins, la Société de médecine japonaise a établi des questionnaires sur plus de mille médecins hommes d'entre 20 et 60 ans travaillant en hôpital. Le poste le plus fréquent était directeur de département. Les heures de travail des médecins hommes japonais indiquent que plus de 60% travaillent de 12 à 15 heures par jour. Surtout, environ 15% travaillent plus de 18 heures, peut-être à cause du travail supplémentaire nocturne. La situation professionnelle des femmes et la participation aux soins des enfants des médecins hommes japonais indiquent que plus de 60 % des interrogés ont une épouse sans travail qui se concentre sur l'éducation des enfants. Seulement 16% ont une femme qui est aussi médecin. Au contraire, plus de 70 % des médecins femmes japonaises épousent un médecin qui a peu la possibilité de s'occuper des enfants, surtout parce qu'il est trop occupé. Si l'on étudie la moyenne d'heures journalières consacrées au ménage pour les femmes mariées et travaillant dépendant le sexe, on constate que le chiffre pour les femmes entre 25 et 35 ans est supérieur à 4,5 heures par jour, mais que celui des hommes est moins d'une heure, qui est maximum dans la vie. Ce résultat signifie qu'au Japon le ménage est toujours le travail des femmes et il est très difficile de demander la participation des hommes dans cette activité. Ceci est rendu possible par la folie de travail des hommes japonais mais aussi par la mentalité identitaire de la femme qui maintient la famille dans ce pays.

Une comparaison internationale avec les autres pays développés indique que les maris japonais participent très peu. Les médecins hommes japonais eux-mêmes pensent que leur équilibre entre travail et vie privée n'est pas satisfaisant, mais plus de 90% pensent qu'ils ne peuvent pas consacrer leur temps au ménage à cause

du travail, qui est plus important pour leur vie et leur identité. Sur ce sujet, on ne discute pas souvent dans la maison ou on cesse de discuter parce que les opinions se heurtent. Les médecins hommes ne prennent jamais de congé parental. Plus de 80% ne pensent pas du tout à cette possibilité, mais 14 % ne peuvent pas le demander sous la pression de l'atmosphère ambiante, surtout parmi les jeunes générations.

3. Pour avenir

Récemment, le premier ministre Abe a déclaré vouloir augmenter le taux de femmes ayant des responsabilités, dans toutes les sociétés, jusqu'à 30% des hommes en 2020. Dans le système social, par exemple, le nombre de crèches et la flexibilité du travail sont améliorés. Ce genre d'innovations améliorerait sans doute la situation

insuffisante d'aujourd'hui pour les femmes au travail, y compris médecins femmes, quoique ce n'est pas parfait. Peut-être une innovation — penser le rôle de la femme et de l'homme dans la société japonaise — sera-t-elle nécessaire.

Heureusement, on assiste à une évolution dans la façon de penser la société sur le sujet de la vie des femmes. Le nombre des femmes qui veulent vivre en travaillant et des hommes qui veulent que les femmes travaillent aussi, augmente peu à peu. Le nombre des médecins hommes qui travaillent et s'occupent du ménage également, pour se sentir satisfaits de leur vie suffisante, augmente peu à peu. Au sein des nouvelles générations, cette réflexion pourra changer l'avenir du milieu médical non seulement au Japon mais dans le monde entier.



Femmes traditionnelles à Kyoto. Photo Psy Cause, 15 octobre 2014.



Naoki Ôishi

Philosophie de l'histoire et esthétique chez Mori Ôgai – Métacritique de la modernité⁽¹⁾

Auteurs : Naoki Ôishi²

Résumé : Cet article est une traduction en langue française d'un extrait d'un texte publié par l'auteur en langue japonaise. Il interroge l'œuvre et la vie de l'écrivain Mori Ôgai, sur la question de la modernité venue d'Europe, qui s'exprime en particulier dans le mouvement d'émancipation féminine.

Mots clés : Mori Ôgai, émancipation féminine, modernité, Japon.

Summary : This article is a translation in French language of an extract of a text published by the author in Japanese language. The authors is studying the work and the life of the writer Mori Ôgai, about the question of the modernity coming from Europe, which expresses itself particularly in the movement of feminine emancipation.

Keywords : Mori Ôgai, feminine emancipation, modernity, Japan.

Ce qui a permis d'initier la pensée d'émancipation féminine au Japon est la publication de la revue *Seitô* (Les Bas bleus) en 1911, centrée sur Hiratsuka Raichô. La vie de l'écrivain Mori Ôgai (1862–1922) a eu un lien étroit avec cette revue, dont le nom a été donné par la traduction personnelle de Mori Ôgai de *Blue Stocking*, revue symbole du mouvement d'émancipation féminine en Angleterre. De plus, les bureaux de la Société Seitô étaient situés près de Kanchôrô, autrement dit près de la maison de Mori Ôgai à Sendaki. La sœur cadette d'Ôgai, Koganei Kimiko et son épouse Mori Shige étaient listées en tant que membres soutenant le lancement de *Seitô*. Le premier lien que Mori Ôgai a eu avec le mouvement d'émancipation féminine remonte à lorsqu'il avait environ vingt ans et qu'il était en Europe. Les écrits qui nous restent quant à la propre participation d'Ôgai, de manière répétée, aux réunions du mouvement d'émancipation féminine se retrouvent dans *Doitsu nikki* (Journal d'Allemagne), journal de sa période en Europe, à partir de laquelle nous pouvons reconnaître un grand intérêt de sa part pour ce mouvement. Durant son séjour en Allemagne, qui a duré quatre ans de 1884 à 1888, il s'est écarté de sa mission publique d'origine dans le domaine des recherches sanitaires et a effectué, toujours avec grand intérêt, des inspections privées en lien avec la société moderne mise en œuvre par l'Europe. Ceci étant, même s'il

présentait un intérêt pour le mouvement d'émancipation féminine, Mori Ôgai a clairement pris ses distances par rapport à la société Seitô et cette prise de position nous révèle la perspicacité de sa pensée.

Ce que devait être la philosophie de l'histoire selon Ôgai, et qui posait les fondements de la compréhension esthétique, était en quelque sorte un intérêt pour la problématique de l'immense influence provoquée par l'idéologie sur la vie humaine et la société. Il s'agissait sûrement d'une compréhension tacite du concept de littérature sociologique établie par Georges Luckas (1885–1971) dans la première période de sa vie, au contact de Georges Simmel (1858–1918), qui était lui-même affilié au cercle de Max Weber (1864–1920) (La thèse de doctorat de Georges Luckas publiée en Hongrie sous le titre *Histoire du développement du théâtre moderne* était représentative de ce concept. Cette thèse a été entièrement traduite, pour la première fois en Allemagne, dans la deuxième moitié des années 80, sous la forme d'œuvres complètes par l'éditeur Lusterhand. *La théorie du roman et L'âme et les formes* ont également été rédigés en complément.). Cependant, on peut considérer qu'Ôgai avait une conscience critique plus vaste, issue de l'ensemble des médias.

1. Traduction d'un extrait du texte « Mori Ôgai no bigakuteki rekishi tetsugaku – Kindai he no metakuritu » par Naoki Ôishi et Virginie Fermaud

2. Docteur en littérature de l'Université Keiô de Tôkyô, Naoki Ôishi était professeur à l'Université Meiji et à l'Université Kyôritsu joshi de Tôkyô. Il est spécialiste de littérature moderne et d'esthétique et notamment des grands écrivains de l'époque moderne : Mori Ôgai, Natsume Sôseki. Il est l'auteur de « Ôgai et Sôseki – Origines du radicalisme » (Shunpusha, Tôkyô, 2009) et a reçu, pour cet ouvrage, le prix « Rengô sundaiikai gakujutsu » en 2010 à l'Université Meiji de Tôkyô.

Contact : Virginie Fermaud, directrice du Centre Européen d'Etudes Japonaises d'Alsace, 8 route d'Ammerschwihl, 68240 Kientzheim.

Courriel : v.fermaud@ceeja-japon.com

Ôgai a eu une nostalgie pour les femmes japonaises d'avant la modernité dans ses dernières œuvres : *Rekisho shosetsu* (Le roman historique) et *Shiden* (Biographie historique). Les œuvres représentatives qui les décrivent sont *Yasui Fujin* (Madame Yasui, 1915) qui décrit Sayo, l'épouse de Yasui Sokken, confucianiste, et *Shibue Chûsai* (1916), son meilleur exemple de biographie historique qui décrit Io, l'épouse de Shibue Chûsai. La traduction en anglais de *Shibue Chûsai* par Edwin Mac Clellan (Université de Yale) s'est uniquement centrée sur les épisodes relatifs à Io. Par conséquent, l'opinion commune est de dire qu'Ôgai, en comparaison à Natsume Sôseki (1867-1916) qui décrivait « la femme nouvelle », a décrit uniquement des femmes japonaises de style traditionnel. Takahashi Yoshitaka écrit par exemple : « Avec Ôgai quelque chose se termine, à partir de Sôseki quelque chose commence » et, de ce fait, a seulement été mis en avant le classicisme de la littérature d'Ôgai.

Une contradiction semble exister chez Ôgai, entre la réalité de son implication et son soutien, durant la première période de sa vie pour le développement de la pensée d'émancipation féminine selon Raichô, et cette valeur qu'il recherche dans le thème du monde historique. Cependant, y voir une contradiction semble être une erreur de compréhension de texte, induite par le goût des lecteurs de *Yasui fujin*

(Madame Yasui). Si la femme traditionnelle est soudainement placée au premier plan, ne subsiste que le fruit de « l'horizon des attentes » du lecteur (Hans Robert Jauss). Ici, le récit d'Ôgai respecte le style traditionnel à travers la fille du guerrier et il exalte cette dernière. Mais, le récit finit par être transformé par le lecteur. Ce qui existait dans le for intérieur d'Ôgai est mal compris dans son essence et donne naissance à un résultat rendant opaque l'originalité de sa pensée, pourtant basée sur des spéculations esthétiques de haut niveau. En conséquence, ce qui finit par se perdre est précisément ce qu'Ôgai a profondément pensé en allant vers la modernité ; la conscience critique juste.

Ainsi, Ôgai décrit de manière limpide ce qu'il pense de la « femme nouvelle », en s'opposant à l'arbitraire dans l'interprétation de textes, soutenu par le goût des lecteurs, ainsi qu'aux beaux sophismes. Ôgai, dans *Isawa Ranken*, biographie historique qui suit *Shibue Chûsai*, écrit que la « femme nouvelle » n'apparaît pas pour la première fois lors des ères Meiji ou Taishô (à partir de 1868), mais qu'elle existait déjà au Japon avant Meiji et qu'il n'a jamais eu l'intention de dénigrer cette « femme nouvelle ». En lien direct avec le discours d'Ôgai, difficile à nier et clairement déclaré, il faut donc saisir le sens affiché par les images de Yasui Sayo, l'épouse de Shibue Chûsai, Io, etc.



Le défilé du Jidai Matsuri à Kyoto, le 22 octobre 2014. Photo Psy Cause.

La position d'Ôgai est de tenter d'exhumer une représentation d'un être humain définitivement indépendant, qui doit exprimer la modernité spécifique au Japon dans la vie quotidienne des Japonais avant la rencontre avec l'Europe de l'Ouest. La reconnaissance de la spécificité de la position d'Ôgai a d'ailleurs réellement été exprimée. Comme nous le savons, pour Natsume Sôseki, l'ouverture à la civilisation (*bunmei kaika*), est toujours extrinsèque (*Sanshirô, Gendai nihon no kaika* (L'ouverture du Japon contemporain)). Cependant, par rapport à cela, Ôgai tente d'exhumer du passé une modernité spontanée du Japon. Mais, il ne s'agit pas de découvrir simplement le commencement de la modernité au Japon, en remontant l'histoire.

La manifestation de ce qui tend à l'individuel n'est pas seulement ce qui se dit au sujet des influences reçues par l'individualisme de l'Europe de l'Ouest. Même si chacun a sa propre sphère culturelle, cette individualité a priori existe. Autrement dit, la volonté libre de l'individu n'est pas apparue pour la première fois en lien avec l'Europe de l'Ouest. Ôgai, qui découvre cela dans toute culture durant son séjour en Allemagne, se passionne pour une polémique apparue avec Naumann, qui a donné une conférence tentant de ridiculiser la primitivité du Japon. Il ne s'agissait d'ailleurs pas non plus de défendre la maturité de la culture et de la civilisation du Japon avant Meiji, mais plutôt de ce qui a plus largement été construit grâce à l'univer-



Femmes en costume traditionnel dans une rue de Kyoto.
Photo Psy Cause, 18 octobre 2014.

salité. Dans ce sens, la compréhension de l'homme par Ôgai au début du 20^{ème} siècle, pourrait même être vue plus largement, comme dépassant le concept de l'histoire universelle (« *die universalgeschichte* ») avancée par Max Weber. S'il y a eu une civilisation dans chacune des théories en dehors de l'Europe, la pensée d'anthropologie culturelle structuraliste selon Lévi-Strauss apparue au milieu du 20^{ème} siècle, c'est-à-dire la reconnaissance de ce qu'on appelle « la pensée sauvage », a permis de percevoir l'auto-critique, et nous pouvons peut-être dire qu'Ôgai était un précurseur de la relativisation avec l'Europe de l'Ouest. Il était lié à la pensée de décentralisation de la modernité de l'Europe de l'Ouest et cette relativisation a été rapidement possible car il se situait en dehors de l'Europe. Cependant, même s'il était situé en dehors de l'Europe de l'Ouest, sa pensée définie et différente existait dans son for intérieur, mais dans un sens autre, dans un contexte de l'histoire de la pensée du début du 20^{ème} siècle.

La critique de la modernité soulevée par Ôgai était une précaution envers l'éventualité d'une perte de liberté, par la transformation d'un concept en idéologie. Mais, en tant que réflexion esthétique, cela concernait surtout une spécificité liée à une théorie sur les médias. La majorité des médias s'investissait dans la production de représentations (« *vorstellung* ») non régulées. Dans un cadre de compréhension esthétique, Ôgai avait précisé ce qui était lié à la vie de l'homme, ce qui pouvait être transformé et, l'état pathologique de la pensée et de la société produit par la modernité a été observé comme une violence faite à l'homme par une représentation médiatique extrêmement diffuse. Pour Ôgai, même en reconnaissant la signification de la pensée d'émancipation féminine en tant que concept importé par la modernité, un doute subsistait quant à toute démarche non critique. De ce fait, uniquement face à des images de la « femme nouvelle » qui circulaient en tant que mode, en tant que concept de libération ou de représentation figé, l'universalité a pu se matérialiser ici dans son sens vrai, affranchie de toute idéologie. Ôgai, dans un certain sens, ne reconnaissait la nature de l'homme spontané ; à cette période que voulait dire « femme nouvelle », dans le sens réel qu'elle devait avoir ?

Enfin, dans son for intérieur, Ôgai questionnait froidement jusqu'à l'idéologie même de la vision progressiste de l'histoire, comme cause d'une maladie liée à la modernité, qui portait en elle-même un critère de jugement de valeur unique reposant sur la « nouveauté », depuis la querelle des nouveaux et des anciens, pensée devenue une autre source de la modernité de l'Europe de l'Ouest.

En hommage à Mathieu Tognidé

Le 17 septembre 2015, nous parvenait un courriel de l'association béninoise de psychiatrie qui annonçait le décès « du Docteur Mathieu Tognidé, Professeur titulaire de psychiatrie et directeur du CNHUP, le dimanche 13 Septembre 2015 au CNHU de Cotonou des suites d'une courte maladie. » Le Pr Mathieu Tognidé est à l'origine de la vocation internationale de notre revue.

L'ensemble de l'équipe de Psy Cause est conscient de ce que nous lui devons. Après notre congrès de février 2008 à Parakou (Bénin) dont il fut l'un des principaux artisans, au premier semestre 2010, il obtient du Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur (CAMES), la reconnaissance de la revue Psy Cause. Dans le même temps, il nous encourageait à nous ouvrir aux professionnels de l'Afrique Subsaharienne. Au dernier trimestre de cette même année, ces derniers faisaient leur entrée dans le nouveau comité de rédaction francophone. En septembre 2012, notre association modifiait ses statuts pour devenir une association internationale. En février 2014, la Société Africaine de Santé Mentale votait à Ouagadougou un partenariat avec notre association/revue. Ce fut alors la dernière rencontre entre le directeur de la revue Psy Cause et le Pr Mathieu Tognidé.

En témoignage de notre reconnaissance, nous offrons à sa mémoire la seconde partie de ce N°70. Cette dernière s'ouvre avec un article français sur la bipolarité qui articule la clinique, la psychanalyse et la dimension littéraire, exemple de l'originalité du champ sémantique de notre revue. Le second texte nous vient de Guyane, d'un pôle de psychiatrie dont la responsable, la Dr Linette Tédongmo, connaît notre revue pour l'avoir lue pendant ses études de psychiatrie au Bénin où elle fut l'élève du Pr Mathieu Tognidé... Nous venions en mars 2016 à Saint Laurent du Maroni, dans ce coin de France en Amérique du Sud où se croisent des populations amériindiennes, africaines et européennes, pour y préparer un colloque. L'auteur de l'article, Mr Pascal Schindelholz, cadre de santé, nous parle de l'infirmier référent et de la psychothérapie institutionnelle, d'une forme de travail de terrain qui fait partie de l'identité de Psy Cause.

Viennent ensuite trois articles ivoiriens qui articulent la psychiatrie, la santé mentale et l'anthropologie : le premier traitant d'une psychothérapie de groupe traditionnelle, le bouami, le second, d'une action de santé mentale pour prévenir les infections par le virus Ebola, le troisième, des représentations de l'épilepsie en pays bété. Nous clôturons cet itinéraire à Ouagadougou avec un travail réalisé dans cette ville sur les conduites alimentaires anormales au cours de la grossesse.

Le Pr Mathieu Tognidé avait pressenti un rôle pour notre revue qu'il imaginait à même de conjuguer les différents registres que nous avons regroupés dans cet hommage.

Jean Paul Bossuat



Le Pr Mathieu Tognidé au congrès de la Société Africaine de Santé Mentale à Ouagadougou, le 4 février 2014. Photo Psy Cause.



Annabelle Montagne

Les troubles bipolaires : quelques réflexions et une esquisse d'une piste thérapeutique

Auteurs : Annabelle Montagne

Résumé : la logique nosographique psychiatrique actuelle est posée en termes de troubles de l'humeur, éloignant le soignant d'une lecture structurale de la pathologie psychique. À ce titre, la psychose n'est plus considérée comme intrinsèque au TBP. Elle reste un enjeu de la compréhension de la souffrance du sujet. La psychanalyse maintient des perspectives d'investigation psychopathologique sous l'angle de la singularité du sujet. En ce sens, le statut de l'objet et la place du narcissisme sont articulés dans l'approche du maillage subjectif spécifique du processus maniaco-dépressif. Le moi du sujet mélancolique, inélaboré sinon inélaborable, porte l'ombre d'un objet absent qui entretient sa souffrance masochiste. Absent de sa propre vie et du lien à l'Autre, le sujet y exprime l'énigme de son existence. La clinique offre parfois l'expérience d'une rencontre avec le patient sur le lieu de cette énigme, là où quelque chose de lui en tant que sujet n'a pas pu advenir. Peut-on faire advenir l'objet et faire vivre le présent ?

Mots clés : Narcissisme, subjectivation, psychothérapie, troubles bipolaires.

Abstract : psychiatric nosographic logical is presented in terms of moods disorder, sparing the caregiver a structural reading of psychic pathology. As such, psychosis is no longer seen as intrinsic to TBP. It remains a challenge to understanding the suffering of the subject. Psychoanalysis maintains investigative psychopathological perspectives in terms of the uniqueness of the subject. In this sense, the status of the object and the part of narcissism are articulated to approach specific subjectivity of manic-depressive process. The ego of the melancholic subject, not developed, bears the shadow of an absent object that maintains its masochistic suffering. Absent from his own life and from relationships, the subject expresses the enigma of his existence. In clinical situation, the experience of an encounter with the patient happened in the place of this enigma, where something of himself as a subject could not happen. Can we bring about the object and can we occurred the present time ?

Keywords : Narcissism, subjectivation, psychotherapy, bipolar disorders.

Considérations sur l'évolution du paradigme théorique concernant les troubles bipolaires

Autrefois, la notion de psychose, « maladie de l'âme » faisait que le sujet était considéré comme « fou » aux yeux de la société. Elle a laissé la place à un spectre clinique bien plus vaste et à la richesse nosographique des psychoses. Aujourd'hui en psychiatrie, au diagnostic de Psychose-Maniaco-Dépressive (PMD) est préféré celui de « trouble bipolaire ». À ce titre, la psychose n'est plus considérée comme systématiquement intrinsèque au TBP, mais elle reste un enjeu de la compréhension de la souffrance du sujet. La lecture en termes de troubles de l'humeur épargne la difficulté du travail théorico-clinique nécessaire à l'élaboration d'une nosographie d'essence struc-

turale. Même si la symptomatologie des TBP est décrite avec minutie, les critères biologiques et psychogènes sur lesquels se base le diagnostic restent imparfaits. Avec l'appellation « bipolaire/bipolarité » on retrouve la notion de tempérament et à l'idée d'un continuum entre normal et pathologique, allant du caractère cyclothymique à l'installation d'une PMD¹. La PMD n'est plus considérée comme une entité isolée. Cela actualise la notion de vulnérabilité dans l'expression de la structure de personnalité du patient. L'approche thérapeutique d'essence psychanalytique conduit à penser le sujet dans sa singularité. Elle incite à une clinique de l'éprouvé, au-delà des processus psychopathologiques de la manie et de la mélancolie, la parole du patient étant à priori entendue comme la sienne unique, originale, et non comme celle du bipo-

laire » ou du « patient psychotique » en phase mélancolique ou maniaque. Le statut de l'objet et la place du narcissisme y sont articulés pour déplier le maillage subjectif spécifique du processus maniaco-dépressif.

L'idée ici n'est pas de passer en revue ni d'argumenter les différentes approches théoriques concernant la « bipolarité ». Les lectures structurales psychanalytiques, les théories issues de la psychiatrie Kretschmerienne de l'humeur, la vision DSMique américaine et d'autres, conduisent à des conceptions parfois éloignées. Conscients de cela, nous choisissons, sur la base d'une lecture structurale d'essence freudienne, de nous appuyer sur des outils théoriques élaborés par des auteurs classiques comme Freud ou Mélanie Klein. La prise en compte du parcours existentiel du sujet nous amène à incorporer un angle de vue développemental à notre réflexion, défendue par J. Hassoun dans son oeuvre sur la mélancolie². Ainsi nous tentons de nous approcher de la compréhension du sujet bipolaire, et de ses modalités de construction psychique, et proposons une esquisse thérapeutique, développée à partir d'une vignette clinique.

Le statut du Moi à travers les polarités du trouble bipolaire

Pour Freud la mélancolie est du registre de la névrose narcissique³. La mélancolie met en scène un moi soumis aux pires critiques, rejeté, et contraint à exprimer un non-droit à vivre sous ses formes les plus cruelles. Les symptômes manifestent un retrait du monde (anorexie, perte du sommeil, anhédonie, catatonie). Freud nous dit que « l'ombre de l'objet est tombée sur le Moi » : Le moi survit grâce à cette ombre portée⁴ qui le recouvre et l'érotise, et qui en même temps masque et sabote le narcissisme du sujet lui-même.

Un patient mélancolique, qui commençait parfois ses phrases par « Moi », me disait : « Excusez-moi pour le moi, c'est le soi qui est important, plus important que le moi ». Ainsi le moi est pris pour objet par le sujet. Mais alors, qu'est-ce qui pourrait donner naissance à un désir propre au sujet, sinon cette aliénation à lui-même et à sa souffrance masochiste ?

Dans la manie, le moi triomphe au prix d'un surinvestissement de l'objet - objet qui n'est qu'un leurre, qu'un faux miroir narcissique - car s'il y a exaltation, avec ou sans présence d'un délire, c'est bien, cette fois, que le moi ne peut survivre que dans l'« effervescence emportée⁵ » du moment. La création artistique se trouve être pour certains un moyen de donner une réalité à ce qui ne peut être, ou qui ne peut advenir qu'en étant déposé sur un

support. Le faire advenir afin que ce quelque chose puisse prendre forme pleine. À travers la peinture par exemple, le patient ne tente-t-il pas d'accéder/d'invoquer le Réel par des représentations figurées ?

Manie et mélancolie sont les deux faces d'une même pièce de monnaie ternie d'un côté, éblouissante de l'autre⁶.

Ballotté entre deux mondes⁷, le moi ne trouve jamais à ériger sa grandeur à partir d'un socle narcissique solide qui supporterait le poids de sa misère. Il est tiraillé entre l'objet perdu, et l'objet qu'il aurait du/pu être. Les troubles bipolaires de l'humeur témoignent de la nécessité de ré-élaborer le moi, à travers deux destins différents du narcissisme : le destin mélancolique, le destin maniaque. Et cela selon une temporalité propre à chaque patient, non linéaire et répétitive, ce qui renvoie à la notion de cyclicité.

Les symptômes de type psychotique renvoient à une fascination pour quelque chose de non symbolisé dans l'élaboration du moi. Dans le processus de construction moiïque, l'intégration de l'ambivalence au sens kleinien⁸ serait suffisamment aboutie dans la mélancolie pour que le sujet ait conscience de la « perte de l'objet », mais insuffisamment pour que sa libido narcissique n'ait pas été engloutie et donc abandonnée avec (à) l'objet. Une hypothèse serait que c'est à ce point de régression que nous convoque le discours du mélancolique, c'est à dire à un noeud développemental spécifique, et essentiel : celui du passage à la position dépressive. On peut voir dans les symptômes dépressifs mélancoliformes, les virages thymiques majeurs ou les manifestations de type psychotique, les caractéristiques de cette régression, qui implique un effondrement narcissique. Le but pulsionnel serait de donner une chance à une (re)élaboration du moi.

Dans la dépression mélancolique on observe un mouvement de l'ordre d'un repli schizoïde. Aucun objet n'a plus de valeur qu'un autre, tout est mis au même niveau d'(in-)importance. Il s'agit de ne plus « être au monde » ce qui est une façon paradoxale de rester en vie. L'état mélancolique rend compte d'un processus de descente aux enfers, le sujet attend, soulagé, épuisé, anéanti, dans son vide.

La solidité du moi mais aussi sa légitimité sont précaires. Plutôt qu'un manque d'élaboration du moi (au sens insuffisant), il s'agit d'un manque au sens du défaut, du vide, du « trou noir ».

2- Hassoun J. (1995). La Cruauté Mélancolique. Paris : Aubier Psychanalyse

3- Dans la théorie freudienne, la névrose narcissique constituait initialement un type de névrose dans lequel le transfert était estimé inopérant. Lors de son « tournant de 1924 », Freud reconsidéra le terme et en désigna uniquement la mélancolie, ce qui la distingue à la fois de la névrose et de la psychose.

4- Nous faisons référence ici à l'assertion « L'ombre de l'objet est tombée sur le moi ». Freud S. (1988). Deuil et Mélancolie. Œuvres complètes, tome XIII. Paris : PUF, p. 56.

5- Pinel P. (2002). Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. Paris : Richard Caille-Ravier, 1800. Réédition. Paris, L'Harmattan, p. 189

6- Le renversement d'une polarité à l'autre n'est pas systématique (notion d'unipolarité).

7- Les troubles bipolaires pourraient être appelés « maladie de Janus », dieu des commencements et des fins, représenté avec une face tournée vers le passé, l'autre vers le futur.

8- Nous faisons référence ici aux concepts principes de la théorie kleinienne (Cf. Segal H. (2011). Introduction à l'oeuvre de Mélanie Klein. Paris : PUF). L'accès à l'ambivalence (juxtaposition du « bon » et du « mauvais » objet dans une représentation unifiée) de l'objet préfigurerait la position dépressive dans le développement précoce du sujet.

De l'objet perdu à l'énigme existentielle chez le sujet bipolaire

La perte d'objet : entre deuil, mélancolie, et manie

À travers la question du deuil travaillée par Freud, on comprend que le deuil mélancolique n'est pas « normal » au sens névrotique dans le sens où l'intériorisation de la perte n'est pas opérante, car la représentation de l'objet n'est pas aboutie. Le mélancolique ne sait pas ce qu'il a perdu « avec » l'objet disparu faute de liaison pulsionnelle entre les représentations de choses et son inconscient. Quand bien même aurait-il conscience de « ce qui a été perdu » avec l'objet, celui-ci est-il substituable ? On est dans un phénomène d'incorporation oral propre à l'identification primaire qui n'admet pas l'existence d'un Autre, qui annihile la potentialité d'une « substitution » ultérieure de l'objet.

Contrairement à ce qu'on retrouve dans le deuil « normal », les traits de l'Idéal du moi sont déchus avec l'objet perdu, et l'identification adhésive à celui-ci empêche le retour du sujet à son existence propre. Le mélancolique, sous le joug d'une désintrication pulsionnelle, ne se tourne pas vers l'extérieur pour réinvestir le monde de sa libido. On a d'un côté l'endeuillé « normal », et de l'autre le mélancolique/le maniaque. Un parallèle peut être établi entre la manie et la notion de « fête » telle que l'expose Freud (1913) dans *Totem et Tabou*⁹. Celle-ci est considérée comme une sorte d'étape du deuil, élément princeps du concept de névrose. Durant la fête, la loi est bafouée, outrepassée de façon temporaire pour être mieux réintégrée ensuite, et aussi pour unir la « foule fraternelle ». C'est à travers la naissance du lien aux autres qu'un lien à l'objet serait maintenu. Le deuil comporte une dimension de sociabilité, de mise en relation sinon de civilisation. Dans l'état maniaque, la perte des conventions induites par l'état d'exaltation et la perte des repères sociaux et moraux correspondent à une période de fête où l'orgie d'investissements relationnels fêterait le moi dans sa toute-puissance. Pendant cette période, le sujet fait également l'économie de la souffrance, en accédant à un sentiment de triomphe sur la vie. Ainsi la manie transgresse la loi, et si la manie cède, on tombe dans la mélancolie. En ce sens elle pourrait correspondre à la fin de la fête, ce moment « au bout de la nuit » interminable au cours duquel on est exténué, mais dans l'impossibilité de prendre congé, de quitter la fête usée qui doit continuer.

Sur le lieu de l'énigme...

Le statut de l'objet perdu est confus - et spécifique en cela - chez le mélancolique. Il interroge la nature et la qualité de la relation à l'objet primaire. Parmi d'autres poètes manipulant dépression et exaltation au gré de leurs productions littéraires, Baudelaire nous renseigne

sur la nature fusionnelle de la relation du futur mélancolique à sa mère. Dans une lettre adressée à sa mère (1861), il y dépeint un lien passionnel et cruel.

« Il y a eu dans mon enfance une époque d'amour passionné pour toi ; écoute et lis sans peur... Ah ! Ça a été pour moi le bon temps de tendresses maternelles. Je te demande pardon d'appeler bon temps celui qui a été sans doute mauvais pour toi ; tu étais uniquement à moi. Tu étais à la fois une idole et un camarade.

Tu seras peut-être étonnée que je puisse parler avec passion d'un temps si reculé. Moi-même j'en suis étonné. C'est peut-être parce que j'ai conçu, une fois encore, le désir de la mort, que les choses anciennes se peignent si vivement dans mon esprit. »



Le poète Charles Baudelaire

Le sujet mélancolique adresse son discours à l'Autre à l'endroit atteint par la régression, à l'endroit de l'insaisissable, Lacan dirait « au Réel ». Il nous cherche et nous entraîne dans un sentiment d'angoisse de perte et de mort. On se trouve non pas dans une dimension anacritique, mais dans une symbiose résiduelle primitive, archaïque, psychotique, colorant le rapport au monde du sujet. Pris dans le discours maternel, son discours ne s'érige que sous couvert de l'expression d'un non-sens existentiel, d'un non-advenu, adressé à l'Autre. Pour le mélancolique, il ne s'agit plus de perte (ni d'angoisse de perte) mais d'énigme douloureuse. Incapable du renon-

9- Freud S. (2004). *Totem et Tabou*. Paris : Payot

cement au sens névrotique qui donnerait un sens au manque, le mélancolique reste à l'endroit où la perte de l'objet n'est pas advenue. Il y a « manque du manque »¹⁰. Un manque qui tient lieu et place d'un sevrage inabouti, amer, dans lequel la mère l'a laissé choir. Le mélancolique n'a pas connu de la part de l'objet primaire un amour capable de supporter son détachement, et qui fonde son narcissisme propre¹¹. La naissance du sujet est restée en suspend, le laissant en bascule dans un paradoxe existentiel invivable. Un patient en état mixte, victime de sa tachypsychie débordante, ne parvenait plus à s'adonner à ses élucubrations poétiques. En proie à ses maux et privé de ses « mots », il dit : « Avant j'avais une voix/voie¹². Je l'ai perdue. Je suis errant. ». Cela renvoie au rôle spéculaire fondamental de la mère, contemporain du stade du miroir. Ici est mise en jeu la capacité de celle-ci à nommer et à porter du regard le reflet du sujet dans le miroir, afin qu'il puisse s'identifier à son image. Ainsi c'est la présence de la voix et du regard de l'Autre qui donne une chance à la subjectivité de trouver sa voie.

Le mélancolique n'accuse pas l'autre d'être le responsable de sa condition, il en attend une réponse sur l'origine de son malheur, en tant qu'agent parmi d'autres de l'énigme causale de son état de passionné, dramatique et déchu. À la différence du paranoïaque qui, lui, trouve la « solution » protectrice de son narcissisme en désignant des persécuteurs extérieurs, le mélancolique se sentirait persécuté par le fait que l'autre trouve un équilibre dans l'énigme mortifère de l'existence. On est dans une homéostasie morbide.

De la tachypsychie à l'existence de l'instant

Vignette clinique

M. B, étiqueté bipolaire, est hospitalisé en psychiatrie, en état mixte, ce qui était le motif de son hospitalisation, destinée à adapter son traitement psychotrope. Nous livrons ici quelques éléments anamnestiques. Il est le second d'une fratrie de trois. Le père est mort d'une crise cardiaque lorsque M. B avait 24 ans, un père décrit comme absent dans le discours du patient : « il était absent, pas physiquement, mais « pas là ». Au cours des entretiens cliniques, l'entretien clinique, la nature ambivalente de la relation entre M. B et sa mère s'est avérée flagrante. Depuis le décès de la mère l'an passé, l'entente avec les soeurs est devenue très difficile et M. B se trouve isolé de la famille. La première hospitalisation de M. B a lieu à l'âge de 16 ans pour un état maniaque, et fait suite à un épisode dépressif vécu dans 15^{ème} année. M. B rapporte le début de ses troubles avérés comme étant en lien avec ses premiers émois d'adolescent pour une jeune

filles. La mère du patient serait à l'époque intervenue de façon intrusive dans sa vie pour mettre fin à une relation à peine naissante avec la jeune fille en question.

M. B se présente à autrui comme « poète », bien que, pour lui, ce soit « aux autres de juger si l'on est un poète ou non ». Fêré de poésie, créatif, il m'a parfois touchée, époustoufflée par ses quatrains énoncés au détour de la conversation. M. B dit n'avoir rien gardé de ses productions poétiques écrites, et que tout a été « éparpillé » au gré de ses rencontres. Pour lui « Conserver ses écrits n'a pas vraiment de sens car le temps de les écrire, c'est déjà du passé ». Peut-être est-on ici au coeur du trouble spécifique du rapport au temps chez le mélancolique. Ce qui est passé n'a pas de valeur, en tout cas pas une valeur qui vaille la peine que l'on en conserve une trace.

Pourtant en lisant le dossier, classé avec le compte-rendu d'une hospitalisation en 1993, j'ai pu trouver sur un papier jauni les mots suivants adressés à son psychiatre : « Poète malheureux, je fais le vœu que tout ce que j'ai pu construire ne soit pas perdu à jamais », comme si cette fois pour « être » il fallait « avoir été » et que l'histoire passée méritait qu'on lui accorde un sens. M. B a pu dire au cours des entretiens qu'il cherchait « son unité », que « parfois il la trouvait, parfois il la perdait ». Son talent lui permet néanmoins de transmettre une certaine création dans l'ici et maintenant.

Je tente de livrer, ici, mon regard quant à une situation clinique qui me paraît chargée de sens. Alors qu'il était exalté, logorrhéique, tachypsychique et plongé dans la fuite des idées propre à sa pathologie, quelque chose de l'ordre d'une rencontre me semble avoir eu lieu. Après ce flux de paroles complètement dispersé, éclaté, autogriquant, s'est produit un moment où le temps s'est suspendu dans un silence « plein », dense : « Oh temps suspend ton vol »...¹³. Lors de cet « arrêt sur image » le regard du patient et le mien sont restés figés, celui du patient se posant littéralement dans le mien, et réciproquement. J'appellerai cela un moment de communion. Dans un terme d'essence plus mystique, on pourrait dire une « seconde d'éternité » lors de laquelle s'est construit quelque chose entre nous : un invisible pont émotionnel ou « accordage » psychique. Il semblait là que M. B était allé au bout de sa tachypsychie, de sa logorrhée stérile qui ne servait qu'à masquer sa souffrance et/ou son angoisse, à remplir un vide inacceptable. Ce moment apparaît comme antinomique de l'état maniaque, ainsi que de l'état mélancolique.

Peut-être ici le discours de M. B avait-il pu trouver une adresse dans l'Autre, s'y loger ? S'agissait-il d'une « guérison », d'un intermède, d'un barrage émotionnel, ou au contraire d'un raccrochage à la vie, à l'envie, à l'humain ? Cela m'a semblé en tout cas être une parenthèse

10- Hassoun J., op. cit, p. 89

11- Le poème en prose intitulé « La Corde » de Baudelaire nous paraît illustratif de la nature du lien supposé entre la mère et le sujet mélancolique (Baudelaire C. (2003) « La corde », in Le spleen de Paris. Paris : Librairie Générale Française. P. 153-158)

12- La polysémie du mot « été » précisée par le patient lui-même.

13- Lamartine A. (de) (1981). Le lac. Les Méditations poétiques. Paris : Gallimard



*Les pleureuses se lamentent, saisies par le deuil, au passage du cercueil du haut dignitaire Ramose. Vallée des nobles sur la rive ouest de Louxor. Tombe du Nouvel Empire égyptien, sous le pharaon Aménophis III.
Photo Pry Cause.*

réhumanisante dans son état mixte. J'ai eu à cet instant l'impression d'exister dans son paysage. C'est un vécu contre-transférentiel à travailler sans doute, mais qui illustre avec force que la thérapie est co-construction. Avais-je été thérapeutique ici ? J'avais été là, j'avais été... Et lui aussi. C'est pourquoi l'investigation de ce moment m'a parue judicieuse. La réalité est devenue partageable entre nous. Mais justement, qu'est ce qui a été partageable et, j'ose dire, partagé ? Était-on à ce point de l'entretien, parvenus à la « solution de continuité » c'est-à-dire à un point de rupture dans la dynamique psychique de M. B., l'extirpant de l'isolement poignant de sa logorrhée morbide et mortifère ?

La parole s'était tue. Pourtant par son (quasi)monologue servi par sa pensée toute puissante, il était loin d'avoir écumé toute l'absurdité de l'existence... Étions-nous « vidés » en quelque sorte, tous les deux ? Vidés, sans doute... Vides, non. Anéantis non... Néantifiés plutôt, et réhumanisés en même temps. Car peut-être, j'en fais l'hypothèse, dans ce moment de fusion, nous faisons le constat de notre condamnation¹⁴, dans le présent. Et c'est dans cet universel que quelque chose a pu s'unifier, et nous ré-unir.

Jusque-là l'entretien avait été soumis à la diffluence du discours de M. B. Les mots se précipitaient dans une vision kaléidoscopique du monde, comme s'il y avait quelque chose d'exceptionnel qu'il aurait voulu me transmettre dans son exaltation. Passant en revue le monde et la situation sous des angles existentiel, philosophique, pragmatique, nous en sommes venus au contexte actuel et à la situation concrète de la réalité de l'entretien. Voici, en ce sens, quelques réflexions énoncées par M. B. : « Les poètes et les fous on les enferme ». Ainsi, sous le prisme de la folie « qu'est-ce que la nor-

malité dans ce monde ? », et ici-même « que faut-il faire pour être normal ici (dans le service de soin) ? » Au-delà de l'interrogation du « normal et du pathologique », le patient m'interpellait sur le plan de l'essence de notre existence (Qui est-on, ici, maintenant ?). Tout était décontextualisé, et il ne restait plus que le « contenu » de la rencontre, un contenu mis à nu, au présent. Nous en revenons ici à l'impression de néantification. Ce « rien » fait écho au vécu de néantification présent dans le délire de Cotard. Certes, nous ne sommes pas ici dans ce délire mais on est pour partie, néanmoins, dans une expérience de l'ordre de la psychose. Le contexte matériel (unité de soin, bureau, cadre de l'entretien clinique, relation duelle) a été dépassé pour faire advenir un moment de fusion ; pas une confusion mais une communion.

Une rencontre punctiforme a eu lieu et une énergie a circulé. Un physicien pourrait appeler ça un trou noir. Ce temps circonscrit d'entretien constitue un terrain fertile dans le champ d'investigation des troubles bipolaires. La description que j'ai tenté de livrer au plus près de mon ressenti contre-transférentiel paraît propice à l'élaboration d'outils thérapeutiques avec des personnes en état maniaque. Dans la situation présente, sans outil, et attachée à mon cadre conceptuel théorico-clinique, à ma posture de clinicienne, à ma normativité, je m'en suis tenue au cadre. Je suis « sortie » du moment de fusion par un « Que se passe-t-il pour vous maintenant ? », orientant l'entretien vers sa fin. M. B. a verbalisé ce qui était présent pour lui : un vécu d'« apaisement... le bruit du vent à l'extérieur, la luminosité », se positionnant en méta-regard. Dépassant la posture du patient chronique ou du poète usé, il avait soutenu, vécu ce moment. Nous avons été ici subversifs par rapport à

14- Étymologiquement, nous étions destinés à être damnés, tous deux. Condamnation renvoie aussi à la notion de sentence définitive, et en ce sens à notre condition d'humain mortel, lucide, condamné à la conscience que l'existence, ce n'est que quelques lettres enfermées dans un mot.

15- Winnicott D.W. (2006). La mère suffisamment bonne. Paris : Payot et Rivages

la logique de la manie, et authentiques dans une logique interpersonnelle et soignant/soigné. Ce moment clinique pourrait évoquer certaines méthodes thérapeutiques orientales ou humanistes prônant la pleine conscience ou le plein contact. Pour finir, voici les mots par lesquels, M. B. commença l'entretien, dans une agitation sthénique et douloureuse : « Mais tout ne peut pas passer par les mots ! ».

L'instant « trouver-crée »

Le travail de l'analyste serait de « rendre à César ce qui appartient à César », de rendre ceci consistant en place d'un objet interne. Le travail thérapeutique ne consiste pas, ici, à combler le manque, puisqu'il ne s'agit pas de « manque » propre au névrosé et à la perte définitive de l'objet primordial. Il s'agirait de résoudre l'énigme... rien que ça ! Si nous ne prétendons pas le faire ici, nous proposons l'analyse du moment clinique comme une piste thérapeutique à penser et à nourrir. Nous avons tenté d'y retranscrire le potentiel créateur d'un instant vécu entre le patient et son interlocuteur. La tachypsychie a cédé la place à quelque chose qui pourrait s'apparenter à l'instant d'un « trouver-crée »¹⁵ winnicottien chez l'enfant, avènement de l'objet de l'ordre

du phénomène transitionnel. Cet instant renvoie à une temporalité figée autour d'un point de régression. Les deux interlocuteurs étant comme néantifiés, et finalement « ajustés », recréant l'illusion d'un objet psychique saisissable.

Créant un lieu de re-naissance où le moi peut être, dans l'ici et maintenant, et peut alors faire exister l'Autre. Le patient mélancolique cherche un recours dans l'Autre, il cherche une adresse, dans l'insaisissable du non-advenu, là où quelque chose est resté impensé. Et s'il n'a pas renoncé à trouver un interlocuteur qui l'entende dans sa souffrance, c'est peut-être parce qu'il dispose d'une forme de lucidité extrême, celle-là même qui fait sa douleur et son inadaptation. Pathétique, il insiste pour savoir comment fait l'autre pour réguler le manque, aliénant. Il cherche un lieu d'identification. Et sans doute est-ce là un point qui le distingue de la psychose en tant que structure à proprement parler. Cette chose « insaisissable » est à la fois son cheval de bataille qu'il manie avec habileté et avec lequel il met le monde à nu, dans toute son horreur et son absurdité. Cela instaure le mélancolique comme un prophète potentiel, celui qui aurait triomphé de cet écueil. A travers les harangues de ses élans maniaques, il ranimerait la passion, dénonçant l'indifférence apparente et normalisante des autres, face aux vertiges de l'existence mortelle.



Osiris retrouvé et ramené à la vie. Nubie 2005. Photo Psy Cause.

Bibliographie

- Anvion J.-M., Dassa D. (2000). *La psychose unique : aspects conceptuels*. *Neuro Psy*, 2, vol 15, p.88-85
 Baudelaire C. (2003) « La corde », *Le spleen de Paris*. Paris : Librairie Générale Française, p. 153-158.
 Freud S. (1988). *Deuil et Mélancolie*. Œuvres complètes, tome XIII, Paris : PUF
 Freud S. (2004). *Totem et Tabou*. Paris : Payot
 Hassoun J. (1995). *La cruauté mélancolique*. Paris : Aubier Psychanalyse
 Lamartine A. (de) (1981). *Le lac. Les Méditations poétiques*. Paris : Gallimard

- Murphy K. (2007). *La double vie de Baudelaire : le trouble bipolaire et la dépendance à l'opium*, p.10. <http://digitalcommons.uri.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1060&context=rhonorprog>
 Pinel P. (2002). *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*. Paris : Richard Caille-Ravier, 1800. Réédition. Paris : L'Harmattan, p. 189.
 Segal H. (2011). *Introduction à l'œuvre de Melanie Klein*. Paris : PUF
 Winnicott D.W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot et Rivages.



Pascal Schindelholz

L'infirmier référent en psychiatrie : le don du sens

Auteurs : Pascal Schindelholz

Résumé : Issu de la psychothérapie institutionnelle, le concept d'infirmier référent vise à faire du patient un co-acteur du soin. L'infirmier référent est un repère pour le malade aliéné par sa pathologie, et un interlocuteur pour la famille et l'entourage.

Mots clés : Psychothérapie institutionnelle, Acteur du soin.

Summary : According to french psychoanalytic therapeutic community movement called institutional psychotherapy, the concept of referent nurse aims to involve the patient in his care as a partner of his treatment. The referent nurse acts as a landmark for the patient while he is alienated by his pathology. He is a interlocutor for the patient's entourage and for his family.

Keywords : Institutional psychotherapy, care actor.

Infirmier référent est un concept issu de la psychothérapie institutionnelle. Cela signifie qu'il porte en lui les pratiques humanistes en service de psychiatrie. L'une des particularités de ce courant est de considérer le patient, bien que malade, comme le propre acteur de sa thérapie : L'infirmier référent vise alors, de par le partenariat qui est crée avec le patient, à lui donner une place d'acteur du soin et co-instigateur du projet de soins personnalisé le concernant.

Il est à différencier fortement de l'infirmier référent tel que le conçoit l'EBM (Evidence Based Medicine) et qui investit un champ clinique spécifique tel la douleur, les plaies et cicatrisation, l'hygiène... pour lesquelles il va utiliser les meilleures données scientifiques pour le prise en charge personnalisée de chaque patient dans le domaine à acquit une expertise.

La définition de l'infirmier référent, au sens où nous l'entendons donc, telle que donnée dans les revues professionnelles, est : « Un interlocuteur privilégié pour la personne soignée et/ou son entourage, mais également pour l'équipe infirmière et l'équipe pluri-professionnelle. C'est un vrai rôle de médiateur entre patient et partenaires du soin, garant du projet de soins infirmiers, de sa dynamique et de la responsabilité de la démarche de soins infirmiers. »¹

Un peu de clinique

Dans les unités où se mettent en place ces référents, il est important de travailler avec les IDE (Infirmiers Diplômés d'Etat) : Il s'agit réellement d'un engagement individuel, puisque si nous analysons le mot « référent » dans le sens juridique, il signifie « interdépendance qui lie 2 personnes² »

De quoi a besoin le patient dans cette maladie qui va « l'aliéner », c'est-à-dire le priver de liens ?

D'abord de pouvoir retisser peu à peu du lien qui participera de ses repères. Rappelons que nous visons à ce que le patient co-construise son projet thérapeutique. Sans repère, difficile de s'orienter dans cette construction si l'on veut faire une analogie topographique.

L'infirmier référent incarnera ce repère. Il partagera avec lui une relation empathique dans ce que Freud englobe dans la notion de transfert et contre transfert.

D'où l'importance du temps de réflexion dans le choix du binôme référent/patient. Il a été démontré depuis le père de la psychanalyse que ce phénomène n'est pas réservé à la cure analytique et qu'il existe dans toute relation dans le cadre du soin.

Le **transfert positif** permet au patient de se sentir en confiance, d'avoir envie de se livrer, de chercher à comprendre ce qui se passe pour lui. De façon inconsciente,

le référent sera pour lui « celui qui sait » et/ou qui représente une ou plusieurs personnes positives qui ont compté dans son existence.

En psychanalyse, le **transfert négatif** s'exprime le plus souvent « par l'attaque de l'analyste, du cadre, et des conditions qui président à la gestion de la cure, comme à son apparente « faisabilité »³. On peut arriver que le patient, dans l'expression de son transfert, nous identifie artificiellement à une personne faisant intimement partie de sa vie passée, son père ou sa mère par exemple. Une fois ce rôle clairement identifié, il ne s'agit pas de refuser la relation au patient. Toutefois, il est nécessaire

- d'une part de savoir que nous sommes dans un rôle et que c'est seulement un rôle auquel nous nous prêtons. Nous n'avons pas à abuser de cette position en termes de manipulation par exemple.

- d'autre part de laisser au patient la place, la possibilité de progresser que pourrait entraver le fait d'aller au bout de ce rôle.

Si nous ne sommes pas au clair avec ce que nous faisons auprès du patient, si nous nous laissons assigner cette place par le patient, alors le contre transfert négatif est rapidement présent par l'impuissance générée, ou le ras le bol d'un travail relationnel épuisant.

L'équipe se pose en relai lorsque la prise en charge par le référent met ce dernier en difficulté pour de multiples raisons : évolution phagocytaire du patient, de la famille ; agressivité passagère, charge de travail trop importante dans un contexte donné...

En conclusion

L'infirmier référent trouve toute sa place dans les unités où la prise en charge dure suffisamment de temps pour que cette modalité soit opérationnelle et profitable. Elle n'est pas l'apanage des unités temps plein : CATTP, CMP, HDJ sont autant de lieux où le patient aura le temps de tisser du lien avec son référent, construire son devenir avec lui et le reste de l'équipe pluri professionnelle.

Lorsque l'on observe un tableau impressionniste de trop près, ou en partie, on ne voit que des traits, des coups de pinceaux qui ne donnent qu'une image peu lisible de la représentation souhaitée.

L'infirmier référent, de par son appréhension multifocale, de par la distance qu'il va pouvoir prendre en approchant le sujet par ses multiples aspects aura une représentation de la personne beaucoup plus complète. Ce sera alors une force pour permettre au patient d'avancer lui-même vers sa « guérison ».

Et l'institution, parce qu'elle aura permis ce travail, parce qu'elle aura joué son rôle de contenant, mais aussi de porte ouverte vers un avenir dont le patient aura décidé sera bien un élément soignant également.

Il y a encore de la place pour la psychothérapie institutionnelle.

Annexe : La psychothérapie institutionnelle

Il s'agit d'un courant de pensée plus que d'une théorie thérapeutique créée dans les suites de la guerre de 39/45 au cours de laquelle des milliers de malades mentaux sont morts de malnutrition et mauvais traitements. L'un de ses créateurs est François Tosquelles, psychiatre à St Alban en Limagnolle en Lozère.

«La psychothérapie institutionnelle est une pratique psychiatrique qui recherche avant tout, pour le préserver, le côté humain de la relation. Impliquant le sujet dans une vie collective active et ordonnée, elle le met ainsi, bien qu'il soit malade mental, au centre de sa guérison»¹

« L'élan presque fondateur, c'est la prise de conscience, chez certains membres des équipes soignantes, qu'ils se comportent avec les malades un peu comme les gardiens des camps avec les prisonniers. Il s'agit alors de modifier l'institution, c'est à dire la structure de l'établissement, pour modifier les rapports soignants / soignés »².

La psychothérapie institutionnelle tente alors de « ...profiter au maximum des structures existantes afin d'essayer d'exploiter tout ce qui peut servir à « soigner » les malades qui y vivent » (Jean Oury, « La psychothérapie, de Saint-Alban à La Borde »).

L'institution est intégrée à l'arsenal thérapeutique. L'hôpital cesse d'être le lieu où l'on est enfermé et soigné pour devenir le lieu par lequel on est soigné.



PC de l'Hospitalisation Temps Complets Adulte. Pôle de psychiatrie de Saint Laurent du Maroni. Photo Psy Cause, 3 mars 2016.

3. Thierry Bokanowski : Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative. <http://www.societe-psychanalytique-de-paris.net/wp/?p=5853>

4. Séminaire du Pr Delion sur la psychothérapie institutionnelle ; 5 avril 2011

5. LES PRATIQUES DE GROUPE A L'AMPTA Intervention de Dominique Zavagli, (Association Méditerranéenne de Prévention et traitement des addictions), Marseille, le 27/03/12



Jérôme N'cho Kpatta

Culture, traumatisme et résilience : le bouami, (une psychothérapie de groupe) chez les Akyé de Côte d'Ivoire. Pour une contribution à une anthropologie psychiatrique

Auteurs : Jérôme N'cho Kpatta

Résumé : cette étude descriptive vise à construire scientifiquement le rite bouami pour en jeter les premières bases de sa formalisation en tant que psychothérapie de groupe. Issu de deux syllabes boua ou boa signifiant "procession" et mi traduisant "danse", ce rite est en réalité une danse de procession exécutée pour soulager toute une communauté frappée par un choc accidentel.

Cette ethnographie s'est construite autour de la méthode clinique dans l'aire culturelle akyé avec un entretien en profondeur. Seul le thérapeute, prescrivant et exécutant ce programme de guérison a été concerné. Et Abié, a été l'espace géographique choisi à cet effet.

La signification sociale et culturelle de cette danse au travers de sa nosologie, son étiologie et sa symptomatologie, sont identifiées et connues. En clair, sa valeur thérapeutique est démontrée. Les séquences sont planifiées selon une logique culturelle spécifique. L'efficacité de cette danse en termes de psychothérapie est consécutive au respect de la logique d'enchaînement des phases du programme.

La conclusion qui découle de ces résultats, dénote que la culture akyé, au travers de l'imaginaire populaire, créé la pathologie et propose en guise d'antidote un protocole pour sa prise en charge thérapeutique. C'est justement, ce que Georges Devereux traduit si bien dans sa formule : « la culture est à la fois pathogénique et pathoplastique ».

Mots clés : Côte-d'Ivoire, Akyé, bouami, culture, traumatisme, résilience, psychothérapie de groupe.

Abstract : This descriptive study aims to scientifically build bouami rite to lay the first foundations of its formalization as group psychotherapy. Coming two syllables "boua" or "boa" meaning "procession" and "mi" translating "dance", this rite is actually a procession of dance performed to relieve a community hit by an accidental shock.

This ethnography is built around the clinical method in Akye cultural area with an in-depth interview. Only the therapist prescribing and performing this healing program was concerned. And Abié was the geographical area chosen for the purpose.

The social and cultural meaning of this dance through its nosology, etiology and symptomatology, are identified and known. Clearly, its therapeutic value is demonstrated. The sequences are planned in a specific cultural logic. The effectiveness of this dance in terms of psychotherapy is respect for consecutive logical concatenation of the phases of the program.

The conclusion from these results indicates that the Akye culture through popular imagination created the pathology and proposes as an anti-adopts a protocol for its therapeutic management. This is exactly what George Devereux translates so well in his formula: « Culture is both pathogenic and pathoplastique ».

Keywords : Ivory Coast, Akye, bouami, culture, trauma, resilience, group psychotherapy.

Introduction : contexte et justification

Grâce à des observations directes d'un fait social dans un petit village (avec environs deux mille (2000) âmes) appelé Abié (situé sur l'axe Abidjan – Adzopé, à 75 Km d'Abidjan et 30 Km d'Adzopé). C'était la matinée du samedi 14 juillet 2012, un groupe d'individus marchait en procession sur voie principale du village, scandant des chants ; au même moment les autres villageois ne faisant pas partie du groupe abandonnaient des vivres et se blottissaient dans leurs maisons.

Au fait, tout ce qu'ils touchent ou interpellent revient au groupe (vivres et hommes confondus). C'est en fait, un système d'inclusion, car l'acte traumatique voire l'impureté et/ou bourbier couvrant les reclus, éclabousse tout humain (n'étant pas impliqué au départ) qui s'aventure auprès du groupe ou lui adresse la parole.

Comme d'accoutumée, les populations de la zone d'étude vquaient à leurs occupations quotidiennes. Soudain une nouvelle parvient au village « un enfant de dix ans (écolier en classe de CE2¹) a disparu dans la Mé (affluent du fleuve comoé) ». En partance aux champs, une mère et ses trois enfants empruntent une pirogue pour la traversée d'un cour d'eau situé à une vingtaine de kilomètres du village. Et c'est durant le parcours que l'incident eu lieu ; la pirogue a chaviré et un enfant est mort par noyade. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, un tel incident s'est produit au même endroit il y a plus d'un demi-siècle. C'est à dire en 1970 (où un piroguier a aussi chaviré et est décédé par noyade). En son temps, seul le recours à un protocole particulier appelé bouami a pu conjurer le mauvais sort et surtout mettre en route un acte de résilience pour venir à bout du traumatisme accablant cette communauté.

Incident et accident, à juste titre traumatiques tant pour les parents du jeune écolier que pour cette population d'Abié toute entière. Alors, comment venir à bout de cet acte traumatique ? De quelle disposition culturelle dispose le peuple akyé pour régler ce traumatisme ? A quel schéma de résilience recourt ce peuple ? Face à ces interrogations, comme d'une boussole, les érudits, en puisant dans l'imaginaire social, ressuscitent par une fouille archéologique un programme à la fois thérapeutique et de résilience pour gérer la famille éplorée explicitement et la communauté implicitement pour finir. C'est en réalité le bouami (psychothérapie de groupe) que les Akyé utilisent pour dénouer les conséquences de cette prison mentale. Quelle est sa structure logique ? Quels sont les fondements culturels de cette résilience et les raisons de sa conservation ? Cette étude qualitative vise donc à décrire le programme thérapeutique relatif au bouami tout en relevant les bases culturelles du schéma de résilience proposé aux traumatisés. Dès lors, dans une démarche inductive, ce rite sera présenté phénoménologiquement afin de mettre en exergue sa rationalité au travers de sa cohérence et de son efficacité face à ces cas de traumatisme.

Matériel et méthode

Site et population d'étude : seuls les individus (tout sexe confondu) impliqués dans la recherche et la trouvaille de la dépouille mortelle sont concernés. Mais le village d'Abié du département d'Adzopé fut la zone d'investigation, car c'est en ce lieu que les vestiges de ce rite concernant ce type de traitement ont été exhumés pour la seconde fois un demi-siècle après. Il convient toutefois de préciser que ce rite est coutumier chez tous les peuples akyé comme localisés dans la carte ci-dessous.



Carte synthétique des aires culturelles akyé entourées de rouge

Echantillon : le thérapeute et les pensionnaires uniquement de cette thérapeutique ont été interviewés. Ce fut onze (11) individus (une femme et dix (10) garçon). Précisons que ce sont des personnages d'un certain âge la trentaine révolue.

Outil : un focus group plus douze (12) entretiens individuels avec ces acteurs ont permis de recueillir l'essentiel voire, les fondamentaux qui sous-tendent ce phénomène social, global et total selon les termes de Marcel Mauss.

Technique d'analyse : la phénoménologie privilégiée comme technique d'analyse a servi à reconstituer ce programme depuis son identification (par sa nosologie, la typologie et le déballage des séquences thérapeutiques).

Résultats et discussion

Le nom, la symptomatologie et les étapes de soins sont connus. Ainsi, comme le traduit si bien le nom de cette psychothérapie de groupe (bouami) où, Boua signifie procession, marche en groupe et mi correspond à danse. Ce sont des gestuelles exécutées pendant une marche surtout avec les mêmes accoutrements depuis la recherche et la découverte du corps du noyé.

1. CE2 : cours élémentaires de niveau 2



Source : données d'enquête

Cette équipe regagne le village après avoir inhumé la dépouille sur la rive du fleuve (lieu du drame). Le signe majeur est de ne pas s'adresser à un individu qui n'appartient pas à cette grappe de recrues, ni même toucher à un animal, sous réserve de réquisitionner cet être vivant humain ou animal. Pour ce faire, ce programme se déroule durant toute une journée, les pensionnaires du bouami sont cantonnés dans la cour des parents biologiques du défunt. En ce lieu, ceux-ci considérés comme impurs reçoivent des dons (produits alimentaires) jetés en leur direction. C'est aussi de là que partent toutes leurs processions dans la ruelle centrale du village en allant vers le sud se décharger dans le courant de la rivière. Cette gestuelle qui selon la logique se répète trois (03) fois de suite, permet aux candidats de laisser à travers un bain rituel toute leur décharge négative pour se recharger positivement des ressources énergétiques de la nouvelle eau qui coule. Voir photos ci-dessous.

1. C'est un rite thérapeutique efficace contre les accidents graves perçus comme malheur social compte tenue de la rareté à laquelle ils surviennent.

2. Une prison mentale voire un trouble psychique au point où ne pas subir ou refuser de faire le rituel du bouami, c'est selon l'imaginaire social des Akyé, conduire d'une part les acteurs proches du traumatisme et d'autre part toute la communauté, dans une paranoïa d'une quelconque répétition de ce fait malheureux sur n'importe lequel de ses membres. Pour ce faire, contrôle social obligeant, toute la communauté villageoise de près ou de loin participe et veille au respect scrupuleux de ce programme de guérison de peur d'être frappé par une série de malheurs à répétition par sa non observance. Ici, pour assurer ce contrôle social, seul un technicien du sacré reconnu dans cette communauté en a le droit. Selon Kpatta (2010), le komyen – devin-guérisseur – se charge d'assurer la gestion du programme de guérison et de veiller au respect des valeurs socio-culturelles.



Source : données d'enquête

3. Comment en ce 21^{ème} siècle, dans une localité semi rurale et urbaine, avec toutes les commodités : un centre de santé, six temples religieux, de l'électricité, un château plus eau courante et des réseaux téléphoniques de troisième génération, en clair devant une telle société en transition où se tiraillent tradition et modernité, l'imaginaire populaire grâce à une fouille archéologique peut elle exhumer un rite encore valable et efficace pour conjurer le malheur ?

4. Pour dire vrai, la représentation sociale du traumatisme collectif exige une réponse culturelle adéquate afin de résilier les conséquences psychologiques graves qui pourraient en découler. C'est ce que vient confirmer à juste titre un passage de la thèse de Jérôme Kpatta (2010) citant la formule de Georges Devereux : « la culture est pathogénique et pathoplastique ». C'est à dire que cette variable culturelle a une incidence dans la consolidation de la personnalité de base durant le processus de socialisation de l'individu. Ainsi au plan collectif, celle-ci génère la pathologie et propose sa prise en charge en construisant un protocole thérapeutique grâce à son imaginaire social (qui réfère à sa conscience collective selon Freud Sigmund).

5. Le bouami en tant que danse thérapeutique contribue réellement au soulagement des souffrances post-noyade. Et cela par la répétition des allers et retours (sous la forme de procession) en parcourant la rue centrale du village (du Nord au Sud) vers une rivière tout au Sud, herbes et feuilles en mains, pour chasser

ou dissiper la peur de traverser une eau peu importe sa largeur et sa profondeur. Cette guérison mentale est confirmée par le témoignage des pensionnaires de ce programme, comme le démontre si bien l'Anthropologue Yvonne Guillou (2011, 17-20) : « calmer sa souffrance, c'est d'abord s'occuper de celle de ses défunts. Pratiquer les rituels pour les morts assure la résilience des vivants » et cela surtout en l'absence du corps du défunt. Le bouami est, d'abord et avant tout, un rite à l'endroit du noyé, ensuite un apaisement de l'âme de celui-ci, enfin un soulagement des pensionnaires voire celui de la communauté toute entière.

6. Ce rite s'achève obligatoirement par une purification en guise de transfert des séquelles traumatiques dans la rivière qui coule afin que la symbolique du recèlement puisse partir à jamais avec ce malheur. Ce transfert permet, selon l'analyse de Jérôme Kpatta (2014), de libérer les corps et la mentalité collective du poids à la fois physique et psychologique de la peur de sombrer à nouveau dans un événement traumatique identique. Ici, comme le montrent les images, les candidats, feuilles ou branche d'arbre en main, marchant sur des pierres, allant se mouiller dans l'eau de la rivière, exhibent la relation entre plusieurs hiérophanies comme le définit à juste titre François Laplantine (1974; 98-99) « révélation d'une modalité du sacré à partir d'un phénomène naturel, d'un objet, d'un lieu, d'un individu ». La hiérogamie « pierre- arbre-eau », même la forme élémentaire « arbre-eau », traduisent le mariage de deux hiérophanies associées dans le but d'accroître l'efficacité symbolique recherchée. C'est bien le principe universel de la purification qui est au centre de ce rituel. Ainsi, en visant la purification du corps biologique, ce symbolisme conduit à la régénérescence de tout l'être au sens local du terme et, selon le thérapeute komyen en charge du protocole, l'être en tant que : « corps, âme et esprit ». l'arbre en tant que symbole hiérophanique par exemple, désigne ici la puissance régénératrice voire le principe de toute vie cosmique

Conclusion

Le bouami au terme de notre analyse repose sur des éléments symboliques majeurs qui, grâce à leur exécution répétée, agissent voire impactent sur le biologique et le psychologique des individus tout en puisant leur efficacité dans le bassin culturel. Ainsi, le corps au départ

impur se purifie par la symbolique de l'eau et se régénère par celle de la feuille de l'arbre.

La taille de l'échantillon est certes réduite pour étendre les conclusions, mais dans une approche qualitative suivant une démarche inductive, il est toutefois plausible de rester dans un canevas raisonnable pour ne pas dénaturer la qualité de l'information reçue des enquêtés. La taille de l'échantillon n'est pas un biais suffisant pour entacher la qualité et la pertinence scientifique de la construction phénoménologique de ce rite de guérison. Cette forme de psychothérapie de groupe, mieux d'ethnopsychiatrie, construite à travers le rituel du bouami demeure une réponse culturelle de résilience efficace et valable face au traumatisme dû à un malheur grave et brusque chez le peuple akyé de Côte-d'Ivoire. Ce rite a un double enjeu : il contribue d'une part au repos de l'âme du défunt, d'autre part au soulagement mental de la communauté abattue par le malheur. En clair, c'est un cadeau culturel à promouvoir en ce 21^{ème} siècle où les catastrophes naturelles sont légions.



Source : données d'enquête

Bibliographie

GUILLOU Anne Yvonne, « Les rituels funéraires, y compris en l'absence des corps, et leur contribution au soulagement des souffrances post-génocide », *Psy Cause*, 2013, 64, 17-20.

KPATTA N'cho Jérôme, *Maladies mentales et thérapies dans l'itinéraire initiatique des guérisseurs akyé, l'exemple des komyen*, Thèse unique de doctorat en Sociologie mention Ethnologie médicale, sous la Direction de ESSANE Séraphin, Université Félix Houphouët Boigny, Institut d'Ethno-sociologie (IES), Abidjan -RCI, 2010, 457p.

KPATTA N'cho Jérôme, « N'kiki lo (n'kiki wou) une folie des vieux chez les akyé de Côte-d'Ivoire », *Revue Ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie - KASA BYA KASA*, 2014, 26, 165-175.

LAPLANTINE François, *Les 50 mots clés de l'anthropologie*, Toulouse : Edouard Privat, 1974.



Simon Konan Kouamé¹



Jean Marie Yessonguilana
Yéo-Ténéna²

Psychologie cognitive et comportements de prévention des infections à virus Ebola en Côte d'Ivoire

Auteurs : Simon Konan Kouamé¹, Jean Marie Yessonguilana Yéo-Ténéna²

Résumé : Depuis sa réapparition en Afrique occidentale en mars 2014 (OMS, 2014), la fièvre hémorragique à virus Ebola, est vue comme l'épidémie la plus sévère et la plus complexe qu'ait connu le continent. Malgré les mesures de prévention mises en place, certaines populations continuent leurs anciennes pratiques. Ces comportements motivent cette recherche qui vise à expliquer les infections à virus Ebola sous l'angle des processus cognitifs comme l'attribution causale et les distances cognitive et affective.

La réalisation de cette étude repose sur un échantillon de 400 personnes âgées de 30 à 40 ans, de sexe masculin, célibataires, ayant un niveau d'études équivalent au moins au CEPE. Les informations nécessaires à cette recherche sont recueillies à l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien. Les données traitées au moyen du Khi carré de Pearson ont permis d'obtenir des résultats qui montrent que l'attribution causale et la distance cognitive ainsi que la distance affective sont à prendre en compte dans l'explication des comportements à risque des populations en matière de prévention des infections à virus Ebola.

Mots clés : Attribution causale, distance cognitive, distance affective, virus Ebola, comportements à risques, accidents.

Summary : since its reappearance in West Africa in March 2014 (WHO, 2014), haemorrhagic fever Ebola epidemic is seen as the most severe and most complex ever known the continent. Despite preventive measures in place, some people continue their old practices. These behaviors motivate this research to explain the Ebola virus infections in terms of cognitive processes as causal attribution and cognitive and emotional distances.

The realization of this study is based on a sample of 400 people aged between 30 and 40 years, male, single, with level equivalent to at least the CPCE. The information required for this research were collected using a questionnaire and an interview guide. The data processed by means of the Pearson chi square have achieved results which show that causal attribution and cognitive distance and the emotional distance to be taken into account in explaining the populations in risk behaviors the prevention of Ebola virus infection.

Keywords : Causal Attribution, cognitive distance, emotional distance, Ebola, risk behaviors, accidents.

Introduction

La problématique des épidémies continue de préoccuper le monde scientifique et surtout la médecine qui tente de comprendre l'origine des maladies et de trouver les solutions adéquates pour préserver la santé des populations. La fièvre hémorragique à virus Ebola s'inscrit sur la liste des épidémies qui retiennent les énergies, compte tenu des dégâts qu'elle cause au sein des populations. Apparue pour la première fois en 1976, en RDC (autrefois Zaïre), la fièvre hémorragique à virus Ebola se montre comme une maladie qui défie le monde médical par sa virulence et sa complexité. Depuis mars 2014, cette maladie a fait sa réapparition en Afrique occidentale et plus précisé-

ment en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone faisant plus de 8641 morts sur 21724 cas recensés et 16000 orphelins (OMS, 2014). Les recherches menées sur la maladie montrent que la fièvre hémorragique à virus Ebola se transmet par le contact avec certaines substances telles que le sang, la sueur, les larmes, l'urine, les selles, le lait maternel, la salive, etc.

Face à cette menace, des mesures d'hygiène sont préconisées par cette institution internationale et appliquées par les Autorités gouvernementales. La mise en œuvre de ces mesures fait l'objet d'une sensibilisation approfondie à travers les médias nationaux et internationaux. Elles reposent sur la manipulation des animaux et aussi des humains dont la mort paraît suspecte. Les mesures de

1 : Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan-Cocody, UFR / Sciences de l'Homme et de la Société, Département de Psychologie, 02 BP 1272 Abidjan 02, Cel : (225) 05 76 45 52 / 40 87 86 93, courriel Kouamesimon@gmail.com

2 : Agrégé de psychiatrie, UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan, courriel yeostenena@yahoo.fr



Le virus Ebola.

prévention contre cette maladie concernent également la consommation d'animaux sauvages considérés comme des vecteurs de transmission de la maladie. En Côte d'Ivoire, les animaux tels que le singe, l'agouti, la biche, les chauves souris, etc. sont interdits de consommation. Pour renforcer la sécurité, les contacts entre les hommes même par les poignées de mains sont proscrits.

Malgré ces mesures d'interdiction divulguées largement par les médias privés ainsi que les médias d'Etat en vue de préserver la santé des populations, certaines personnes continuent d'adopter des conduites visant à sous-estimer les risques. Pour mieux expliquer de tels agissements, il importe d'orienter les réflexions vers l'attribution causale et la distance vues sous la perspective cognitive et affective, qui peuvent constituer des voies prometteuses de recherche.

La réalisation de cette étude s'articule autour de trois parties dont la première traite de la problématique. La deuxième et la troisième partie concernent respectivement la méthodologie et les résultats.

I- Problématique

Apparue depuis 1976 au Zaïre (actuelle République Démocratique du Congo), près de la rivière Ebola (OMS, 2015), la fièvre hémorragique à virus Ebola s'inscrit parmi les épidémies les plus sévères et les plus virulentes qu'a connu le monde et plus particulièrement l'Afrique subsaharienne. Le virus Ebola est même qualifié par les spécialistes de l'OMS comme étant l'une des maladies virales les plus graves connues chez l'homme. Cette maladie est causée par un virus faisant partie de la famille des Filovirus (Baize et al., 2014). Il s'agit d'une maladie fortement mortelle chez l'homme et le primate comme le singe, le gorille et le chimpanzé.

D'après Towner et al. (2008) et Baize et al. (2014), il existe cinq espèces de virus de type Ebola dont quatre sont susceptibles de causer la maladie chez l'humain. Il s'agit du virus Ebola Zaïre, Soudan, Taï et le virus de Bundibugyo. Le cinquième virus nommé virus Reston est propre aux primates car ne se manifestant pas chez l'homme. Baize et al. (op. cit.) soutiennent que l'Afrique occidentale est victime de l'ebolavirus Zaïre, le plus virulent des cinq virus identifiés.

Depuis son apparition en 2014 en Afrique occidentale et plus précisément en Guinée, au Liberia et en Sierra

Leone, la fièvre hémorragique à virus Ebola se montre comme l'épidémie la plus virulente (Baize et al., op. cit.). L'OMS (2015) estime à plus de 8641 morts sur 21724 cas recensés et plus de 16000 orphelins depuis la découverte de la maladie. Les recherches sur la maladie montrent, selon Casillas et al. (2003) et l'OMS (2014), que la fièvre hémorragique à virus Ebola se transmet par le contact avec certaines substances biologiques (sang, urine, sueur, larme, lait maternel, selles, salive, vomissures, etc.) d'animaux porteurs du virus. Le virus Ebola peut également se transmettre par exposition aux objets contaminés par les sécrétions de personnes ou animaux infectés. Il s'agit entre autres de vêtements, d'outils de soins comme les aiguilles et les lames.

Pour éviter les infections liées à cette maladie, des mesures de prévention sont mises en œuvres par l'OMS et reposent sur :

- le contact avec les animaux et les personnes suspects ;
- la manipulation des cadavres d'animaux et même des dépouilles de personnes dont les causes du décès restent médicalement inconnues ;
- la consommation d'animaux sauvages considérés comme vecteurs de la maladie. Il s'agit des singes, chimpanzés, agoutis et autres rougeurs, les biches, antilopes, gazelles, les chauves souris frugivores, etc. ;
- la prévention du centre de santé le plus proche en cas de détection de cas suspect.

En Côte d'Ivoire, en plus de ces mesures, le gouvernement a pris des mesures complémentaires qui concernent :

- les empoignades (poignées de mains), embrassades, accolades ;
- l'hygiène des mains avec des gels de mains ou avec de l'eau savonneuse. Pour veiller l'application de ces mesures, ce matériel est mis au service des usagers dans les lieux publics ;
- pour les cas déclarés, il est recommandé de procéder à une mise en quarantaine du malade. Dans le cas des animaux, il faut procéder à l'abattage.

Ces mesures de prévention édictées font l'objet de suivi rigoureux des Autorités gouvernementales. Dans les ports et aéroports, des tests de dépistage sont effectués afin de s'assurer de l'état de santé de l'immigrant.

Pour approfondir la sensibilisation, les médias sont sollicités pour montrer l'ampleur du phénomène et la nécessité d'appliquer les mesures de prévention mises en place. Malgré toutes les mesures de prévention mises en place par l'OMS pour freiner la transmission de la maladie, certaines populations ont tendance à opposer une résistance à ces mesures sécuritaires. Certaines vont jusqu'à empêcher les activités des humanitaires. D'autres, par contre, balaient du revers de la main ces interdictions sous prétexte qu'elles ne découlent que de l'imagination des occidentaux pour préserver la faune africaine. D'autres encore trouvent que la distance qui les sépare des zones à risque est tellement grande qu'un animal infecté ne peut arriver sur leur site. Pour contourner la ré-

pression des Autorités, plusieurs stratégies sont utilisées. C'est le cas des codes ou des sobriquets utilisés par certains consommateurs pour désigner la viande de brousse. Dans certaines localités comme les villages, les habitants se retirent dans la brousse pour se livrer à la dégustation des animaux sauvages.

Pour ce qui est des règles de sécurité concernant la manipulation des restes humains, les populations éprouvent de réelles difficultés à les appliquer pour des raisons culturelles. La culture africaine surtout subsaharienne recommande qu'après son décès, l'individu bénéficie d'un bain et d'un traitement digne d'un être humain. C'est donc une humiliation et même inhumain d'abandonner un simple malade qu'on peut entourer d'affection pour la dernière fois et le laisser mourir dans l'indifférence. Cette pratique amène les membres de la famille du défunt, les amis et le personnel soignant ne portant pas d'équipements de protection appropriés à manipuler les corps et à contracter la maladie.

Face à de telles situations, l'on est amené à se poser la question sur le fondement de tels comportements. Autrement dit, qu'est ce qui fonde de tels agissements malgré toutes les propagandes médiatiques sur la maladie et les conséquences d'un tel comportement à risque ?

Dans le domaine de la psychologie du risque, plusieurs facteurs expliquent le comportement de santé des individus. Il s'agit entre autres de la psychologie naïve dans la prévention contre le VIH SIDA par le port du préservatif (M'bra, 2008) où l'auteur montre que l'adoption du comportement de protection dépend de l'expérience que les individus ont de la maladie et aussi de la forme de la partenaire sexuelle. De même, Kouabenan et al. (2007) montre que la proximité avec le malade influence la perception que les agents de santé ont du SAMR (Staphylocoque doré). En dehors de ces aspects, nous pensons que d'autres maladies peuvent faire l'objet de réflexion scientifique en les mettant en relation avec d'autres facteurs.

En effet, toute personne ayant une manière particulière ou culturelle d'expliquer les phénomènes, surtout les plus insolites, n'est-il pas important d'orienter les réflexions vers les attributions causales que font les populations de la maladie ?

De même, le fait de penser que les zones à risque sont suffisamment éloignées pour qu'un animal infecté puisse reprendre la maladie sur un site donné ne pourrait-elle pas orienter les réflexions vers la distance cognitive qui est déterminante pour une recherche rigoureuse sur l'adoption de comportement de prévention des infections à virus Ebola chez certaines populations ?

Les sociétés africaines et surtout subsaharienne étant des sociétés foncièrement collectives, les individus développent des attachements affectifs les uns envers les autres. Cette relation socio-affective que l'entourage entretient avec un malade ne pourrait-elle pas justifier l'adoption de comportements à risque ?

II- Objectifs et hypothèses de travail

De manière générale, la présente étude vise à montrer que les facteurs cognitifs comme l'attribution causale, la distance cognitive et la distance affective influencent les comportements de prévention des infections à la fièvre hémorragique à virus Ebola.

Plus spécifiquement, la présente recherche tente de montrer que l'application des mesures de prévention de la fièvre hémorragique à virus Ebola est tributaire des causes auxquelles les individus attribuent l'occurrence des événements. De même, cette étude vise à prouver que l'application des mesures de prévention de la fièvre hémorragique à virus Ebola dépend de la distance cognitive qui fonde le raisonnement des populations. Dans un environnement social où le comportement des individus est foncièrement marqué par la solidarité, la réalisation de la présente étude vise à montrer que la distance affective affecte l'attitude des populations ivoirienne vis-à-vis de la prévention contre le virus Ebola.

B- Hypothèses de travail

Les hypothèses de travail qui fondent cette étude se déclinent en hypothèse générale et en hypothèses opérationnelles.

L'hypothèse générale stipule que l'attribution causale que font les individus, la distance cognitive et la distance affective influencent l'application des mesures de prévention contre la fièvre hémorragique à virus Ebola.

Quant aux hypothèses opérationnelles, elles sont au nombre de trois. La première hypothèse opérationnelle soutient que les individus qui font des attributions



"Evitions de manipuler les cadavres." (Document gouvernemental de prevention. Source : galsenspring.com).

causales internes sont disposés à appliquer les mesures de prévention contre la fièvre hémorragique à virus Ebola, alors que ceux qui font des attributions causales externes résistent à ces mesures de prévention de la maladie.

La deuxième repose sur le postulat que les individus qui estiment être suffisamment éloignés du site à risque éprouvent des difficultés à appliquer les mesures de prévention contre la fièvre hémorragique à virus Ebola, alors que leurs homologues qui estiment être proches du site à risque sont disposés à mettre ces mesures en application. Quant à la troisième hypothèse opérationnelle, elle stipule que les personnes qui établissent des relations affectives avec un malade atteint de la fièvre hémorragique à virus Ebola éprouvent des difficultés à appliquer les mesures de prévention contre la maladie, contrairement à ceux qui n'établissent pas de relation affective avec le malade.

III- Démarche méthodologique

La démarche méthodologique prend en compte la description des variables, la constitution de l'échantillon, la présentation du matériel de la recherche et le traitement statistique des données.

A- Description des variables

Cette étude met en évidence deux variables indépendantes et une variable dépendante. Les variables indépendantes sont relatives à l'attribution causale et à la distance relationnelle. La première est de nature qualitative avec deux modalités (attribution causale interne et attribution causale externe). On dit qu'un individu fait des attributions causales internes quand il attribue l'occurrence des événements à des causes pouvant impliquer le comportement de celui qui fait l'attribution. Par contre, est qualifiée d'attribution causale externe, toute attribu-

tion faisant référence à des forces surnaturelles comme Dieu, les fétiches ou les génies protecteurs, les sorciers ou des personnes jalouses.

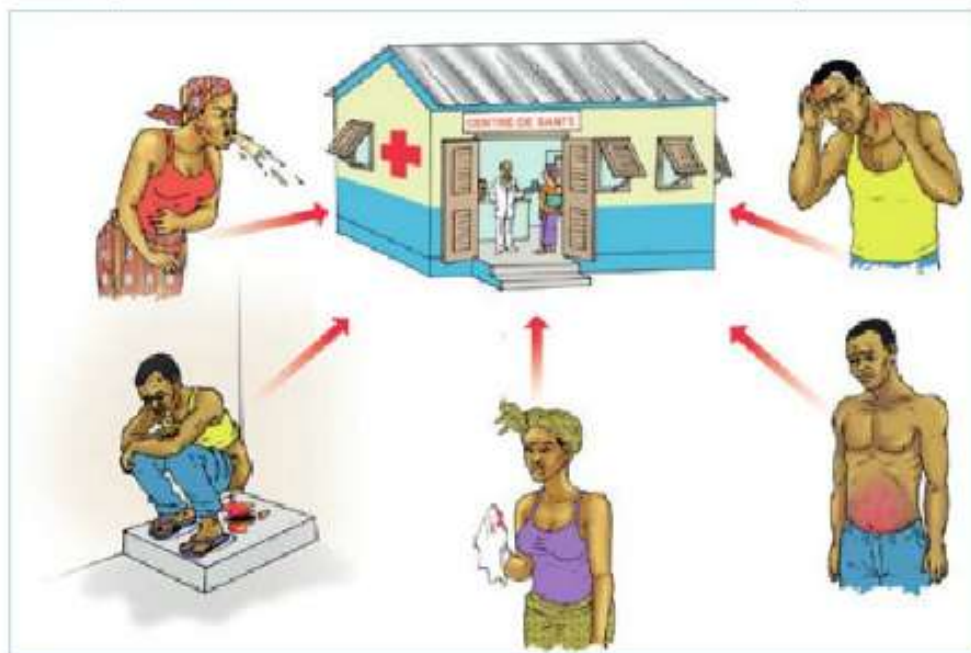
Quant à la seconde variable (distance), elle se décompose en distance cognitive et en distance socio-affective ou relationnelle. La distance cognitive est inhérente à l'évaluation psychologique de la distance qui sépare l'individu du site à risque. Cette variable est de nature qualitative avec deux modalités. Il s'agit de l'estimation de la situation géographique de l'évaluateur comme étant proche ou éloignée du site à risque.

La distance socio-affective ou distance relationnelle a trait au rapprochement ou à l'attachement affectif qu'un individu développe vis-à-vis d'un malade. Cette variable est de nature qualitative dichotomique. La première modalité de cette variable est relative à l'établissement d'une relation affective avec un malade. La seconde modalité traite de l'absence de relation affective avec le malade.

La variable dépendante a trait à l'application des mesures de prévention. Elle consiste à s'abstenir de manipuler ou de consommer les animaux identifiés comme vecteurs de la maladie, de manipuler les malades ou les cadavres humains, de signaler les cas suspects d'Ebola aux centres de santé... Cette variable est de nature qualitative avec deux modalités, à savoir l'application des mesures de prévention et la non application de ces règles.

B- Participants

Les unités de l'échantillon de cette étude ont été sélectionnées en tenant compte de plusieurs critères dont la distance géographique avec les sites déclarés dangereux par l'OMS. Les populations interrogées sont celles de l'Ouest (Man), le Nord (Korhogo), le Centre (Bouaké), l'Est (Aboisso) et le Sud (Abidjan). Dans ces différentes localités, les participants ont été sélectionnés tant en ville que dans les campagnes. Ce choix découle des dif-



"Se rendre immédiatement à l'hôpital lorsque l'on constate l'un de ces signes."
(Document gouvernemental de prévention. Source : gabenspring.com).

férentes manières qu'ont les populations de se procurer les animaux et aussi de concevoir la vie sociale. Concernant le premier point, il est important de mentionner que les populations des campagnes pratiquent et vivent souvent de la chasse. Ce qui constitue une difficulté dans l'application des mesures de prévention contre la fièvre Ebola. Quant aux populations des villes, elles ne rentrent en contact avec les animaux que dans les restaurants et sur les marchés. En ce qui concerne la vie sociale, le choix des campagnes réside dans la culture collective marquée par la solidarité qui règne entre les habitants. Cette soli-

darité peut être un frein à l'adoption des comportements de sécurité consistant à abandonner systématiquement le malade lors qu'il présente des suspects. Par contre, en milieu urbain, cette marque de solidarité est amoindrie. En ville, les malades ou les dépouilles mortelles sont confiées à des spécialistes pour le traitement. Cette situation semble contraire dans les campagnes.

Les participants ont été sélectionnés sur la base d'un échantillonnage à plusieurs degrés. Cette méthode a consisté à un recensement de tous les chefs lieu de préfectures des quatre côtés de la Côte d'Ivoire plus le centre. Cette première sélection est suivie d'autres qui ont concerné successivement les quartiers, les ilots et les ménages. Dans chaque ménage, sont interrogés les individus présents lors de l'enquête. Le principe qui guide la constitution de cet échantillonnage est d'interroger le même nombre de personnes en ville qu'en campagne. L'échantillon ainsi constitué est composé 400 personnes ayant un âge compris entre 30 et 50 ans, de sexe masculin, célibataires et résidant en permanence dans la localité. L'échantillon ainsi constitué va faire l'objet de recueil d'informations à l'aide d'un instrument de recueil des données.

C- Instrument de collecte des données

Les données nécessaires à la réalisation de cette étude sont recueillies à l'aide d'un questionnaire d'enquête et d'un guide d'entretien. Le choix du questionnaire réside dans le fait que, selon Chauchat (1995) et (Quivy et Compenhoudt, 2006), c'est l'instrument le mieux adapté aux études quantitatives. Le choix de cet instrument se fonde sur certaines qualités que lui reconnaissent certains auteurs comme (Ghiglione et Maralon, 1985), à savoir la standardisation des questions, la facilité de dépouillement et une possibilité de traitement statistique des données.

Le questionnaire utilisé dans la présente étude comporte principalement cinq parties dont la première concerne les variables biographiques comme l'âge, le sexe, la catégorie socioéconomique, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la religion et le lieu de résidence. La deuxième partie a trait à la distance cognitive, c'est-à-dire la perception que l'individu a de sa position géographique par rapport au site à risque. Quant à la troisième partie de cet instrument, elle est relative à l'attribution causale que les individus font des événements inhabituels comme la fièvre hémorragique à infection au virus Ebola. Les

informations sont recueillies à l'aide d'une échelle d'attribution présentée sous la forme de Likert. La quatrième partie de cet instrument traite de la relation affective qui existe entre le répondant et son entourage. Il s'agit pour le répondant d'évaluer, sur une échelle numérique de 10 niveaux, la qualité des relations qui le lient à certaines personnes de son entourage.

La cinquième partie du questionnaire de cette recherche traite de l'application des mesures de prévention contre cette maladie. Les comportements de prévention sont évalués à l'aide d'une échelle d'attitude de type Likert.

Quant au guide d'entretien, il permet, de l'avis de (Quivy et Compenhoudt, 2006), d'approfondir les informations fournies par le questionnaire. A travers des questions ouvertes ou semi ouverte, l'entretien semi directif employé permet à l'enquêteur d'approfondir ses idées et d'apporter d'autres informations non prévues par le questionnaire. Le guide d'entretien utilisé comporte trois principaux axes dont le premier concerne les informations sur les infections à virus Ebola. Le deuxième axe est relatif aux causes fondamentales de cette épidémie. Le troisième axe concerne l'attitude du répondant vis-à-vis des mesures de prévention contre la maladie.

D- Elaboration du matériel de recherche

L'instrument de cette recherche, dans son élaboration, a subi plusieurs étapes. La première a consisté en une recherche documentaire sur l'épidémie. Cette étape est suivie d'une deuxième qui a consisté à faire une enquête préliminaire pour recueillir les informations tant sur la maladie que sur les comportements de prévention à adopter. Ces multiples informations obtenues ont fondé la première version de l'instrument qui est soumise à un certain nombre de personnes (20) en vue de se prononcer sur l'ambiguïté des questions. Cette méthode a



"Pour empêcher tout risque de contamination ; il faut éviter de chasser, de transporter, de manipuler et de consommer de la viande brousse." (Document gouvernemental de prévention. Source : galsenspring.com).



"Pour participer à la prévention du virus EBOLA dans ma communauté, je dois respecter les mesures de prévention et signaler aux autorités toute violation à ces mesures." (Document gouvernemental de prévention. Source : galenspring.com).

permis d'apporter quelques corrections aux différentes questions.

Cette étape est suivie d'un pré-test qui a permis d'interroger 50 personnes en vue d'évaluer le niveau de compréhension des questions. Le pré-test a conduit à l'élaboration de l'instrument définitif comportant au total 55 questions qui font l'objet d'administration.

E- Administration

Le recueil des informations nécessaires à la présente étude s'est déroulé dans les différents chefs-lieu de Département. Cette enquête, dans sa réalisation, a consisté à interroger les participants tant dans les villages qu'en ville. Plusieurs équipes d'enquêteurs ont été ainsi commis. La méthode de passation de l'instrument est la technique du face à face qui consiste pour l'enquêteur à rentrer en contact avec le participant pour recueillir son avis. Pour recueillir les informations, nous avons aussi utilisé l'auto-administration et l'administration directe. Quel que soit le type d'administration, les questionnaires sont remplis dans les mêmes conditions (A domicile ou un endroit digne de sécurité) pour éviter certains biais liés à la désirabilité sociale et la répression des autorités policières contre les contrevenants.

F- Traitement statistique des données

La présente tente de montrer l'influence de trois variables indépendantes de nature qualitative chacune sur une variable dépendante de nature également qualitative. Cette nature des variables nous conduit à l'utilisation d'un test paramétrique tel que le khi carré (X^2) de Pearson. Les résultats obtenus à la suite du traitement statistique doivent faire l'objet de présentation, d'analyse et d'interprétation ainsi que d'une discussion.

IV- Résultats

A- Attribution causale et mesures de prévention contre le virus Ebola

Tableau 1 : Mesures de prévention contre le virus Ebola en fonction des attributions causales

		APPLICATION DES MESURES DE PREVENTION		
		Application	Non application	Total
ATTRIBUTION CAUSALE	Attribution causale externe	70 110	130 180	220
	Attribution causale interne	130 90	50 90	180
Total		200	200	400

Le Khi Carré de Pearson ($X^2 = 64,66$; $P > .05$) utilisé pour le traitement statistique des informations recueillies révèle une différence significative entre les personnes qui font des attributions internes et celles qui font des attributions externes. Ainsi 35% des personnes qui font des attributions causales externes sont disposées à appliquer les mesures de prévention contre la fièvre hémorragique à virus Ebola contre 65%, qui font des attributions causales internes, qui sont disposées à les appliquer. De même, 75% des personnes qui font des attributions causales externes sont moins disposées à appliquer les mesures de prévention contre cette maladie contre 25% qui font des attributions causales internes et qui décident de ne pas les appliquer.

Les résultats obtenus s'expliquent par le fait que les personnes qui font des attributions causales externes, en attribuant l'occurrence des événements comme la fièvre Ebola à des causes abstraites, telles que la colère des génies protecteurs des eaux et de la forêt, l'œuvre des sorciers ou des personnes jalouses, perdent de vue la réalité des faits et s'engagent dans des comportements à risque. L'utilisation de la théorie des attributions causales de Heider (1958) permet de montrer que lorsqu'un individu attribue la survenance d'un événement à des causes externes, cela le conduit à sous-estimer les risques et à s'y engager (Kouabenan, 2003). Ces attributions expliquent le fait que pour consommer les viandes des

animaux identifiés comme porteurs du virus, ils sont obligés de le faire loin des yeux de personnes étrangères qui sont susceptibles de leur lancer des sorts. De même, l'explication naïve que fait l'individu des phénomènes l'amène à développer certaines illusions, telles que l'illusion de sur-confiance, l'illusion d'invulnérabilité, l'optimisme comparatif (Kouabenan, 2006, Kouamé et al., 2013) qui sont déterminantes dans les prises de décision.

B- Application des mesures de prévention en fonction de la distance cognitive

Tableau 2 : Explication de l'application des mesures de prévention en fonction de la distance cognitive

		APPLICATION DES MESURES DE PREVENTION		Total
		Application	Non application	
DISTANCE COGNITIVE	Sentiment d'éloignement du site	33 97,5	140 92,5	105
	Sentiment de rapprochement du site	145 102,5	60 102,5	205
	Total	200	200	400

L'application du Khi carré de Pearson ($X^2 = 72,3$; $P > .05$) fait ressortir une différence significative entre les individus qui, sous un angle cognitif, se sentent éloignés du site déclaré dangereux et ceux qui se sentent plus proche dudit site. En effet, la fréquence des individus se sentant éloignés du site déclaré dangereux (27,5%), disposés à appliquer les mesures de prévention est supérieure à celle des individus qui se sentent éloignés du site (72,5%), opposés à de telles mesures. De même, la fréquence des personnes qui se sentent éloignés du site (70%) et qui sont prêtes à violer les mesures de prévention mises en place est supérieure à celle de ceux qui se sentent rapprochés et qui sont disposés à ne pas les appliquer (30%).

Les résultats obtenus peuvent s'expliquer par le fait que lorsque les individus ont le sentiment d'être éloignés du danger, ils ressentent une certaine sécurité qui joue sur leur comportement qui se matérialise par une sous-estimation du risque. La théorie du comportement planifié de Ajzen (1991) permet de montrer que cette distance imaginaire que l'individu établit avec le site le conduit à élaborer des stratégies pour contourner les mesures de prévention mises en place. Ces comportements par exemple visent pour les individus qui s'estiment éloignés à consommer, par exemple, les viandes interdites loin de l'œil indiscret de certaines personnes. Pour se faire servir dans certains restaurants, les contrevenants aux mesures prescrites utilisent souvent certains symboles que seuls les adeptes connaissent. Dans ces conditions, ils sont servis dans un endroit secret, loin du regard des clients ordinaires.

C- Influence de la distance affective sur l'application des mesures de prévention contre le virus Ebola

Tableau 3 : Influence de la distance affective sur l'application des mesures de prévention contre le virus Ebola

		APPLICATION DES MESURES DE PREVENTION		Total
		Application	Non application	
DISTANCE AFFECTIVE	Existence de relation affective avec le malade	29 95	170 95	190
	Absence de relation affective avec le malade	140 105	20 105	210
	Total	200	200	400

L'application du khi carré de Pearson ($X^2 = 225,56$; $P > .05$) montre une différence significative entre les fréquences des individus qui établissent des relations affectives avec le malade et ceux qui n'entretiennent aucune relation avec ceux-ci. Ainsi ; 10% des personnes établissant des relations affectives avec un malade sont disposées à appliquer les mesures de prévention. Par contre, 90% des personnes qui n'établissent aucune relation affective (affectivement distantes) sont disposées à appliquer les mesures de prévention contre la maladie. En outre, 85% des participants établissant des relations affectives avec les malades éprouvent de réelles difficultés à appliquer les mesures de prévention contrairement à 15% des enquêtés qui n'établissent pas de relation affective avec les malades et qui acceptent de prendre le risque de la violation des mesures de prévention.

Pour expliquer les résultats de cette étude, il importe de mentionner que la distance affective qui existe entre deux personnes est un élément important dans la détermination des comportements. Le rapprochement affectif détermine la réticence de certaines personnes quand on leur demande de mettre un malade en quarantaine. Dans le cas de cette maladie, les individus interrogés estiment souvent impossible de se débarrasser de leur proche sous prétexte qu'il est malade. Ils vont jusqu'à soutenir qu'ils préfèrent mourir aussi en s'occupant du malade que de le laisser succomber dans la déchéance, la pitié et l'indifférence. De tels raisonnements qui tirent leur fondement dans la culture africaine, amènent les individus à user de certaines stratégies pour cacher les malades ou même à se dresser contre le personnel soignant qui tente d'extraire la malade en vue de sauver l'entourage. La théorie du comportement planifié de Ajzen (1991 ; 2002) aide à montrer que l'affection qu'éprouve une personne pour une autre peut conduire les deux à s'infecter volontairement.

V- Discussion

A- Attribution causale et mesures de prévention contre le virus Ebola

La présente recherche vise à montrer que l'attitude envers l'application des mesures de prévention contre la fièvre hémorragique à virus Ebola est tributaire de certains facteurs cognitifs comme l'attribution causale, les distances cognitive et affective. Cette préoccupation a fondé l'élaboration d'hypothèses opérationnelles qui ont été soumises à l'épreuve des faits à l'aide d'une méthodologie scientifiquement élaborée. Cette démarche a permis d'obtenir des résultats montrant que la prévention contre le virus Ebola en Afrique occidentale doit tenir compte des facteurs cognitifs mis en œuvre.

De façon concrète, les résultats montrent que les personnes qui font des attributions causales externes sont enclines à violer les mesures de prévention contre le virus Ebola, alors que celles qui font des attributions causales internes sont disposées à les appliquer. Les résultats obtenus sont en concordance avec ceux de M'bra (2008) sur la psychologie naïve dans la prévention contre le VIH/SIDA par l'utilisation du préservatif où l'auteur arrive à montrer que les personnes qui ont dans leur entourage un malade sont plus portées à utiliser le préservatif que ceux qui n'en n'ont pas l'expérience. Cette recherche, dont les résultats sont interprétés sur le fondement de la théorie de l'explication naïve, renforce la teneur scientifique de la présente étude.

Dans la perspective de la psychologie de la santé et de la psychologie du risque, la présente recherche est en harmonie avec celle de Kouabenan et al. (2007) réalisée la perception des risques de contamination par le SAMR (*Staphylocoque doré*) en milieu hospitalier. Cette recherche arrive à montrer que le risque de contamination est bien perçu par le personnel hospitalier et surtout les ASH qui s'estiment plus exposés à cause de leur contact avec les malades.

La présente étude se montre comme une contribution à la recherche sur les comportements à risque qu'adoptent certaines populations face à des situations critiques. Cette recherche montre aussi comment les facteurs socioculturels contribuent aux difficultés qu'éprouve la médecine moderne dans l'éradication des épidémies. L'intérêt d'une telle investigation est de contribuer à l'explication des comportements à risque qu'adoptent certaines personnes dans la gestion des risques de santé.

Conclusion

L'épidémie du virus Ebola constitue pour le monde scientifique et particulièrement la médecine une préoccupation majeure. Depuis son apparition en Afrique occidentale en 2014, plusieurs énergies ont été déployées pour l'éradiquer. Dans la contribution à cette éradication, cette recherche vise à l'expliquer sous l'angle de la distance cognitive et de la distance affective. Les hypothèses inhérentes à cet objectif sont confirmées. Les résultats obtenus corroborent d'autres montrant que la prévention contre certaines maladies découle de certains facteurs liés à la psychologie cognitive.

De cette étude, il ressort que la prévention de certaines maladies endémiques comme la fièvre hémorragique à infection Ebola doivent prendre en compte certains facteurs comme la distance cognitive et la distance affective.



Bibliographie

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior & Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioural control, self-efficacy, locus of control, and the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology* 32(4), 665-683.
- Baize, S., Pannetier, D., Oestereich, L., Rieger, T., Koivogui, L., Magassouba, N., Soropogui, B., Sow, M. S., Keita, S., Clerck, H. D; Tiffany, A.; Dominguez, G.,

- Loua, M., Traoré, A., Kolié, M., Malano, E. R., Heleze, E., Bocquin, A., Mély, S., Raoul, H., Caro, V., Cadar, D., Gabriel, M., Pahlmann, M., Tappe, D., Schmidt-Chanasit, J., Impouma, B., Diallo, A. K., Formenty, P., Hesp, M. V., and Günther, S., Emergence of Zaire Ebola Virus Disease in Guinea. *New England Journal of Medicine*, 371, 1418-1425.



Marcel Blé Yoro



Atta Kouamé

L'épilepsie chez les Bété de Côte d'Ivoire : signification étiologique et représentations sociales de la maladie

Auteurs : Marcel Blé Yoro¹ et Atta Kouamé²

Résumé : L'épilepsie se manifeste sous plusieurs formes et suscite en pays Bété, honte, peur et rejet. Une réflexion à partir du concept de représentation sociale auprès de douze informateurs clés interrogés à l'aide d'entrevues semi-dirigées, nous aide à comprendre comment et pourquoi il en est ainsi. Il ressort des résultats que la honte est principalement liée aux manifestations spectaculaires de la maladie, à son caractère imprévisible et au fait qu'elle est déclenchée en présence du public, donc une maladie non dissimulable. La peur qui entoure cette pathologie s'explique par le fait que ses manifestations symptomatiques s'apparentent à la mort, car non seulement les yeux du malade se tournent de côté comme ceux d'un cadavre, mais aussi il n'a pas conscience de ce qui lui arrive. Le rejet de la maladie et de sa victime est surtout lié au fait que l'épileptique est condamné au célibat chez les Bété, ce qui met en cause toute possibilité de procréer, facteur de rupture de la descendance.

Mots clés : Épilepsie, étiologie, manifestations symptomatiques, représentations sociales, société Bété.

Abstract : Epilepsy manifests itself in many forms and raises in Bete country, shame, fear and rejection. A reflection from the concept of social representation to twelve key informants interviewed using semi-structured interviews, helps us to understand how and why this is so. The results show that the shame is mainly due to the spectacular manifestations of the disease, its unpredictability and the fact that it is triggered by an audience, so a non-concealable disease. The fear that surrounds this disease is explained by the fact that its symptomatic manifestations are similar to death, because not only the eyes of the patient are turning aside like those of a corpse, but he is not aware of what happens to him. The rejection of the disease and its victims is mainly related to the fact that the seizure is condemned to celibacy in Bete, which involves the possibility of reproductive failure offspring factor.

Keywords : Epilepsy, etiology, symptomatic manifestations, social representations, Bete society.

Introduction

Partout dans le monde, la maladie survient dans un contexte social et culturel. En d'autres mots, quelle que soit la maladie, il est impossible de la séparer de la société où elle apparaît. En effet, chaque société, chaque communauté se forge toujours une vision particulière qui n'est pas sans répercussion sur les réponses qu'elle y apporte en termes de prise en charge du malade.

Comme le dit Desclaux (Unesco/ UNUSIDA 2003), l'histoire des maladies n'est pas qu'une histoire de diffusion microbienne, c'est aussi une histoire de méfiance envers les malades, d'évitement, de mise à l'écart. Des lépreux de la société hébraïque avant J.-C., aux « pestiférés » du Moyen-âge européen en passant par les épileptiques africains de nos jours ou encore les tuberculeux dans toutes les sociétés, « tous ont été atteints, à des degrés divers,

de ce que l'on peut qualifier de « maladie sociale » : c'est-à-dire un ensemble de représentations que chaque culture associe à la maladie et à ses victimes ».

De façon générale en Afrique, la solidarité constitue le socle des relations entre les membres de la communauté villageoise. Quand un membre de cette communauté est malade, tous les autres membres se sentent concernés et c'est toute la communauté qui en souffre. La maladie d'un membre de la famille suscite compassion et solidarité de la part des autres membres de celle-ci. En d'autres mots, « Le groupe organisateur de la thérapie » (Janzen, 1995) se met en branle pour aider à trouver la thérapie adéquate. Cette réalité n'échappe pas à la société Bété, dans laquelle la solidarité autour de tout malade de la famille est manifeste. Cependant, nos observations empiriques ont montré que cette solidarité est limitée par la nature présumée de la maladie surtout lorsque celle-ci suscite peur, honte

1. Marcel Blé Yoro : Maître de Conférences en anthropologie sociale, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) UFR SHS, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody.

2. Atta Kouamé : Maître Assistant en anthropologie, Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD) UFR SHS, Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody.

et rejet. C'est le cas de l'épilepsie pour laquelle la prise en charge du malade est l'affaire exclusive des ascendants directs du malade. C'est donc une maladie qui met à mal la solidarité communautaire autour du malade.

Cette attitude est en contradiction avec les écrits de la littérature en sciences sociales, notamment les modèles sociologiques d'analyse des comportements de soins qui mettent l'accent sur les pressions de l'entourage et du réseau social (Suchman, 1965 ; Becker et Maiman, 1983 ; Friedson, 1970), le rôle de malade (Parsons, 1951 ; Mekanik, 1978). Mais aussi les modèles anthropologiques qui insistent pour leur part, entre autres, sur les représentations de la maladie et la prise de décisions de recours. C'est ainsi qu'à l'aide de son expression de « *groupe organisateur de la thérapie* », Janzen (op.cit) montre que le processus de soins du malade s'inscrit dans le temps et se caractérise par une négociation qui prend place dans un espace social au sein duquel des personnes attristées gèrent les relations, prennent les décisions en concertation avec d'autres ou dirigent de plein droit les discussions familiales relatives à la maladie d'un membre de la famille tout comme ils président aux échanges matrimoniaux ou cérémoniels. C'est dans ce sens que Djouda Feudjo (2010) affirme à juste titre que :

« Nombre de malades en Afrique ne jouissent pas d'une réelle autonomie dans le choix de leur trajectoire thérapeutique. L'une des croyances encore partagées en Afrique porte sur la place insignifiante de l'individu, sur la dépendance du sujet par rapport à la conscience collective. La volonté individuelle est amoindrie par l'autorité de la communauté... Voilà pourquoi la maladie d'un individu, loin d'être un fait isolé, concerne aussi ses cousines, ses tantes, ses parents, ses grands-parents, ses amis et ses voisins ».

Le rôle de l'entourage semble donc primordial en cas de maladie d'un membre de la famille en Afrique. Cette solidarité est limitée chez les Bété dans le cas de l'épilepsie à l'instar d'autres maladies comme la folie. En effet, pour la maladie épileptique, même des parents proches adoptent une attitude de rejet du malade.

L'objectif de cet article est de tenter de comprendre, à partir de la théorie de la représentation sociale, comment et pourquoi il en est ainsi. Pour y arriver, nous allons d'abord expliquer comment nous comptons nous servir de la théorie des représentations sociale, avant de décrire les représentations sociales proprement dites de l'épilepsie en vue de comprendre les attitudes de honte, de peur et de rejet dont cette maladie fait l'objet dans le contexte socioculturel Bété. Ces découvertes sont pertinentes pour mieux comprendre les manifestations symptomatiques de l'épilepsie et ses représentations dans la société Bété

favorables à l'élaboration de nouvelles stratégies socio-thérapeutiques.

Notes méthodologiques



Situation géographique de Gagnoa. Carte Google.

L'étude s'inscrit dans une approche qualitative pour appréhender la complexité des représentations liées à l'épilepsie dans la société Bété. Pour Borgès Da Silva (2001), Hudelson (2004) ou encore Casebeer et Verhoef (2000), cette approche est celle qui permet de saisir les phénomènes complexes des comportements des acteurs du système de santé, qui échappent à l'approche quantitative. Tous les chercheurs en sciences humaines s'accordent sur le fait que le choix de la méthode de collecte des informations dépend de l'approche théorique et des objectifs de la recherche. Pour Drapeau et Letendre (2001), une étude qui cherche des données de l'expérience vécue, ce qui est notre cas, doit opter pour des entretiens qui permettent à l'enquêteur de s'exprimer librement, c'est-à-dire de rapporter tout ce qui lui passe par l'esprit, sur la question soumise à son attention. C'est ce que nous avons fait en retenant le recueil de témoignages comme moyen de collecte des données. Nous estimons, au regard de notre approche théorique, que ce type d'entrevue est pertinent pour rendre compte du vécu de l'épilepsie chez le Bété. En effet, l'appréhension des représentations sociales liées à l'épilepsie relève d'une approche culturelle; car cette maladie n'est pas seulement un problème organique mais



Masque Bété

plutôt un phénomène complexe comprenant des aspects sociétaux et culturels dont l'appréhension nécessite une approche culturelle.

Pour la collecte des informations, notre étude s'est déroulée à Gazahio, un village de la sous-préfecture de Dignago, dans le département de Gagnoa, au centre-ouest de la Côte d'Ivoire, courant août 2014. Elle s'appuie sur des entretiens semi-structurés auprès d'informateurs clés, dont les deux ascendants directs d'un malade de l'épilepsie décédé suite à un suicide, ainsi qu'une dizaine de témoins de ce cas dans l'entourage du défunt malade, dont 3 femmes de 45 à 60 ans, 4 hommes de plus de 60 ans, et 3 jeunes de 25 à 35 ans. Ce qui donne un total de 12 enquêtés dont un frère aîné du malade défunt.

Analyse étiologique et représentations sociales de l'épilepsie dans la société Bété

De l'utilité de l'usage de la théorie des représentations sociales à la compréhension de l'épilepsie

Le choix de la théorie des représentations sociales (Moscovici, 1961, 2001) pour cette recherche se justifie par le fait que l'épilepsie, dans ses manifestations symptomatiques spectaculaires fait l'objet d'une construction sociale typique dans la société Bété. Ainsi donc, appréhender cette construction sociale et culturelle de la maladie permettra de comprendre le sens des comportements à l'égard de la maladie et du malade. En conséquence, pour étudier ces entités, il faut utiliser une perspective théorique appropriée. En effet, la théorie des représentations sociales peut permettre d'étudier comment les individus donnent un sens à la maladie et pourquoi ils adoptent des attitudes particulières vis-à-vis du malade et de sa famille. Au niveau sanitaire, cette théorie présente à notre avis un double avantage pour la recherche médicale. Elle permet dans un premier temps de situer dans un milieu social donné, les implications socioculturelles de la maladie et de comprendre les pratiques de soins, les attitudes et les comportements associés. Un autre avantage est que cette approche théorique dans le champ médical ouvre toujours des perspectives nouvelles dans la façon de concevoir les soins et de prendre en charge la maladie dans une culture différente. Ainsi les explications et les représentations que les Bété se font de l'épilepsie sont importantes pour définir un protocole efficace de sa prise en charge chez ce peuple.

Le terme de « représentation sociale » a été introduit par Moscovici (1961) en s'inspirant du concept de « représentation collective » de Durkheim afin de développer une théorie située à l'interface du psychologique et du social. La représentation sociale se caractérise par le fait qu'elle est élaborée et partagée par les membres natifs d'un même groupe avec pour finalité l'organisation et l'orientation de leurs visions des choses et de leurs

conduites.

Les modes d'approche de ce concept sont multiples. C'est pourquoi parmi les approches existantes pour l'analyse des représentations sociales (proposées par Abric (1993, 2001, 2003), Doise, Clémence et Lorenzi-Cioldi (1992), Jodelet (1989), etc., nous avons opté pour l'approche structurale proposée par Abric à travers sa théorie du « noyau central ». En effet selon Abric (op. cit.), une représentation sociale s'organise autour d'un noyau central, composant fondamental qui détermine la signification et l'organisation de la représentation. Ce noyau est consensuel et collectivement partagé. Il se caractérise par une cohérence, une stabilité qui lui permet de résister aux changements. Le noyau central « est déterminé par la nature de l'objet, par le type de relations que le groupe maintient avec cet objet, et, finalement, par le système de valeurs et de normes qui constituent l'environnement idéologique du moment et du groupe » (Abric, 2001 : 43). Cette partie de la représentation est stable et résistante aux changements.

D'autres éléments sont dits « périphériques » et constituent la partie accessible aux changements, plus vive et plus concrète. Les éléments périphériques sont assignés à réaliser trois fonctions : la concrétisation, l'adaptation et la défense du noyau central (Abric, 2001).

Dans le noyau ou système central, « on peut identifier quelques aspects plus anciens ou plus enracinés dans le passé qui restent toujours présents dans la pensée contemporaine » (Sa et Oliveira, 2002 : 110, cité par Bovina, 2006 : 54). Le noyau central est donc constitué d'éléments en lien avec la mémoire du groupe et son histoire. Ainsi, l'analyse des représentations sociales de l'épilepsie dans le cadre de cette recherche permettra de découvrir les éléments enracinés dans la culture Bété, en lien avec cette maladie, et qui justifieraient les attitudes et comportements des Bété.

De façon générale l'épilepsie est perçue comme une maladie grave. Ce qui caractérise la gravité d'une maladie chez nos informateurs, ce sont entre autres l'alitement, l'incapacité physique à accomplir des tâches quotidiennes, etc. Certes, l'état épileptique ne donne pas forcément lieu à un alitement du malade, mais les moments de crises se caractérisant par l'incapacité du malade à s'acquitter de ses tâches quotidiennes, elle est perçue comme une maladie grave de par ses manifestations symptomatiques.

Etiologie, manifestations symptomatiques et catégorisation de l'épilepsie

Sukusuku est le terme bété qui désigne l'épilepsie. *Sukusuku lebo* veut dire littéralement « c'est l'épilepsie qui le frappe », ou il a l'épilepsie. Du point de vue biomédicale, l'épilepsie est une affection neurologique chronique défi-

nie par la répétition, en général spontanée, à moyen et long terme, de crises épileptiques. Toutes les épileptiques n'ont pas la même nature étiologique. Leurs étiologies résultent de la conjonction de facteurs génétiques et acquis ; selon les cas, l'un ou l'autre de ces facteurs est prédominant ; souvent les deux s'associent (Lebon et Roulet-Perez, 2009). Moins de la moitié des épilepsies sont en rapport avec les facteurs génétiques, mais seulement quelques-unes sont accessibles à un diagnostic chromosomique, les autres étant rapportées par les données électro-cliniques, le contexte familial ou les pathologies associées. De même les causes génétiques ne sont pas l'apanage du jeune âge (enfance) ; elles peuvent être de révélation tardive. Ces syndromes épileptiques d'origine génétique sont causés par des mutations des gènes, certains états métaboliques héréditaires, et certaines aberrations chromosomiques. Ces désordres peuvent être transmis aux générations futures en un schéma de transmission reconnaissable ou peuvent apparaître spontanément du fait de nouvelles mutations. Dans de tels cas, on remarque une tendance épileptique au sein d'une même famille. Certains types d'épilepsie semblent donc se transmettre de génération en génération. Des études ont montré que le risque d'épilepsie chez les frères et sœurs et chez les enfants de personnes atteintes d'épilepsie était d'environ 5 %, ce qui toucherait donc une personne sur 20 (BC Epilepsy Society, 2007). Dans la transmission de cette maladie, les membres de la famille des personnes dont l'épilepsie s'est développée durant l'enfance semblent courir un risque plus grand de développer eux-mêmes l'épilepsie que ceux dont l'épilepsie est apparue plus tard. Aussi le risque d'épilepsie est environ deux fois plus élevé chez les enfants quand la mère est atteinte d'épilepsie que chez les enfants dont le père est atteint. La raison en est encore inconnue (*ibidem*). Les causes acquises sont variées et peuvent s'exprimer tardivement par rapport à leur origine. Ces étiologies acquises sont aussi d'origine organique même si elles ne sont pas génétiques. Elles englobent les malformations vasculaires, les tumeurs cérébrales évolutives, les causes traumatiques (agression cérébrale aiguë, accident vasculaire cérébral, lésion post-traumatique, ...), les causes infectieuses (encéphalites, méningoencéphalites, abcès cérébraux, ...), les causes toxiques, médicamenteuses et métaboliques (Lebon et Roulet-Perez, *op cit.*).

On note une variation de manifestation des crises épileptiques d'un individu à l'autre, de par leur nature, mais



Tenue traditionnelle Bété. Photo des auteurs.

aussi de par leur sévérité, leur fréquence et leur durée. Ceci du fait que chaque personne est génétiquement unique en son genre et possède des caractéristiques métaboliques et immunitaires individuelles. Cette maladie se manifeste donc de diverses manières dont les formes les plus sévères sont les chutes brusques accompagnées de violentes crises convulsives avec une perte de connaissance comatique du malade. Les crises surviennent en tout lieu et peuvent être plus ou moins longues mais dans certains cas, elles se prolongent (plus de 10 minutes) ou sont répétitives avec des intervalles variables. Il est donc clair que les crises épileptiques ont des aspects cliniques très divers, mais seront le plus souvent stéréotypés chez un même malade. Chez les Bété, l'épilepsie s'inscrit globalement dans une causalité exogène. En effet, dans l'imaginaire populaire Bété, la maladie a un caractère belliqueux car elle quitte la brousse pour venir sévir au village. Au plan étiologique, la primauté est donc accordée à la causalité exogène. Et c'est cette extranéité qui explique l'expression Bété de la maladie qui « frappe ». Les manifestations symptomatiques de l'épilepsie, du reste spectaculaires font d'elle, une maladie honteuse, une maladie qui fait peur, et une maladie rejetée.

L'épilepsie, une maladie honteuse chez les Bété.

En milieu Bété, le contenu d'une chanson populaire en lien avec l'épilepsie permet de la définir avant tout comme une maladie honteuse. La trame de cette chanson est la suivante :

*Sukuhoo pardon, ne me honnis pas
Suku sukuhoo pardon, ne me honnis pas
Nous nous sommes convenus à deux avant d'aller dans la
forêt profonde
Là-bas, tu ne m'as pas fait tomber
Mais une fois parvenus au milieu du public, tu m'as envahi
Pardon oh sukubo pardon oh, ne me honnis pas.*

La trame de cette chanson laisse transparaître clairement que l'épilepsie est une maladie avant tout dite honteuse. Ainsi comme nous l'avons montré dans une étude précédente (Yoro, 2012), la maladie honteuse est une maladie qui désocialise le malade. En d'autres termes, c'est une maladie dont on ne parle pas aux autres, en particulier ceux qui sont en dehors du cercle familial. Si certaines maladies chargées de honte peuvent rester discrètes et confidentielles dans le temps, le cas de l'épilepsie est

1. Emil, un informateur de 60 ans
2. Alain, 35 ans, frère aîné du malade décédé.
3. Céline, 59 ans, mère du malade décédé.
4. Edouard, 70 ans.

particulier, car comme l'indique la chanson, « ... une fois parvenus au milieu du public, tu m'as envahi ». C'est-à-dire que la maladie se dévoile par ses manifestations symptomatiques en tout lieu y compris en public. C'est pourquoi nos informateurs la considèrent comme une maladie dont les crises sont provoquées par la présence du public. C'est pourquoi elle est aussi désignée comme « une maladie qui ne voit pas les yeux »⁵. Le malade n'a donc aucun contrôle sur elle, il n'a aucun moyen de la dissimuler. C'est ainsi que chez les Attié, une ethnie du groupe Akan de Côte d'Ivoire, l'épilepsie se nomme « *adjoughon* », c'est-à-dire « maladie qui choisit de vous honnir en public ». En d'autres mots, l'épilepsie est perçue comme une maladie dont la survenue est liée à la présence d'une foule humaine ou du public : « la crise est déclenchée par la foule dont la présence provoque le vertige chez le malade »⁶. C'est donc une maladie latente déclenchée par des facteurs extérieurs dont la présence humaine, et c'est ce qui justifie l'évitement de la proximité d'avec le public de la part du malade dont l'espace de vie est ainsi en rupture d'avec l'espace public de vie. Le malade est donc dans une sorte d'auto-quarantaine qui ne dit pas son nom car il évite au maximum la proximité des autres dans l'espace. Le malade est socialement mal vu, or il est déshonorant chez les Bété, d'être socialement mal vu. Il est par conséquent honteux d'être dans l'un de ces états par soi-même ou par l'intermédiaire de l'un des siens. On parle de *dizia gu* ou *yoba yoba gu*, c'est-à-dire une maladie qui ridiculise, qui fatigue, qui stigmatise, qui fait du malade un être pas comme les autres, donc quelqu'un qui est socialement exclu ou susceptible d'être exclu. De plus, la honte est aussi liée au fait que, « la survenue de la crise est imprévisible »⁷. Ceci implique que la crise peut intervenir « en mangeant, en regardant un spectacle ou même en draguant une femme »⁸. Mais il y a surtout les manifestations spectaculaires de ses symptômes : « lorsque le malade pique sa crise, il se met à baver »⁹. Blaise⁴ ajoute que « ses yeux se tournent de côté et on ne voit plus que le blanc de ses yeux. De plus, après la crise, il ne se souvient de rien ». Ceci signifie qu'a priori la honte affecte en premier les parents du malade pendant les crises, on pourrait donc parler d'une « honte familiale », tandis que le malade lui-même ressent cette honte a posteriori après les explications de son entourage. Selon le père du malade décédé, c'est cette honte qui justifiait l'auto-isollement de son fils jusqu'à son suicide.

C'est également une maladie honteuse car elle est perçue comme une maladie contagieuse : « le contact avec la salive ou la bave est contagieux »⁵. Cette perception semble être objectivement liée à la tendance transmissible de cette maladie au sein d'une même famille propre aux syndromes épileptiques d'origine génétique et non à une contagion au contact direct avec le malade comme

le pensent certaines personnes qui ignorent ces connaissances. La contagiosité présumée de l'épilepsie fait que en cas de crise, l'entourage ne daigne venir au secours du malade : « quand le malade décède piquait ses crises, on allait toujours chercher son père ou sa mère car même ses frères avaient peur de le toucher »⁶. Et c'est ce qui justifie le refus de partager les mêmes assiettes ou les mêmes verres avec le malade. Cet isolement ou cette exclusion revêt un caractère particulièrement honteux pour le malade car le proverbe en pays Bété dit « les frères se lapent le dos des mains », pour signifier la nécessité pour des frères de partager tous ensemble, particulièrement le repas. Ici, non seulement on évite de partager le repas avec le malade, mais on évite aussi de porter ses habits. L'épilepsie ostracise donc sa victime et fait qu'il n'est plus en état de participer pleinement à la vie sociale et de jouir pleinement de ses avantages.

Toutes ces attitudes et comportements à l'égard de la maladie se justifient aussi par le fait qu'elle est perçue comme une maladie qui fait peur.

L'épilepsie, une maladie qui fait peur en pays Bété

Dans ses manifestations symptomatiques, deux faits majeurs suscitent la peur selon nos informateurs : les yeux du malade se tournent de côté et il perd conscience. C'est ce qui fait dire à nos interlocuteurs que l'épilepsie est équivalente à la mort, car en plus d'avoir les yeux qui tournent de côté comme pour le cadavre, il est inconscient de ce qui lui arrive. L'épileptique est même appelé *òku ògloho*, c'est-à-dire « celui qui meurt et qui se réveille ». Quand le malade est en crise, on dit *òyè ku*, c'est-à-dire « il est mort ». Et quand après la crise il revient à lui, on dit *òyè glòbo*, c'est-à-dire qu'il « est réveillé ». Ainsi donc dans l'imaginaire populaire, le malade en crise fait le voyage aller-retour entre le village des morts (*kuduwa glò*) et celui des vivants. C'est l'une des raisons pour lesquelles cette maladie suscite la peur. En effet, le noyau central des représentations liées à la mort fait état de ce que la mort crée le vide, dépeuple la communauté, anéantit la société, ralentit ses activités productives. Les Bété croient certes au retour du mort, mais celui-ci n'étant pas immédiat, ou alors transitant par une nouvelle naissance, mourir fait peur aux vivants car elle est la fin de la vie physique. Fait culturel, la peur de la mort s'explique aussi par le fait qu'elle souille la communauté, c'est pourquoi des rites funéraires sont organisés pour purifier celle-ci, mais aussi pour rétablir le défunt dans sa dignité et sa paix post-mortem et rétablir la sécurité chez les vivants (Thomas L.V., 1985).

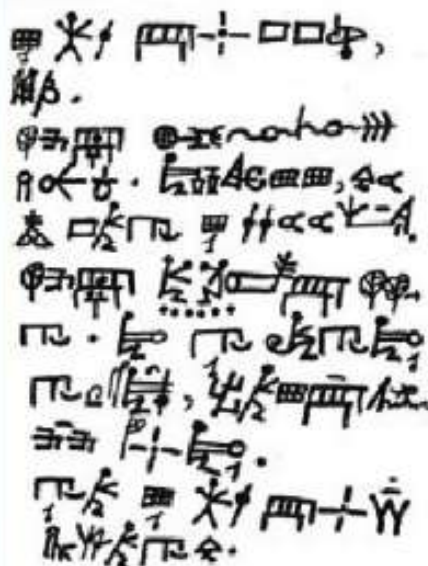
La peur est aussi liée aux dires de nos informateurs, au fait que c'est une maladie héréditaire (*plenn gu*), donc

5. Justine, 52 ans, amie de la mère du malade décédé.

6. 65 ans, père du malade décédé.

7. Alain, frère aîné du malade décédé.

8. Frédéric, 30 ans.



Alphabets Bété (de Frédéric Bruly Bouabré).
adressé par les auteurs.

la maladie s'est déjà déclarée fait prendre le risque de donner naissance à des épileptiques. C'est pourquoi la découverte de la maladie après le mariage donne toujours lieu à un divorce.

C'est donc une maladie qui affecte la lignée pour toujours car elle est également perçue comme une maladie incurable. Or en pays Bété, c'est au pire ennemi qu'on souhaite une maladie incurable ou une maladie méconnue (*aba yeblénn gu*). L'épilepsie est considérée présenter ces deux caractères en pays bété car c'est une maladie dont on ne dispose d'aucun remède localement. Tout ceci alimente la peur qui l'entoure et justifie aussi son rejet.

L'épilepsie, une maladie rejetée dans la société Bété

Le rejet de cette maladie se traduit entre autres par le refus de partager la même chambre d'avec le malade. Ceci signifie que tout malade de l'épilepsie est condamné au célibat car aucun parent ne souhaiterait donner sa fille ou son fils en mariage à une victime de l'épilepsie, ou même à tous membres de sa famille. Les expressions langagières qui traduisent ce rejet sont nombreuses : *Suku suku wa kamō*, ils (c'est-à-dire tous les membres de la lignée) ont l'épilepsie en eux ou dans le corps; ou encore *gu zoko wa kamō*, ils ont une mauvaise maladie en eux ou dans le corps; ou encore *waha dru nebè nène*, leur sang n'est pas bon. C'est donc une maladie qui culpabilise toute la lignée par sa transmission héréditaire évoquée plus haut. La vulgarisation d'une telle information contribue à une exclusion sociale non seulement du malade, mais des autres membres de sa famille. Cela ressemble à une mise en quarantaine virtuelle, c'est-à-dire une exclusion sociale sournoise, car nul ne le dit ouvertement, mais c'est comme si tout le monde s'était passé le mot pour éviter ou refuser de donner son fils ou sa fille en mariage à un membre d'une telle famille. Mais la transmission héréditaire n'étant pas perçue comme systématique, cela

qui se transmet de générations en générations. Selon les témoignages de nos informateurs, le cas du malade décédé se révèle être une maladie héritée de ses parents maternels car le père de sa mère serait lui-même épileptique et en serait mort. Du coup, épouser une femme ou un homme venant d'une famille où

laisse la chance aux autres membres non malades de se marier. En revanche pour le malade dont la maladie s'est déjà déclenchée, il lui est quasiment impossible de se marier. Or ne pas pouvoir se marier signifie ne pas avoir de progéniture.

C'est pourquoi l'épilepsie est perçue comme une rupture de la lignée, comme un manque, un dépeuplement du lignage car le proverbe dit : « *glibha kē akē ulubehè lepō a gwelehè* : lorsque le lignage veut disparaître, il donne naissance à des albinos », car qui voudrait donner en mariage son fils ou sa fille à un albinos ? Ce proverbe qui constitue la trame du noyau central des représentations liées à l'importance et la place de l'enfant dans la société bété d'hier et d'aujourd'hui est aussi valable pour l'épilepsie, considérée comme une maladie « stérilisante » ou qui empêche de faire des enfants. Or, « *La stérilité, c'est la négation de la féminité et de la vie. La femme stérile est infâme et morte dans la vie* » (Mamel-Fotè, 1962 : 40). C'est pourquoi en Afrique, « *La femme, agent de la vie, est respectée en tant que procréatrice* » (Sow, 1978 : 118). Même si dans la société Bété, c'est la femme qui est généralement accusée de stérilité, l'homme épileptique est d'emblée considéré comme incapable d'avoir une descendance, or l'enfant est un bien précieux chez les Bété, car « *Un mort qui laisse derrière lui une nombreuse descendance est un bienheureux, parce qu'il va bientôt accéder au monde des ancêtres* » (Gadou, 2001 : 90-91).

La finalité de la sexualité pour l'africain reste la pérennisation de la famille par la procréation. Les unions se révèlent être une régulation sociale de la sexualité humaine et impliquent l'inscription des descendants au sein d'un système de parenté (Courtois, 1998). L'enfant appartient au lignage avant d'être celui du couple et on assiste à une gestion communautaire de l'enfant (Vimard et Fassassi, 2007). La fécondité demeure donc une valeur importante en Afrique et avoir de nombreux enfants est la marque d'une réussite sociale (Dozon et Guillaume, 1994). Dans certains groupes sociaux, la place qu'occupe la procréation, pousse la société à renier qui, naît, grandit et meurt sans laisser un enfant qui puisse l'enterrer et le pleurer le jour de sa mort. Par exemple « *chez les Mahi de Savalou (Bénin), il est infligé une sorte de punition au défunt adulte qui n'a pas eu d'enfant : on lui fait porter une pierre sur le dos au moment de son enterrement. Ceci certainement pour lui marquer le tort de n'avoir pas contribué à l'élargissement de la famille* ». Une pratique similaire est relevée chez les Ashanti du Ghana. Dans cette société ghanéenne « *lorsqu'un homme ou une femme sans enfant meurt, on lui enfonce dans la plante des pieds de grandes épines appelées « pammewuo » (littéralement « liez-moi à la mort ») et on adresse ces mots à son cadavre : « wanwo ba, mma sa bio » (tu n'as pas enfanté, ne reviens pas ainsi)* » (Donadjè, 1992 : 32).

L'épilepsie en condamnant donc sa victime à vivre sans

descendance, le condamne à une mort sans honneur. A ce sujet, plusieurs chants funéraires Bété et Dida (Gadou, op.cit. : 92-93) indiquent bien l'importance de l'enfant. Ces chansons disent entre autres :

« ... si le défunt est parti sans laisser d'enfants, il est vite inhumé et ses funérailles sont rapidement évacuées » ;
 « C'est l'enfant qui accomplit les rites ultimes pour vous et votre mort devient une belle mort » ;
 « C'est l'enfant le bénéficiaire de la vie » ;
 « Tu as beau avoir des richesses, seul l'enfant est le bénéficiaire de la vie ».

Le contenu de ces chansons montre à quel point chez les Bété, l'impossibilité d'avoir un enfant du fait d'une maladie, peut engendrer des attitudes de rejet de cette maladie et du malade. C'est pourquoi l'épilepsie fait l'objet d'un rejet systématique dans cette société.

Bibliographie

Abrie, J.-C. (1993). "Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamic of social representations. Papers on Social Representations", 2, 75-78.

Abrie, J.-C. (2001). "A structural Approach to Social Representations". In K. Deaux and G. Philogène (Eds.), *Representations of the social* (pp. 42-47). Oxford: Blackwell Publishers.

Abrie, J.-C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. In J.-C. Abrie (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Ramonville Saint-Agne : Editions érès.

BC Epilepsy Society. (2007). « L'épilepsie et la génétique » en [ligne] www.bcepilpsy.com

Becker M.H. & Maiman, L.A. (1983). Models of health-related behavior. In D. Mechanic, dir. *Handbook of health professions*, New York, The Free Press, P.539-568.

Becker, M.H. & Maiman, L.A. (1983). 'Models of health-related behavior'. In D. Mechanic, dir. *Handbook of health, health care and the health professions*, New York, the free press, pp.539-568.

Borgès Da Silva, G. (2001). « La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication ». *Revue médicale de l'assurance maladie*, 32(2), 117-121.

Bovina, I.B. (2006). Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes : « force » versus « faiblesse ». *Peer Reviewed Online Journal*, Volume 15, pp. 5.1-5.11.

Casebeer A. L. et Verhoef M. J. (2000). « L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques » in *Maladies chroniques au Canada*, Volume 18, No 3.

Courtois, R. (1998). « Conceptions et définitions de la sexualité : les différentes approches », in *Annale Médico-Psychologique*, 156, n° 9, pp 613 - 620

Desclaux, A. (2003). « Introduction : Stigmatisation, discrimination, que peut-on attendre d'une approche culturelle ? » in UNESCO/ONUSIDA, VIH/SIDA, *stigmatisation et discrimination: une approche anthropologique*, Actes de la table ronde organisée le 29 novembre 2002 à l'UNESCO - Paris Études et rapports, série spéciale, n°20 Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel UNESCO, 70 : 1-10.

Djoua F.Y.B. (2010). « Réseaux relationnels et processus de soutien aux maladies de la tuberculose au Cameroun ». *REDES-Revista Hispana para el analisis de redes sociales*. Vol.18, N06, junio.

Doise, W., Clémence, A. et Lorenzi-Goldi, F. (1992). *Représentations sociales et analyse des données*. Grenoble : Presse Universitaire de Grenoble.

Donadji F. (1992). « Contexte socioculturel de la reproduction au Bénin et approche de la fécondité par les hommes ». In Association internationale des Démographes de Langue Française (AIDELF), *Les modes de régulation de la reproduction humaine*. Actes du colloque de Delphes. AIDELF en [ligne] <http://www.erudit.org/livre/aidelf1992/index.htm>, page consulté le 10 décembre 2011

Dozon, J.-P. et Guillaume A. (1994). « Contextes, conséquences socio-économiques et coûts du Sida », in J. Vallin (dir.), *Populations africaines et Sida*, Paris : La Découverte, Cepad, pp. 179-223.

Conclusion

Les représentations sociales de l'épilepsie chez les Bété font d'elle une maladie honteuse, qui fait peur, et qui est systématiquement rejetée. En effet, la valeur socialement stigmatisant liée aux manifestations symptomatiques jugées humiliantes associées, dans certaines cas, au caractère contagieux de la pathologie, participe à l'isolement social du malade (Massé, 1995). Mais il y a aussi son rapport à la mort par la perte de conscience du malade pendant les crises, l'impossibilité présumée du malade à se marier, donc à avoir des enfants, et l'inexistence de remèdes locaux, qui font de l'épilepsie, une maladie effroyable et répugnante. En pays Bété l'épilepsie n'est donc pas seulement vue comme une dégénérescence organique, c'est aussi une maladie « sociale » chargée de représentations et de stéréotypes. Ce qui rend difficile sa prise en charge dans cette société et entraîne l'auto-isolement et l'isolement social du malade qui finit parfois par une mort tragique (le suicide). Cette maladie ne constituerait-elle pas donc un facteur suicidogène en pays Bété ? D'autres perspectives d'études plus poussées pourraient permettre de répondre à cette question.

Drapeau, M. et Letendre, R. (2001). « Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative ». *Recherches qualitatives*, 22, 73-92.

Friedson, E. (1970). *Profession of Medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York, Dold et Mead.

Gadou, D.M. (2001). « Du sens de la mort et du salut dans la pensée religieuse des Dida et Bété de Côte D'Ivoire ». *Kasa Byn Kasa*, Revue ivoirienne d'anthropologie et de sociologie ; N0.1, Abidjan : PUCI. Pp.79-103.

Hudelson, P. (2004). « La recherche qualitative en médecine de premier recours ». *Revue médicale suisse*, 503(24011). Repéré à <http://revue.medhyg.ch/article.php3?id=24011>.

JANZEN J. M. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*. Paris, Karthala, 287p. (traduit de l'anglais par Gilles Biheu, René Collignon, Ellen Corin & Claude Hamonet). Première édition anglaise : *The quest for therapy in lower Zaïre*. University of California Press, 1978.

Jodeler, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris, PUF.

Lebon S. et Roulet-Perez E. (2009). « Épilepsie généralisée idiopathique ou épilepsie symptomatique ? Similitudes et pièges » *Epileptologie*, 26: 121-130.

Massé, R. (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.

Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*, New York, the free press.

Memel-Forté, H. (1962). La civilisation animiste. Dans colloque sur la religion. Présence africaine.

Moscovici, S. (1961). La psychanalyse, son image et son public. Paris, PUR (2ème édition en 1976).

Moscovici, S. (2001). "Why a Theory of social representations ?" In K. Deaux et G. Philogène (Eds.), *Representations of the social : Bridging Theoretical Traditions* (pp. 18-61). Oxford: Blackwell.

Parson T.(1951). *The social system*, New York, The Free Press.

Sow, I. (1978). *Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire*. Paris, Payot.

Suchman E.A. (1965). "Stages of illness and medical care". *Journal of Health and social behavior*, 6: 114-128.

Thomas, L.-V. (1985). Rites de mort pour la paix des vivants. Paris, Fayard.

Vinard, P. et Fassasi R. (2007). « La demande d'enfants en Afrique subsaharienne ». In : B. Ferry (dir.) (2007), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 197-251.

Yoro B.M. (2012). « Maladies honteuses et recours aux soins chez les Bété (Côte d'Ivoire) ». *European Journal of Scientific Research*. Vol. 89, No.2, pp. 225-236.



Kapouné Karfo



Arouna Ouédraogo

Conduites alimentaires inhabituelles au cours de la grossesse : épidémiologie et facteurs de risque

Auteurs : Kapouné Karfo, Kalambak Christelle Tchouwa, Jean Gabriel Ouango, Arouna Ouédraogo¹

Résumé : Les conduites alimentaires inhabituelles (CAI) ont connu ces dernières années un regain d'intérêt dans la littérature scientifique. Mais celles apparaissant chez la femme en grossesse semblent être peu étudiées, surtout dans la ville de Ouagadougou. Elles sont sujettes à controverse quant à leurs étiologies et à leurs interprétations socioculturelles. Pourtant, leurs complications restent graves, aussi bien sur la santé de la mère que sur celle de l'enfant.

L'objectif de notre travail était d'étudier les troubles des conduites alimentaires au cours de la grossesse dans la ville de Ouagadougou, en vue de contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction. Il s'est agi d'une étude transversale, prospective à visée descriptive et analytique, sur une période de deux mois et huit jours. Nous avons utilisé un entretien structuré avec pour outil un questionnaire à items fermés et ouverts, adressé aux femmes enceintes venues en consultation prénatale dans les cinq districts sanitaires de la ville de Ouagadougou, sélectionnées par un échantillonnage à deux degrés. Trois cent quatre-vingt-dix (390) femmes enceintes ont été enquêtées, parmi lesquelles 236 ont présenté des CAI, ce qui fait une fréquence de 60,51%. Dix formes de CAI ont été répertoriées : envies impérieuses, changement des préférences alimentaires, anorexie atypique, sitio-phobie, régurgitation, hyperphagie boulimique, fluctuation entre hyperphagie et hyporexie, phagomanie, pica, boulimie. Le niveau d'études, la profession, le statut matrimonial, le niveau socio-économique, les antécédents de CAI, la culpabilité par rapport à la grossesse, la grossesse non désirée, la peur de la grossesse, la valeur de l'enfant à venir, ont été identifiés comme facteurs de risque.

Il ressort de cette étude que les CAI au cours de la grossesse peuvent être dépistées dans notre contexte, facilitant ainsi la prise en charge qui permettra de prévenir leurs complications graves pour la mère comme pour l'enfant.

Mots clés : Conduites alimentaires inhabituelles, grossesse, facteurs de risque, Ouagadougou.

Abstract : Unused eating during pregnancy is a neurotic condition characterized by disturbances of appetite and / or how to eat, contemporary to the pregnancy. There is little explored in Burkina Faso, despite its serious complications. Its pathogenesis is complex. Our study aimed to analyze factors favoring the occurrence of unused eating during pregnancy in the city of Ouagadougou.

The aim was a prospective cross-sectional study with descriptive and analytical covered, on 390 pregnant women attending antenatal clinics in a health facility in the city of Ouagadougou, selected by cluster sampling in two stages. The study was conducted from July 26 to October 2, 2011. The chi-square test was used for analysis with a statistical significance of 5%. The prevalence of unused eating during pregnancy was 60.51 %. Pregnant women with a higher level of education were those that had the highest unused eating in 84.85 % of cases. The teaching professions, employee, profession and framework were most affected by the presence of unused eating during pregnancy (respectively 100%, 76.92 % and 75.61 % of women in each category). Pregnant women who have had a civil marriage are those who had the most unused eating during pregnancy, with 83.33 % of women in this category. The High socioeconomic status was associated with the presence of unused eating during pregnancy, in 70.64 % of pregnant women in this category. The concepts of antecedents unused eating of guilt in relation to pregnancy and unwanted pregnancy were found in women who had the most unused eating during pregnancy (with 97.14 %, 77.42 % and 78 respectively, 79 % of women in each category). The fear of pregnancy and the importance of the unborn child for his mother (child source of conflict) are psycho-social factors also identified as risk factors for onset of unused eating during pregnancy, with 67.48 %, respectively and 93.33 % of women in each of these categories.

There are factors favoring the occurrence of unused eating during pregnancy in our context, the growth of which could establish strategies for screening and management of unused eating during pregnancy in the city of Ouagadougou.

Keywords : Unused eating, pregnancy, risk factors, Ouagadougou.

Auteur correspondant: KARFO Kapouné, 01 BP 2317 Ouagadougou 01, kkapouné@yahoo.fr / kkapouné@gmail.com

¹ Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire/Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou, Burkina Faso.

Kapouné Karfo : Professeur de psychiatrie

Kalambak Christelle : médecin généraliste en service de psychiatrie

Jean Gabriel Ouango : psychiatre

Arouna Ouédraogo : Professeur de psychiatrie et Médecin Chef du service

Introduction

Les conduites alimentaires inhabituelles (CAI) chez les adolescentes sont fréquentes dans les pays développés et l'abondance des études montre qu'elles y suscitent un grand intérêt [12]. Les conduites alimentaires inhabituelles (CAI) présentées par la femme en grossesse sont peu explorées dans le monde, et peu connues en Afrique. Pourtant, de nombreuses études s'accordent à dire qu'elles sont responsables de graves complications sur la santé de la mère et de l'enfant [5, 9, 13, 14, 15, 16]. Les CAI n'apparaissent pas chez toutes les femmes d'où l'hypothèse de facteurs de risque.

Au Burkina Faso, il n'existerait pas d'études sur les CAI au cours de la grossesse. Notre travail avait pour buts de déterminer l'importance des CAI au cours de la grossesse et de répertorier les facteurs de risques liés à l'apparition des CAI au cours de la grossesse.

L'atteinte de ces objectifs participera sans doute à l'amélioration de la santé de la reproduction par une meilleure prise en compte de l'environnement de grossesse.

Matériel et méthode

Notre étude s'est déroulée du 26 juillet au 02 octobre 2014 dans des formations sanitaires (FS) privées et publiques de la ville de Ouagadougou. Il s'est agi d'une étude transversale prospective à visée descriptive et analytique.

Notre population d'étude a été choisie par échantillonnage en grappes à deux niveaux. Le premier degré était constitué de 30 formations sanitaires, sélectionnées à partir de leur nombre de consultations prénatales annuelles réalisées au cours de l'année 2008 (données les plus récentes au moment de l'étude). Et le deuxième degré était constitué des femmes enceintes venues en consultation prénatale (CPN) dans ces formations sanitaires.

La formule de Schwartz ($n = z_{\alpha}^2 \frac{pq}{d^2}$) nous a permis d'obtenir pour enquête, 390 femmes enceintes venues en CPN, dont 13 femmes par formation sanitaire, sélectionnées par méthode accidentelle.

La collecte des données a été réalisée à travers des entretiens structurés à l'aide d'un questionnaire à items ouverts et fermés. Celui-ci, pour permettre une meilleure compréhension par les enquêtées, nécessitait très souvent d'être traduit en langues nationales (*mooré et dioula*). Un pré-test réalisé auprès de 50 femmes enceintes venues en CPN dans une FS de la ville de Ouagadougou, a permis de réadapter le questionnaire. Cette collecte a nécessité la collaboration de trois enquêteurs formés à cet effet.

La fiche de collecte comportait des items sur les caractéristiques sociodémographiques de la patiente, les différents types de conduites alimentaires inhabituelles,

l'environnement familial, les antécédents psychiatriques et obstétricaux, les signes de dépression, les représentations culturelles.

Pour une meilleure utilisation de nos résultats, nous avons opté pour des termes techniques, qui nécessitent une définition opérationnelle :

- **Mariée** : femme enceinte ayant bénéficié d'un des trois types de mariage existant au Burkina Faso à savoir « mariage civil », « mariage coutumier », « mariage civil et religieux ».

- **Anorexie atypique** : le diagnostic répondait aux critères de la CIM-10.

- **Boulimie** : le diagnostic répondait aux critères de la CIM-10.

- **Confiée au jeune âge** : il s'agissait des femmes enceintes qui ont grandi avec des parents autres que leurs géniteurs.

- **Changement des préférences alimentaires** : c'est lorsque, les aliments qui étaient très peu préférés par une femme avant la grossesse, sont devenus ceux dont elle raffole pendant la grossesse.

- **Envies impérieuses** : c'est lorsqu'une femme ressent une envie compulsive de consommer un aliment précis, préparé par quelqu'un de précis, sans tenir compte de l'heure, du lieu ou de la manière (notions qui en situation normale dissuaderaient le commun des mortels).

- **Fluctuation entre hyperphagie et hyporexie** : ce sont des femmes enceintes qui, dans le même mois, présentent plusieurs épisodes d'hyperphagie alternant avec des épisodes d'hyporexie, sans qu'une cause somatique ne puisse l'expliquer.

- Pour le niveau socio-économique (NSE), il a été obtenu en additionnant les scores 1 et 0 pour les caractéristiques de l'habitat, et 1 et 0 pour la possession des biens (caractéristiques déterminées par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie, INSD Burkina Faso). Ainsi, **NSE bas** correspondait à la somme des scores inférieure ou égale à 6, **NSE moyen** correspondait à la somme des scores comprise entre 7 et 12, et enfin **NSE élevé** correspondait à la somme des scores supérieure ou égale à 13.

- **Régurgitations** : ce sont des remontées d'aliments de l'estomac vers la bouche, aliments qui sont tout de suite ravalés sans être remastiqués, et ayant débuté au moment de la grossesse, sans que le volume de l'abdomen ou toute autre cause somatique n'explique ce phénomène.

Les données collectées ont été saisies sur microordinateur grâce au logiciel Sphinx Lexica dans sa version 5.0. L'analyse a été faite à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) dans sa version 20.0. Les différences observées entre les résultats ont été appréciées par le test du chi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher quand cela était nécessaire. Le seuil de significativité statistique retenu était de 5%.

Une autorisation a été obtenue auprès de la Direction Régionale de la Santé du Centre (DRSC) pour les FS publiques. Pour les FS privées, une autorisation a été éga-

lement obtenue auprès de leurs responsables. Le consentement éclairé de chaque femme a été obtenu au début de chaque entretien. Les fiches d'enquêtes ont respecté l'anonymat des femmes enquêtées.

Résultats

Sur les 390 femmes enceintes qui ont été enquêtées, 236 présentaient au moins une conduite alimentaire inhabituelle (CAI), soit une fréquence de 60,52%.

L'âge des femmes enceintes variait de 17 à 42 ans avec une moyenne de $25,82 \pm 5,19$ ans. La tranche d'âge des [25-30ans] était la plus représentée avec 122 femmes enceintes, soit 31,28% des femmes enquêtées.

Les femmes enseignantes, cadres, et élèves/étudiantes, sont celles qui présentaient le plus de CAI au cours de la grossesse, comme le montre le tableau I. La présence de CAI au cours de la grossesse était statistiquement liée au type d'occupation ($p = 0,0294$).

Tableau I : Répartition des femmes enceintes selon leur type d'occupation et selon la présence des CAI au cours de la grossesse (n=390)

Types d'occupation	Effectifs (n) par occupation	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Foyer	209	116	55,50
Vente et service	81	47	58,02
Elève/étudiante	41	31	75,61
Manuel qualifié	18	13	72,22
Cadre	13	10	76,92
Employée	7	5	71,22
Enseignante	7	7	100,00
Aide-familiale	7	2	28,57
Autres *	7	5	71,43
TOTAL	390	236	

*Autres : agent de santé (2), agent de liaison (1), agent du trésor (1), agent financier (1), agent de nettoyage (1), laveuse d'or (1).

Les femmes enceintes qui ont été scolarisées étaient celles qui présentaient le plus de CAI au cours de la grossesse. La présence des CAI au cours de la grossesse était statistiquement très liée au type de scolarisation ($p = <0,0010$). La répartition des femmes enquêtées selon leur type de scolarisation et selon la présence de CAI au cours de la grossesse, est présentée dans le tableau II.

Tableau II : Répartition des femmes enceintes selon leur type de scolarisation et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=390)

Types de Scolarisation	Effectifs (n) par type de scolarisation	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Scolarisée	244	165	67,62
Alphabétisée	17	11	64,71
Non scolarisée	129	60	46,51
TOTAL	390	236	

Les femmes enceintes qui avaient le niveau du supérieur étaient celles qui ont le plus présenté les CAI au cours de la grossesse, suivies de celles qui avaient le niveau du secondaire 2ème cycle et du secondaire 1er cycle, comme illustré par le tableau III. La présence de CAI au cours de la grossesse était statistiquement liée au niveau d'études de la femme enceinte ($p = 0,0290$).

Tableau III : Répartition des femmes enceintes selon leur niveau d'études et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=244)

Niveau d'études	Effectifs (n) par niveau d'études	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Supérieur	33	28	84,85
Secondaire 2e cycle	41	29	70,73
Secondaire 1er cycle	86	60	69,77
Primaire	84	48	57,14
TOTAL	244	165	

Les femmes enceintes ayant un NSE élevé, sont celles qui présentaient le plus les CAI. La présence des CAI au cours de la grossesse était statistiquement liée au NSE de la femme enceinte ($p = 0,0390$). Le NSE selon la présence de CAI au cours de la grossesse est résumé dans le tableau IV.

Tableau IV : Répartition des femmes enceintes selon leur NSE et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=390)

NSE	Effectifs (n) par NSE	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Bas	33	19	57,58
Moyen	248	140	56,45
Élevé	109	77	70,64
TOTAL	390	236	

Les femmes enceintes qui ont eu un mariage civil et les concubines, présentaient le plus les CAI au cours de la grossesse. La présence des TCA au cours de la grossesse était statistiquement liée au statut matrimonial de la femme enceinte ($p = 0,0198$). La répartition des femmes enceintes selon leur statut matrimonial et selon la présence de TCA au cours de la grossesse est résumée dans le tableau V.

Tableau V : Répartition des femmes enceintes selon leur statut matrimonial et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=390)

Statut matrimonial	Effectifs (n) par statut matrimonial	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Mariage coutumier	254	142	55,91
Mariage religieux et civil	65	39	60,00
Concubinage	57	45	78,95
Célibataire	8	5	62,50
Mariage civil	6	5	83,33
TOTAL	390	236	

Les femmes en mariage monogamique présentaient le plus les CAI au cours de la grossesse. La présence de CAI au cours de la grossesse n'était pas statistiquement liée au régime matrimonial ($p = 0,2360$). Le tableau VI présente la répartition des femmes enceintes selon leur régime matrimonial et selon la présence de CAI au cours de la grossesse.

Tableau VI : Répartition des femmes enceintes selon leur régime matrimonial et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=325)

Régime matrimonial	Effectifs (n) par régime matrimonial	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Monogamie	278	178	64,03
Polygamie (1ère)	35	17	48,57
Polygamie (2ème)	12	6	50,00
TOTAL	325	201	

Notre étude a identifié dix types de CAI. Il y avait des patientes ayant présenté plusieurs types de CAI, portant à 682 le nombre de réponses. Les envies impérieuses concernaient surtout la viande (dans tous ses états) et les fruits, avec respectivement 27,9% et 18,6% des citations (tableau VII).

Tableau VII : Répartition des différents types de CAI observés chez les femmes enceintes (n=682)

Types de CAI	Effectifs (n)	Pourcentages %
Envies impérieuses	112	16,42
Changement des préférences alimentaires	103	15,10
Anorexie atypique	79	11,58
Sitiophobie	74	10,85
Réurgitation	71	10,41
Hyperphagie boulimique	65	9,53
Fluctuation entre hyperphagie et hyporexie	64	9,38
Phagomania	54	7,93
Pica (géophagie)	45	6,60
Boulimie	12	1,76
TOTAL	682	100

Le moment d'apparition des CAI par rapport à l'âge de la grossesse a été précisé par 98,73% des femmes ayant présenté les CAI sur grossesse. Le 1^{er} trimestre de grossesse constituait le principal moment d'apparition des CAI. Ils apparaissaient moins au 2^{ème} trimestre de grossesse. Nous n'avons noté aucune CAI débutée au 3^{ème} trimestre (figure 1).

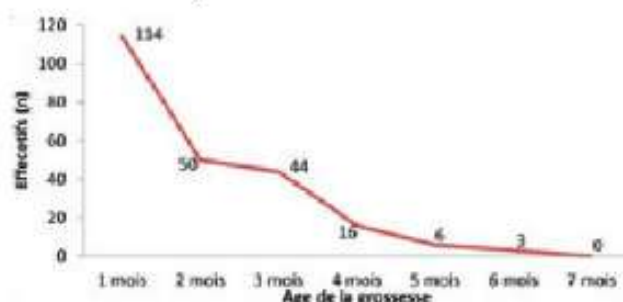


Figure 1: Répartition des femmes enceintes selon l'âge de leur grossesse et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=233)

Les femmes enceintes qui se sentaient coupables par rapport à leur grossesse, étaient celles qui présentaient le plus les CAI au cours de la grossesse. La présence de CAI au cours de la grossesse était statistiquement liée au sentiment de culpabilité par rapport à la grossesse ($p = 0,0447$) (tableau VIII).

Tableau VIII: Répartition des femmes enceintes selon leur culpabilité par rapport à la grossesse et selon la présence de CAI au cours de la grossesse (n=390)

Culpabilité par rapport à la grossesse	Effectifs (n)	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Oui	31	24	77,42
Non	359	212	59,05
TOTAL	390	236	

Parmi les femmes enquêtées, 68,46% étaient au moins à leur deuxième grossesse. La présence de CAI au cours de la grossesse était statistiquement très liée à l'existence de CAI aux grossesses antérieures ($p = <0,0010$) (tableau IX).

Tableau IX: Répartition des femmes enceintes selon la présence de CAI aux grossesses antérieures et la présence de CAI au cours de la grossesse (n=267)

TCA aux grossesses Antérieures	Effectifs (n)	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Oui	122	84	68,85
Non	145	69	47,59
TOTAL	267	153	

Les femmes enceintes qui n'ont pas désiré leur grossesse ont le plus présenté les CAI au cours de la grossesse. La présence des CAI au cours de la grossesse était statistiquement liée au fait que la grossesse n'ait pas été désirée ($p = 0,0248$) (tableau X).

Tableau X: Répartition des femmes enceintes selon leur désir de la grossesse actuelle et selon la présence des CAI au cours de la grossesse (n=390)

Grossesse Désirée	Effectifs (n)	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Oui	357	210	58,82
Non	33	26	78,79
TOTAL	390	236	

La culpabilité par rapport à la grossesse était statistiquement très liée au désir de grossesse ($p = 0,0001$) (tableau XI).

Tableau XI : Répartition des femmes enceintes selon la culpabilité par rapport à la grossesse et selon le non désir de la grossesse (GND) actuelle (n=390)

Culpabilité par rapport à la grossesse	Effectifs (n)	Effectifs GND	Fréquence (%) GND
Oui	31	17	54,84
Non	359	16	4,46
TOTAL	390	33	

Les femmes enceintes qui avaient peur de la grossesse, étaient celles qui ont le plus présenté les CAI (tableau XII et XIII).

Tableau XII : Répartition des femmes enceintes selon leur peur de la grossesse et selon la présence des CAI au cours de la grossesse (n=390)

Peur de la grossesse	Effectifs (n)	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Oui	163	110	67,48
Non	227	126	55,51
TOTAL	390	236	

Tableau XIII : Répartition des raisons de la peur de la grossesse évoquées par les femmes enceintes (n=167)

Raisons de la peur de la grossesse	Effectifs (n)	Pourcentages (%)
L'inconnue de l'issue de la grossesse	67	40,12
L'accouchement	44	26,35
Primiparité	30	17,96
Les malaises de la grossesse	11	6,59
Les complications de la grossesse	4	2,39
Autres*	5	2,99
Les conflits familiaux	3	1,80
Normal d'avoir peur	3	1,80
TOTAL	167	100

*Autres : écart avec le dernier enfant (2), grossesse gémellaire (1), pas de préparation (1), pauvreté (1).

Dans notre étude, les femmes enceintes, dont l'enfant à venir symbolisait une source de conflits ou un moyen de résolution des problèmes, sont celles qui ont le plus présenté les CAI, au cours de la grossesse (tableau XIV).

Tableau XIV: Répartition des femmes enceintes selon leur symbolisation de l'enfant à venir et selon la présence des CAI au cours de la grossesse (n=390)

Symbolisation de l'enfant à venir	Effectifs (n)	Effectifs CAI + grossesse	Fréquence (%) CAI + grossesse
Source de joie	273	166	60,81
Origine de notre mariage	32	17	53,12
Agrandir la famille	52	26	50,00
Résolution des problèmes	18	13	72,22
Source de conflits	15	14	93,33
TOTAL	390	236	

Discussion

Notre étude présente certes quelques limites et contraintes :

- L'espace pour les entretiens ne permettait pas toujours une stricte intimité avec les enquêtées, limitant souvent leurs propos.
- Il a fallu traduire le questionnaire en langues nationales, ce qui pouvait modifier la compréhension de certaines idées.
- Nous avons noté une absence de réponses à certaines questions ; ce qui semblait normal dans ces types d'études.
- Le fait d'avoir eu recours à des enquêteurs, pour assurer l'enquête (du fait du grand nombre de formations sanitaires à visiter), a pu introduire un biais dans les données ; les informations recueillies ont donc pu ne pas être appréciées avec la même objectivité.
- Nous avons été également confrontés à la difficulté à trouver des études similaires réalisées, notamment africaines. Cette insuffisance d'études n'a pas facilité la confrontation de nos résultats à ceux d'études antérieures.

Les CAI au cours de la grossesse ont été observés chez 60,52% des femmes enquêtées. Ce taux est similaire à celui d'Abraham et al en Australie qui trouvaient en 1994 que 61% des femmes enceintes ont présenté au cours de leur grossesse une forme de CAI [1]. Notre chiffre est supérieur à celui de Hubin-Gayte et al en France en 2008 qui trouvaient que 42,5% des femmes ont présenté des

CAI au cours de leur grossesse [7]. Tous ces chiffres confirment ainsi la grande fréquence des CAI au cours de la grossesse.

Néanmoins, notre taux pourrait être sous-évalué, car parmi les femmes enceintes enquêtées, celles qui ne présentaient pas de CAI au moment de notre étude, pourraient les présenter à un autre moment de leur grossesse. Aussi, les CAI au cours de la grossesse ne sont pas considérés par les populations comme une pathologie, mais comme des « caprices » de femmes enceintes pour attirer l'attention de leur conjoint. Il n'y a donc pas lieu de les signaler à un agent de santé.

Dans notre population d'étude, la tranche d'âge des [25 à 30 ans] était majoritaire dans 31,28% des cas ; cette tranche d'âge correspond à celle où le taux de fécondité est le plus élevé en milieu urbain (taux de fécondité en milieu urbain égal à 186 pour 1000 femmes entre 2007 et 2010) [8].

Les enseignantes, les cadres et les élèves/étudiantes ont développé plus de CAI au cours de la grossesse, avec respectivement 100%, 76,92% et 75,61% des femmes enceintes de chacune de ces occupations. Ces occupations seraient donc des facteurs de risque ; en effet ces occupations sont sources de stress permanent à cause de la compétition.

Les femmes enceintes qui ont été scolarisées étaient celles qui présentaient le plus les CAI au cours de la grossesse, avec 67,62% des femmes de cette catégorie. Aussi, la fréquence des CAI sur grossesse augmentait avec le niveau d'études, passant (de façon croissante) de 46,51% des femmes enceintes qui n'ont pas de niveau scolaire, à 84,85% de celles ayant le niveau du supérieur.

Les CAI se recrutaient parmi les femmes enceintes ayant un niveau socio-économique (NSE) élevé (70,64%). Les femmes enceintes à NSE élevé, seraient pour certaines, celles qui s'occidentaliseraient le plus via les médias étrangers prônant une certaine image du corps. Aussi, l'accessibilité financière permettrait de satisfaire la moindre envie alimentaire, qui calmerait leurs tensions psychiques. Chez les femmes à NSE bas, les besoins fondamentaux (se nourrir, se vêtir, se loger) semblent être des priorités, qui éclipsaient les tensions psychiques de la maternité.

Les CAI étaient le plus retrouvés les femmes enceintes qui ont eu un mariage civil et celles qui étaient concubines, avec respectivement 83,33%, et 78,95% des femmes ayant chacun de ces statuts. Les femmes enceintes ayant eu un mariage coutumier et celles qui ont eu un mariage religieux et civil, présentaient moins de CAI, avec respectivement 55,91% et 60% de femmes de chaque catégorie. Le mariage coutumier et le mariage religieux couplé du mariage civil protégerait plus la femme. En effet pour nombre de burkinabè, le mariage civil n'a de valeur que sur papier ; il n'est pas reconnu par les parents de la fille qui l'identifie au concubinage. Au Burkina jusqu'à présent, le symbolisme du mariage réside dans la célébration du mariage coutumier et ou religieux. Par sa simple célébration, la fille est autorisée à rejoindre son partenaire et jouit désormais du statut de femme dans un foyer.

Au Burkina jusqu'à présent, la grossesse hors mariage est mal vue voir sanctionnée comme telle dans plusieurs cultures. Elle est source de tensions psychologiques pour la jeune fille qui par cette faute aurait transgressé la coutume. Les tensions psychiques liées à



*Scène de rue à Ouagadougou.
Photo Psy Cause, février 2014.*

la sensibilité des femmes enceintes à leur entourage, se trouveraient alors amoindries, ce qui pourrait réduire l'apparition des CAI au cours de la grossesse.

Les envies impérieuses constituaient la CAI la plus fréquente. La viande et les fruits, étaient les plus concernés dans notre étude. Il faut reconnaître qu'au Burkina, la conscience populaire considère la viande comme un aliment prisé naturellement réservée aux familles aisées. Fairburn et al en 1992 à Oxford trouvaient que ces envies impérieuses étaient plus prononcées pour le chocolat et les fruits [6].

Dans notre étude, la sitiophobie concernait plus le riz et les sauces. Fairburn et al en 1992 à Oxford trouvaient une sitiophobie prononcée pour le café et le thé [6].

Le pica concernait la géophagie dans notre série, et dans celle de Fairburn et al en 1992 à Oxford, plutôt le charbon et les légumes surgelés [6].

Ces différences d'aliments concernés par les envies impérieuses, au cours de la grossesse dans les deux études, doivent leur explication à la différence des comportements alimentaires mais aussi à la différence de culture.

L'anorexie atypique représentait 11,58% des citations. Les croyances populaires lient le poids de la femme en grossesse exclusivement au poids du fœtus. Il faut alors « tout faire » pour maigrir dans le but

d'éviter la dystocie liée au gros poids de l'enfant.

Dans notre étude, le 1^{er} trimestre de grossesse constituait le principal moment de l'apparition des CAI chez 89,3% des femmes enquêtées. De ce fait, les CAI sont très souvent confondus avec les signes sympathiques de la grossesse, comme le signalait Bulik et al dans leur série en 2007 [9].

Les CAI étaient le plus retrouvés chez les femmes enceintes ressentant de la culpabilité par rapport à leur grossesse. Cette culpabilité par rapport à la grossesse était liée au fait que la grossesse n'était pas désirée. Dans ce cas, la présence de CAI serait une expression de la tension psychique due à la grossesse non désirée.

Les femmes enceintes ayant présenté des CAI au cours des grossesses antérieures étaient plus exposées. Le fait d'avoir présenté des CAI au cours d'une grossesse, augmenterait donc le risque d'en présenter au cours des autres grossesses. Il en était de même pour les femmes ayant présenté des CAI en dehors de toute grossesse. Ces résultats concordent avec les conclusions de Bydlowski M. en 1997 à Paris [3], Corcos et al en 1997 [4] et Koder et al en 2001 [11], qui stipulaient que la maternité réactive les problématiques de l'image du corps, de l'identité sexuée et des choix identificatoires présentes à l'adolescence, cela chez toutes les femmes et tout particulièrement chez celles ayant souffert ou souffrant de CAI.

Les CAI découleraient donc de la perte de l'estime de soi, liée à

l'image du corps « déformée » par la grossesse, surtout lorsqu'ils existent des éléments de comparaison avec la belle image de soi d'antan (anciennes photos, vêtements devenus trop petits).

La peur de la grossesse semblait être un facteur de risque de CAI. Cette peur était le plus liée au fait que l'issue de la grossesse ne pouvait être connue à l'avance (la césarienne était la plus crainte). Kji S en 1999 à Salé (Maroc) qui estimait en effet que le fait de ne pas accoucher par voie basse (comme en parlent certaines femmes) semble renvoyer à une insatisfaction avec un sentiment profond d'échec. Aussi la césarienne représente pour certaines femmes, l'incapacité à assumer pleinement leur rôle de femme, par manque du vécu de ce moment fort de l'expulsion de l'enfant par voie basse. Parallèlement, il existe une peur par rapport au mythe de l'atroce douleur de l'accouchement avec à la fois la peur de "broyer" l'enfant et celle d'être "déchirée" [10].

Aucune femme enceinte dans notre étude n'a évoqué les modifications physiques de la grossesse comme raison de la peur de la grossesse. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'en Afrique, la maternité est le moyen pour une femme d'accéder à une place de choix dans la société. Alors passer par des désagréments physiques pour y arriver, paraît dérisoire par rapport à la joie qu'elle va ressentir au moment où elle va tenir son enfant dans les bras.

Les grossesses à problème étaient fortement source de CAI. Si l'enfant à venir est pour sa mère une source de problèmes, alors l'attente de cet enfant constituerait un facteur de stress entraînant une tension psychique, qui sera responsable de l'apparition des CAI au cours de la grossesse.



Scène de rue à Ouagadougou. Photo Psy Cause, février 2014.

Bibliographie

1. Abraham S, King W, Llewellyn-Jones D. Attitudes to body weight, weight gain and eating behavior in pregnancy. *Journal of Psychosomatic and Obstetrics Gynecology*. 1994 ; 15 : 189-195.
2. Bulik CM, Von Holle A, Hamer R, Berg CK, Torgersen L, Magnus P, et al. Patterns of remission, continuation, and incidence of broadly defined eating disorders during early pregnancy in the Norwegian Mother and Cohort Study (MoBa). *Psychol Med*. 2007 ; 37 (8) : 1109-18.
3. Bydlowski M. La Dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. Paris : PUF ; 1997, 213.
4. Corcos M, Girardon N, Granet P. Troubles des conduites alimentaires et infertilité : revue de la littérature et perspectives. *Ann Med Psychol*. 1997 ; 155 : 425-35.
5. Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A. Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. *Encyclo Méd Chir (Editions scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Gynécologie-Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001, 7.*
6. Fairburn CG, Stein A, Jones R. Eating habits and eating disorders during pregnancy. *Psychosomatic Medicine*. 1992 ; 54 (6) : 665-72.
7. Hubin-Gayte M, Squires C, Doncieux K, Sajko A. De l'intérêt d'une prévention des troubles des conduites alimentaires chez les femmes enceintes. *L'information psychiatrique*. 2008 ; 84 (8) : 725-31.
8. Institut National de la Statistique et de la démographie. Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples (EDSBF-MICS IV) 2010. Ouagadougou-Cal-

verton : BM/ ICF International ; 2012, 501.

9. Kaiser BS. Consultation de grossesse dans un contexte de trouble des conduites alimentaires. [En ligne]. [Consulté le 27 juin 2013]. Disponible : http://www.hebamme.ch/fr/heb/bild/dnld/2010/ConsultSF_TCAs.pdf
10. Kji S. Psychologie de la grossesse et de l'accouchement. *Espérance médicale*. 1999 ; 6 (56) : 576-8.
11. Koder L, Cohen P, Davies M, directeurs. Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 ; 40 : 1434-40.
12. Léonard T, Foulon C, Gueff J-D. Troubles du comportement alimentaire chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie*. 2005 ; 2 (2) : 96-127.
13. Pregorexia: Anorexia that dangers pregnant mothers and their child. [En ligne]. 2012 [Consulté le 31 mai 2013]. Disponible : <http://askville.amazon.com/type-women-suffer-Pregorexia/AnswerViewer.do?requestId=61885129>
14. Rigaud D. Grossesse et trouble du comportement alimentaire. [En ligne]. 2012 [8 février 2012] ; Disponible : <http://www.anorexie-et-boulimie.fr>
15. South Daily Pipelette. Quels sont les risques de l'anorexie pendant la grossesse? [En ligne]. 2010 [Consulté le 16 mai 2013]. Disponible : http://www.pipelette.com/santegrossesse/anorexie-et-grossesse.html#causes_anorexie_pendant_grossesse
16. Stewart DE, Raskin J, Garfinkel PE, MacDonald O, Robinson G. Anorexia nervosa, bulimia, and pregnancy. *Am J Obst and Gynecol*. 1987 ; 157 : 1194-8.

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.

Abonnement

Abonnement pour un an à la revue *Psy Cause* : 50 € à partir du n° (sauf n° épuisés).

3 numéros quadrimestriels

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.....

L'équipe de Psy Cause

II Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zarzis)

II Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

II Rédacteurs en chef

Coordonnateur : Jean Paul Bossuat

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

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, d'André Tâbo, de Raymond Tempier et de Jean-Marie Y Yéo Ténéna.

II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

II Secrétaires de Rédaction

Afrique subsaharienne :

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

Algérie :

Meryem Tadjanui (Tlemcen, Algérie)

Amérique du Nord :

François Borgat (Montréal, Québec, Canada)

Adjoint à l'Amérique du Nord :

Jean-Paul Olivier (Belfort, France)

Europe :

Yves Chmielewski (Avignon, France)

II Comité de Rédaction Francophone

Jean Louis Aguilar (Béziers, France)

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Samia Artia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Valérie Aubin (Monaco)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiton (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

Andrew Blewett (Exeter, Angleterre)

Jérôme Bobo (Uzès, France)

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

Gada Breich (Beyrouth, Liban)

Jan Cimicky (Prague, Tchéquie)

Sadek El Idrissi (Marrakech, Maroc)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

Émilie Flossi-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)

Daniella Malulu (Victoria, Seychelles)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkeltzok (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 (Pains, France)

Adeline Raharivelo (Antananarivo, Madagascar)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo, Madagascar)

Jean Marie Rebeyrol (Bordeaux, France)

Guénelle Reynes (Montpellier, France)

Saliou Salifou (Lomé, Togo)

Anne Sarrasat (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukoa, Japon)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Orhman Sentissi (Genève, Suisse)

Kokou Messanh Agbémélé Soédjé (Lomé, Togo)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Mohamed Tadjaloui (Tlemcen, Algérie)

André Tâbo (Bangui, Centrafrique)

Petr Taraba (Opava, Tchéquie)

Linette Tédongmo (Saint Laurent du Maroni, Guyane)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario, Canada)

Mamadou Habib Thiam (Dakar, Sénégal)

Chak Thida (Phnom Penh, Cambodge)

Michel Touso (Lomé, Togo)

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne, Portugal)

Josée Van Eijk (Nimègue, Pays Bas)

Raymond Videlaire (Papeete, Polynésie)

II Correspondants

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

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Baba Fall (Valence, France)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Béatrice Ségas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

II Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Merge (Martigues, France)

Carole Mitaine (Antibes, France)

Dominique Pringuet (Nice, France)

Jean pierre Staebler (Avignon, France)

Nicole Vernazza (Arles, France)

La revue Psy Cause rend hommage à Mathieu Tognidé



Le Pr Mathieu Tognidé au congrès Psy Cause de Parakou, au Bénin, le 11 février 2008.

En seconde partie de ce numéro, un dossier offert au Pr Mathieu Tognidé qui fut l'inventeur de la vocation internationale francophone de la revue Psy Cause, en témoignage de notre reconnaissance.