

Psy

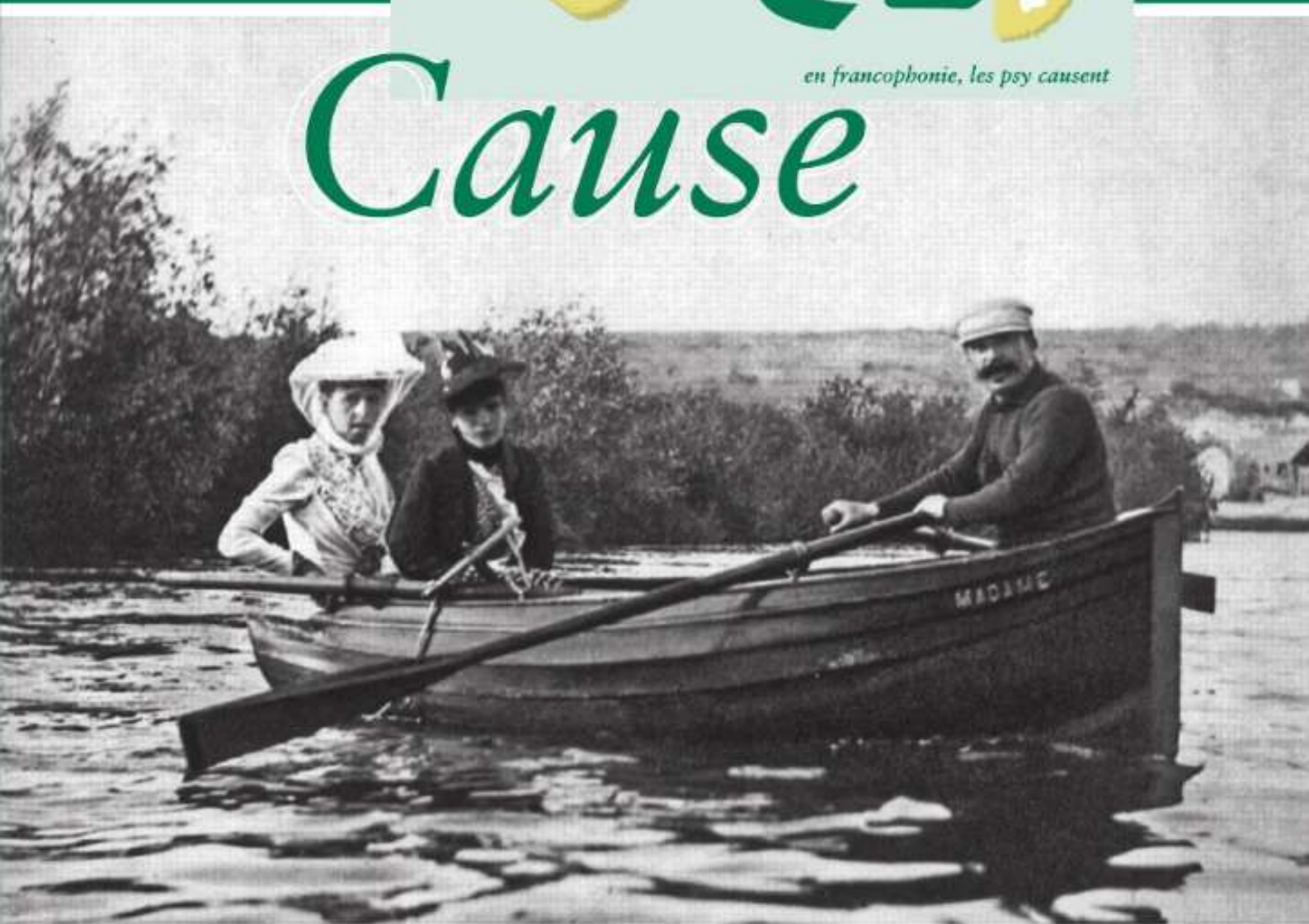
Psy Cause 72

2^{ème} quadrimestre 2016



en francophonie, les psy causent

Cause



Sommaire

Psy Cause I : Auteurs francophones	
Introduction au dossier.....	3
France : Guy de Maupassant et la possibilité hystérique Fatima Djilali-Messaoud	4
Togo : Culture africaine, grossesse non désirée et addiction : cas d'Abel Saliou Salifou, Corentin Nascimento, André Tabo, Daméga Wenkourama, Similiwa Kolou Dassa, Josiane Ezin-Houngbé ...	8
France : Psychotraumatismes précoces et précarité. Réflexion autour du cas de Madame S. Marianne Hodgkinson, Jean-Michel Le Marchand, Annie Segal, Sylvie Gourmet, Tatiana Beregovaia	13
Côte d'Ivoire : Violence et traumatisme : cas de deux femmes victimes de viol à répétition lors du conflit postélectoral en Côte d'Ivoire Koffi Paulin Konan	22
Bénin et Togo : Langage symbolique du corps : difficulté thérapeutique à propos d'une sensation de brûlure dans le dos Guy Gérard Aza-Gnandji, Kokou Messanh Agbémélé Soedjé, Bartholome Komivi Azorbly, Joel Mawuko Gbétogbé, Grégoire Magloire Gansou, Josiane Ezin-Houngbé, Réne Gualbert Ahyi	27
Bénin : L'odeur comme expression de souffrance psychique chez les fon : à propos de deux cas Guy-Gérard Aza-Gnandji, Kokou Messanh Agbémélé Soedjé, Elvyre Kliikpo, Grégoire Magloire Gansou, Josiane Ezin-Houngbé	31
Côte d'Ivoire : Alliances inconscientes dans la famille et souffrance psychique : le cas Jérôme Koménan Denis Dagou.....	35
Côte d'Ivoire : Rôle du père dans l'observance du traitement antirétroviral chez le jeune enfant vivant avec le VIH Hortense Aka Dago-Akribi	41
Côte d'Ivoire : Le conseil de dépistage volontaire du VIH améliore-t-il les pratiques sexuelles des séropositifs ? Ekissi Orsot Tetchi, Eugène Yao Konan, Yessonguillana Jean-Marie Yéo-ténéna, Odile Aké, Franck Kokora Ekou, Parfait Stéphane Sablé, Dénise Kpébo, Ladj Kouyaté, Roger Charles Joseph Delafosse, Drissa Koné	49
Algérie : Impact d'un entraînement à l'imitation sur le développement de la communication chez les enfants avec Trouble du Spectre Autistique : une étude menée en Algérie Sarah Dagou, Ali Mcherbet, René Pry, Yamina Bendiouls	54
Tunisie : Tabagisme, dépendance à la nicotine et schizophrénie Faten Ellouze, Lella Robbana, M El Karoui, Kafa Ben Salah, H Aouina, Mohamed Fadhel M'rad	59
Psy Cause II : Œuvres d'ateliers à médiation créative	64

Psy Cause

72

Mai - Août 2016
Revue quadrimestrielle

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

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

Prix du numéro : 20€

Infographie : BAZILIC INSTINCT
04 90 22 25 95
Imprimeur : MC Caractère - Avignon 84
04 90 27 08 09

ISSN 1245-2394



La francophonie dans sa diversité

L'année 2016 est, pour notre revue *Psy Cause*, un moment charnière. Nous pouvons en retenir trois journées qui ont revêtu une signification particulière : le 11 mai à Dakar avec l'affirmation solennelle du rôle de *Psy Cause* comme revue de référence en Afrique Subsaharienne lors du premier congrès franco-africain de santé mentale, le 3 juin à Mont Tremblant au Québec avec le « bloc » *Psy Cause* Canada devant un public de quatre cent psychiatres québécois lors du cinquantième congrès de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec, le 20 septembre à Paris avec notre première participation aux travaux du Réseau des Associations Professionnelles Francophones au siège de l'Organisation Internationale de la Francophonie.

À ces trois dates, nous pouvons ajouter les dossiers francophones de nos trois précédentes parutions : le N°69 « Spécial Sénégal », le « Cahier japonais » de notre N°70 et le « Cahier franco-ontarien » de notre N°71. Ils déclinent trois dimensions de la Francophonie dans notre revue. Au Sénégal, pays francophone, la prestigieuse « École de Dakar » a composé l'ensemble d'un numéro. Au Japon, les auteurs ont choisi la langue française pour exprimer auprès d'un lectorat international, des spécificités de leurs pratiques et questionnements. En Ontario, le français, en tant que langue minoritaire mais officielle et appréciée, est, là encore, choisi pour affirmer la richesse de l'apport d'une communauté à la santé mentale de cette Province du Canada.

Nous avons opté de faire de ce N°72 un numéro athématique, ouvert à un maximum d'auteurs francophones qui ont souhaité publier dans une revue francophone internationale. Le thème général est donc celui de la francophonie dans toute sa diversité. Nous ouvrons ce numéro avec un article français consacré à une étude psychopathologique sur Guy de Maupassant, ce qui est apparu à notre équipe comme une heureuse opportunité pour introduire le positionnement francophone de notre revue. Ce N°72 est clôturé par la rubrique, désormais régulière, destinée à la publication d'œuvres réalisées dans des ateliers thérapeutiques à médiation créative.

Jean Paul Boisnat et Thierry Lavergne

Auteurs francophones

Nous ouvrons ce dossier athématique avec un article français consacré à Guy de Maupassant dont la problématique est centrée sur la question de l'hystérique « Qu'est-ce qu'une femme ? ». Cette étude originale sur un homme de lettres sera donc notre première occurrence.

Le cas d'Abel, une étude dont l'auteur principal est togolais, interroge le malaise de l'enfant non désiré dans un contexte culturel où l'infertilité peut briser le mariage. Le cas de Samira qui fait suite, une étude française, interroge le malaise généré par une maltraitance infantile. Abel et Samira présentent des similarités au delà de la distance géographique qui les séparent.

Un bioanthropologue ivoirien analyse deux cas de viol au cours du conflit postélectoral qui a causé beaucoup de traumatismes dans son pays. Cet article pose concrètement une problématique majeure dans les zones de guerre de l'Afrique Subsaharienne.

Suivent deux articles béninois et togolais sur la signification culturelle de symptômes : le dos brulant et la sensation de mauvaise odeur.

Trois études ivoiriennes se succèdent alors : une première interroge l'existence d'alliances inconscientes qui aliènent dans le cadre de la famille élargie africaine en Côte d'Ivoire. Une seconde questionne le rôle du père dans l'observance du traitement de l'enfant vivant avec le VIH. Une troisième évalue l'impact du dépistage volontaire du VIH dans les pratiques sexuelles des séropositifs.

Nous terminons ce parcours par deux articles en provenance du Maghreb. Le premier, algérien, étudie l'efficacité d'un entraînement à l'imitation sur le développement des compétences communicatives chez les enfants avec trouble du spectre autistique. Le second, tunisien, étudie les difficultés du sevrage au tabac pour les patients souffrant de schizophrénie.

Au travers de ces onze occurrences de France, d'Afrique Subsaharienne et d'Afrique du Nord, s'expriment des auteurs de sept nationalités différentes qui ont en commun de publier en langue française dans une revue internationale. Ce dossier, bâti sur le seul critère de la qualité d'articles qui nous ont été adressés, illustre la richesse et la diversité de questionnements dans un cadre francophone.



Jean Paul Bossuat

Guy de Maupassant sur le lac Léman en 1889.



Fatiha Djilali-Messaoud

Guy de Maupassant et la possibilité hystérique

Auteur : Fatiha Djilali-Messaoud

Résumé : Guy de Maupassant assigné au diagnostic de schizophrénie présente un tableau sémiologique déconcertant : obscénité, histrionisme, mythomanie, somatisations multiples avec course aux médecins, caractère non génital de la sexualité avec dégoût de cette sexualité etc... Maupassant se penche sur la question hystérique : « Qu'est-ce qu'une femme ? », cherche La femme pour constater l'absence de réponse à la question et ne rencontre que des femmes. Tristesse et consommation vont être alors les piliers de la quête désirante de Maupassant.

Mots clés : psychose, hystérie, obscénité, histrionisme, somatisation, femme, tristesse, dégoût.

Abstract : Guy de Maupassant, who was diagnosed with schizophrenia, finally offers a rather misleading semiotic picture: he was obscene, histrionic, mythomaniac, hypochondriac and both practiced and despised non-genital sexuality. Maupassant addressed the question of hysteria: "What is a woman?" He relentlessly looked for THE woman, but, well aware of the fact that it was a hopeless task, he only met women. Sorrow and consumption would then become the two pillars of Maupassant's quest of desire.

Keywords : psychosis, hysteria, obscene, histrionic, somatization, woman, sorrow, disgust.



Gustave de Maupassant

Guy de Maupassant (1850-1893) est né de Gustave de Maupassant et de Laure le Poittevin. Le père Gustave, bourgeois malheureux, peintre sans succès mais grand séducteur sera « *de la race des amoureux non pas celle des pères* » ne fera pas le bonheur de Laure « *virilisée par son entourage* », intellectuelle et mère avant tout. Ainsi le couple parental se séparera après la naissance d'Hervé (1856) et Guy ne reverra son père qu'à de rares occasions mais entretiendra avec lui une correspondance souvent critique et intéressée.

Laure, avant son mariage avait souffert de la perte d'Alfred le Poittevin son frère et mentor et homme de grande culture malgré une éprouvante neurasthénie. Alfred mort sera le héros du roman familial et amical : Gustave Flaubert, mentor lui de Guy de Maupassant, sera, sa vie durant, affligé par ce décès.

Guy, après une scolarité en pensionnat privé, fit des études de droit interrompues par la guerre avec la Prusse puis, sera employé aux Ministères de la Marine et de l'Instruction avant de se consacrer exclusivement aux lettres, aidé en cela par Gustave Flaubert dont la mort (1880) induira chez l'écrivain un épisode mélancolique mais, sur le plan littéraire, signera le passage de la nouvelle au roman.

Le frère Hervé, militaire reconverti à l'horticulture, affecté par la syphilis, décèdera quatre ans avant Guy qui s'éteint en 1893 à Maison Blanche frappé depuis longtemps par la syphilis (1870) mais souffrant aussi d'une « *maladie nerveuse* » qu'il sédate avec divers toxiques (alcool, éther, cannabis etc.) Pour les médecins d'autrefois la maladie nerveuse n'était autre que la schizophrénie mais ce diagnostic s'étaye sur une sémiologie pauvre qui n'autorise pas un verdict aussi lapidaire. Névrose et perversion peuvent être aussi convoquées pour les étiquetteurs de profession, notre propos à nous étant de montrer la vanité d'une inclusion nosographique post-mortem face à une polypathologie aussi conséquente que celle de Maupassant. Nous allons donc nous pencher sur l'éventualité hystérique.

Guy de Maupassant (1850-1893), écrivain de son état était le frère d'Hervé, militaire puis horticulteur. Enfant dissipé, élève brillant mais indiscipliné, ses études de Droit furent interrompues par la guerre franco-allemande soldée par la défaite de Napoléon III. Son mentor, Gustave Flaubert, ami de sa mère divorcée Laure le Poittevin et de son défunt oncle, Alfred le Poittevin, lui trouva place en ministère avant de répudier son goût originaire pour la poésie et en faire un écrivain caractérisé par une nouvelle forme d'écriture : la nouvelle. À la mort de ce maître et directeur de conscience il put enfin allonger ses textes en romans. Une bien originale vie d'alcôves parfumées, de toxiques et ripailles lui fut permise par une carrure hors du commun et par la pratique du canotage. Guy avait très tôt contracté une syphilis qui l'emporta. Mais une nouvelle "Le Horla" lui valut d'être, de par ses hallucinations (autoscopie), "classé"

dans le champ schizophrénique.

Certes il est délicat devant une polypathologie toxique, neurologique et psychiatrique d'enfermer un humain souffrant. Notre propos est de montrer qu'avant tout Maupassant pâtissait de la vie, que seuls ses mots auraient pu dénoncer mais qu'il nous restitua, intervalle du fantasme interdisant une version analytique, en faisant de nous les analysants de sa lecture.

Gustave de Maupassant, père de Guy, partit le laissant avec le désir de Laure sa mère, sur les bras, une mère inconsolable de la mort de son frère Alfred, déçue par un époux tisseur de « *filles de rien* »¹, sublimant dans la maternité mais sans obtenir le résultat de cette mystique materno-filiale puisque, pour satisfaire sa penisneid, elle se virilise. Tout est alors écrit : Guy est mis en position d'être ce que ne fut pas l'oncle Alfred, ancêtre adulé « *Esprit subtil, inquiet, Alfred verse vite dans la mélancolie. (...) abuse de la métaphysique, du pessimisme (...) connaît la débauche sans en jouir et illustre avec une perfection tragique la phrase du cardinal de Retz : il "ne put remplir son mérite ; c'est un défaut, mais il est rare, mais il est beau".* »² Atteint par la syphilis, neurasthénique, la mort vint exaucer les promesses de la vie d'Alfred : « *Cadavre écrasant, il n'en finit pas de pourrir dans les placards de Miromesnil* »³ tandis que pour Laure : « *la mort a empêché Alfred de tenir ses promesses* »⁴. Assurément le désir de Laure est insatisfait : « *Déjà la jeune mariée renonçait à son rêve d'harmonie parfaite* »⁵ (donc a quelque chose d'autre qu'aux trois K classiquement et tragiquement infligés à la femme devenue épouse : *Kinder* (enfant), *Küche* (cuisine), *Kirche* (église) et semblait affectée de la maladie de la revendication, d'une hystérie scandée par les humeurs, vapeurs et langueurs, dont elle tentera de s'évader par le suicide. Le causalisme linéaire est de rigueur : à mère insatisfaite fils insatisfait et, toute sa vie durant, Guy s'acharnera en vain à satisfaire cette mère qui survivra à toute sa constellation familiale et amicale. Comme « *le dominateur puissant* »⁶ qu'est son oncle mort, il s'épuisera en excès alimentaires, vénusiens, s'addictera aux toxiques légaux et illégaux... L'identification s'impose ici au sens lacanien du terme « *à savoir la transformation produite chez le sujet quand il assume une image dont la prédestination à cet effet de phase est suffisamment indiquée par le terme d'imag* »⁷. Désir insatisfait car désir de désir insatisfait, Maupassant ne cessera de clamer cette insatisfaction jusqu'à ce que sa lucidité l'emmène à renoncer et advient alors le pessimisme : « *Le cul des femmes est monotone comme l'esprit des hommes. Je trouve que les événements ne sont pas variés, que les vices sont bien mesquins et qu'il n'y a pas assez de tournures de phrases* »⁸.

Que le corps de Maupassant soit affligé par la vérole, cela n'exclut pas qu'il soit aussi le creuset où se fait l'alchimie de l'âme et, de ce fait, le lieu de la métaphore des représentations

1-Satiar (N), 2003, Maupassant, Paris, Flammarion, p.32

2-Martinez (F), 2012, Maupassant, Paris, Gallimard-Folio, pp.10-11

3-Idem.

4-Id.

5-Satiar (N), 2003, Maupassant ...op.cit. p.22

6-Freud (S), 1912, Totem et Tabou, Paris, Payot, p.214

7-Lacan (J), 1949, Le Stade du Miroir, Écrits, Paris, Seuil, 1966, p.94

8-Satiar (N), 2003, Maupassant ...op.cit. p.163



Guy de Maupassant par Nadar.

inconscientes : « L'inconscient est ce chapitre de mon histoire qui est marqué par un blanc ou occupé par un mensonge : c'est le chapitre censuré. Mais la vérité peut être retrouvée (...) - dans les monuments : et ceci est mon corps, c'est-à-dire le noyau hystérique de la névrose où le symptôme hystérique montre la structure d'un langage et se déchiffre comme une inscription qui, une fois recueillie, peut sans perte grave être détruite ; - dans les documents d'archives aussi : et ce sont les souvenirs de mon enfance, impénétrables aussi bien qu'eux, quand je n'en connais pas la provenance ; - dans l'évolution sémantique : et ceci répond au stock et aux acceptions du vocabulaire qui m'est particulier, comme au style de ma vie et à mon caractère »⁹. Des maux, Maupassant en eut à profusion et ses symptômes ont la double polarité académique : côté pile ils sont des signes (à savoir ce qui représente quelque chose pour quelqu'un) et côté face des signifiants (ce qui représente le sujet pour un autre signifiant) et il en eut bien avant le diagnostic de syphilis « cette peur hâtelante après les amours suspectes »¹⁰ ; maladie de peau, maladie du cœur ou de cœur « Mon cœur me fait beaucoup souffrir »¹¹, empoisonnement à la nicotine, et surtout les troubles oculaires et les migraines qui se font intuitivement dès 1875 alors que la vérole est diagnostiquée en 1877. Deux éléments peuvent nous interroger à propos de ces symptômes. Le premier est l'aspect métaphorique et, alors que Maupassant exilé à Paris y trouve tout terne malgré le soleil, il écrit : « Il me semble que je n'y vois pas, c'est comme si j'avais un voile sur les yeux »¹². Le deuxième point concerne les bénéfices secondaires. Lors de la guerre franco-prussienne Maupassant a tiré au sort et écopé de cinq ans de conscription ce qui fait qu'après la défaite de Louis-Napoléon à Sedan il doit continuer son service militaire à moins qu'on lui trouve un remplaçant. Comme la démarche tarde

il écrit à Louis le Poittevin et, dans cette correspondance, « affirmait ne pas être malade "pour le moment" »¹³. En 1880 Maupassant doté d'un certificat médical du docteur Rendu sollicité, pour repos absolu un congé payé de 3 mois auprès de Jules Ferry et le congé fut accordé, prolongé plusieurs fois : « Maupassant ne voulant pas lâcher trop tôt la proie administrative pour l'ombre littéraire (...) ne remettrait plus les pieds dans un bureau »¹⁴.

La sexualité de Maupassant pose aussi question en matière d'hystérie. Est-il un homme génital comme il s'emploie à le laisser supposer ? Où est-ce un homme obscène (au sens littéral de se donner à voir) ? Un homme d'exhibition et de performance ? Ce besoin de montrer et de compter maîtresses et saillies n'est-il pas expression d'une hystérie qui montre ce qui ne sert pas et compte ce qui ne compte pas : « Maupassant ne manque pas de roideur, assurément, et le prouve sur les sofas des bordels, où il invite ses amis à contempler ses prouesses, assure pouvoir coucher avec six filles en une heure, le prouve en demandant à un buissier de l'accompagner. (...) Maupassant (...) prétend pouvoir "bander à volonté", le montre à qui en doute »¹⁵. Pauvre sexualité où le priapisme est à l'honneur alors que le passage de la détumescence à l'intumescence mesure pour la femme le désir qu'en a l'homme. La connotation œdipienne est fortement marquée par la tiercéité de l'homme de loi, seul ici à remplir un exploit (constat d'huissier). Enfin pourquoi vouloir faire état de tant de virilité ? Lutte-t-il contre ce qu'il dénonce : la féminisation et l'histrionisation des mâles : ce qu'il appelle « l'homme fille, la peste de notre pays ». Freud parlant de la répulsion n'hésitait pas à formuler : « Je tiens sans hésiter pour hystérique toute personne chez laquelle une occasion d'excitation sexuelle provoque le dégoût, que cette personne présente ou non des symptômes somatiques »¹⁶ et Maupassant d'écrire : « Je trouve décidément bien monotone les organes à plaisir, ces trous malpropres, dont la véritable fonction consiste à remplir les fosses d'aisance et à suffoquer les fosses nasales »¹⁷. Mais il est vrai que Cupidon avait, comme le dit Georges Brassens, trempé sa flèche dans le curare et que le jeune Maupassant qui versifiait, pour une aimée de jeunesse, fut bien malheureux d'entendre celle-ci s'en gausser, déclamant publiquement les vers de son prétendant. Plus jamais ça ! Si la tendresse est niaise, si la poésie est mièvre, adieu femme d'Étretat, maintenant il choisira les femmes comme des pièces de boucherie et il ne leur reconnaîtra aucune aptitude à aimer. De Suzanne Langier qui veut se rapprocher de Flaubert, ami du ministre Bardoux pour rentrer à la Comédie Française, Maupassant dira qu'elle est, « dans un état avancé de ramollissement du con »¹⁸. Alors il la tance pour sa nouvelle humeur : « élégiaque et sentimentale »¹⁹ ne voulant pas entendre parler : « d'amour vrai, de tendresse de cœur »²⁰. Décidément le sentiment n'est plus femme, ce qui, de

9-Lacan (J), 1953, Fonction et Champ de la parole et du langage, Écrits, Paris, Seuil, 1966, p.259

10-Morand (P), 1942, Une vie de Guy de Maupassant, Paris, Pygmalion, 1998, p.224

11-Satiat (N), 2003, Maupassant... op.cit. p.122

12-Ibidem.p.115

13-Ibid.p.84

14-Ib.p.207

15-Martinez (F), 2012, Maupassant...op.cit. p.133

16-Ibid.p.191

surcroît esquivait l'angoisse œdipienne : que et qui serait la femme si sensualité et tendresse convergeaient ? Il trouvera en *Manon Lescaut* (Abbé Prévost, 1731) la métaphore de la femme (et d'ailleurs il écrira la préface de la réédition de cet ouvrage illustré par Maurice Leloir en 1885) : « Plus vraiment femme que toutes les autres, naïvement rouée, perfide, aimante, troublante, spirituelle, redoutable et charmante » qui rappelait l'Ève du paradis perdu, « l'éternelle et rusée et naïve tentatrice », qui ne distingue jamais le bien du mal et entraîne par la seule puissance de sa bouche et de ses yeux, l'homme faible et fort, le mâle éternel »²². D'ailleurs il s'en inspirera dans sa nouvelle L'Épingle (1885) où il décrit l'atroce liaison entre une Manon mise au goût du jour et son amant, prisonnier de l'envoûtement qu'elle exerce sur lui, qu'elle ruine, détruit tandis qu'elle tente de lui crever les yeux avec une épingle. Magnifique nouvelle où le héros murmure : « Je l'aime », comme s'il eût dit : « Je vais mourir »²³ et qui décrit ainsi sa compagne : « Il y avait en elle, derrière ses yeux, quelque chose de perfide et d'insaisissable qui me faisait l'exécuter ; et c'est peut-être à cause de cela que je l'aimais tant »²⁴.

L'œil est toujours là, celui d'Œdipe et de Thyrsias, ... yeux crevés ou frappés de cécité qui viennent nous dire que celui qui ne voit pas sait ... et celui qui voit ne sait pas ... qu'il y a disjonction entre le voir (pulsion scopique) et le savoir (pulsion épistémophylie) entre l'être et le penser. Freud explique que l'œil se met au service du sexuel pour investiguer et qu'à ce titre le Moi s'insurge et le punit fonctionnellement : « La crainte pour les yeux, la peur de devenir aveugle est substitut fréquent de la peur de la castration »²⁵. Il y a donc un rapport substitutif entre les yeux et le membre viril et un déplacement talionique de la castration : œil pour phallus.

Maupassant ne fut pas un homme de plaisir d'organe mais un homme attristé que l'amour ne fut que cela pour lui :

« L'écrivain a parlé lui-même d'ailleurs de ces amourettes "où une tristesse vague fait penser à l'amour" »²⁶. N'est-ce pas là l'expression de la déception d'une Jouissance-Toute espérée et jamais atteinte qui fait dire qu'après l'amour l'animal est triste. Le manque artise son désir : « Plus que jamais je me sens incapable d'aimer une femme, parce que j'aimerais toujours toutes les autres »²⁷. Maupassant est victime des mises en scène de son théâtre défensif dont les farces sont l'anti-chambre et, pour duper son public, il se prend à son jeu : « Les contemporains n'en ont pas deviné le côté tragique. Elles contribuèrent à perpétuer la légende du joyeux canotier, elles firent répéter à l'entourage, trompé par les apparences, cette sentence qu'on entend à tout bout de champ : "Maupassant est la santé même, son art est la santé même". La santé même »²⁸. Bien sûr tous n'étaient pas dupes : « De son âme a écrit quelqu'un qui l'a bien connu, se dégage une impression de tristesse morne, telle que jamais aucun écrivain, en commençant par le Livre de Job et en finissant par Schopenhauer et Leopardi, n'est parvenu à produire »²⁹. Lui, il s'ennuie et il a froid.

Alors Maupassant fut bien la belle âme victime des contradictions médicales et victime de leur *furor sanandi*, il fut aussi le bel indifférent artisanant le désir des femmes (le parfum de la femme attire la femme) et insensible aux drames humains. Il fut aussi la belle au bois dormant dans l'attente de La Femme et la belle de la bête flaubertienne. Mais il fut surtout un homme solitaire, en proie à l'ennui, pessimiste et désespéré. Car l'hystérie n'est pas que beauté, elle est aussi ce drame que Freud réduisit à l'humaine condition.

L'hystérie va certes à Maupassant comme le fil va à l'aiguille et si l'hypothèse psychotique classiquement admise nous semble vaciller il n'en reste pas moins vrai que sans la parole de Maupassant, la règle d'abstinence est de rigueur.

17-Freud (S), 1905, Fragment d'une analyse d'hystérie. (Dora), *Cinq Psychanalyses*, 18-Paris, PUF, 1977, p.18

18-Satiat (N), 2003, Maupassant ... op.cit. p.236

19-Ibidem, p.158

20-Idem.

21-Id.

22-Ibidem, p.361

23-Maupassant (G de), 1885, L'Épingle, Contes et nouvelles, t.2, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1979, p.522

24-Ibidem, p.523

25-Freud (S), 1919, L'Inquiétante étrangeté, *Essais de Psychanalyse Appliquée*, Paris, Gallimard, 1976, p.181

26-Morand (P), 1942, Une Vie de Guy de Maupassant ... op.cit. p.187

27-Satiat (N), 2003, Maupassant ... op.cit. p.293

28-Morand (P), 1942, Une Vie de Guy de Maupassant ... op.cit. p.200

29-Ibidem, p.201

Références

Freud (S), 1905, Fragment d'une analyse d'hystérie. (Dora), *Cinq Psychanalyses*, Paris, PUF, 1977

Freud (S), 1912, *Totem et Tabou*, Paris, Payot

Freud (S), 1919, L'Inquiétante étrangeté, *Essais de Psychanalyse Appliquée*, Paris, Gallimard, 1976

Lacan (J), 1949, Le Stade du Miroir, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966

Lacan (J), 1953, Fonction et Champ de la parole et du langage, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966

Martinez (F), 2012, *Maupassant*, Paris, Gallimard-Folio

Maupassant (G de), 1885, L'Épingle, *Contes et nouvelles*, t.2, Paris, Gallimard, Bibliothèque de la Pléiade, 1979

Morand (P), 1942, *Une vie de Guy de Maupassant*, Paris, Pygmalion, 1998

Satiat (N), 2003, *Maupassant*, Paris, Flammarion



Saliou Salifou

Corentin Nascimento

André Tabo

Daméga
Wenkourama

Culture africaine, grossesse non désirée et addiction : cas d'Abel

Auteurs : Saliou Salifou¹, Corentin Nascimento², André Tabo³, Daméga Wenkourama⁴, Simliwa Kolou Dassa⁵, Josiane Ezin-Houngbé⁶

Résumé : autrefois en Afrique noire, tout au long de la côte de l'Océan Atlantique, l'infécondité pouvait briser un mariage. Une naissance même non planifiée était la matérialisation de la volonté des dieux d'unir un couple. Quand le nouveau-né était un aîné de sexe masculin, il devenait l'héritier principal et le digne successeur du père. Cet enfant recevait dès lors une éducation particulière, adaptée à ses futures responsabilités. En Afrique d'aujourd'hui où se côtoient tradition et modernité, la notion de ménage existe et on parle de plus en plus de grossesse non désirée, d'enfant naturel et d'enfant non désiré. Ce statut d'enfant naturel ou d'enfant non désiré s'oppose à la psychologie de l'héritier (éducation particulière, attachement au père en vue d'apprendre pour le succéder), entraînant une vulnérabilité, fondement quelques fois des abus et dépendances aux substances psychoactives chez certains enfants aînés. L'histoire du patient Abel (dépendant du cannabis), illustre très bien la problématique d'un garçon aîné non désiré par son père et la famille paternelle.

Mots clés : culture, aîné, addiction, Afrique.

Summary : formerly in black Africa, throughout the coast of the Atlantic Ocean, infertility could break a marriage. A birth even not planned was the materialization of the gods' will to link a couple. When the newborn was a male elder, he became the principal heir and father's worthy successor. This child consequently received a particular education, adapted to his future responsibilities. In today's Africa where mix tradition and modernity, the concept of household exists and we talk more and more about unwanted pregnancies, an illegitimate child and unwanted child. This status of natural child or unwanted child is opposed to the psychology of the heir (special education, attachment to the father in order to learn and to be the father's worthy successor), involving a vulnerability, base sometimes of the abuses and addictions to the psychoactive substances among some elder children. Abel's history (addictions to the cannabis), illustrates very well the problem of an unwanted elder boy by his father and paternal family.

Keywords : culture, elder, addiction, Africa.

Correspondant : Saliou SALIFOU
05B.P465 Lomé-Aghalépédogan/Togo
Tél : 0022893195827 / 0022822343516
E-mail : salioubah@gmail.com

1- Saliou SALIFOU, Psychiatre des Forces Armées Togolaises, Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo. Diplôme Inter-Universitaire de Pharmacopsychiatrie générale et spécialisée, Stage de D.E.M.S de Psychiatrie Générale au Centre hospitalier Spécialisé de Saint Rémy, Haute Saône, Université de Besançon.

2- Corentin NASCIMENTO, Psychiatre, Hôpital National de Niamey/Niger, D.E.M.S.A de Psychiatrie/ Université de Besançon

3- André TABO, Psychiatre, Professeur Agrégé, Service de Psychiatrie, CNHU de Bangui, B.P. 911, République Centrafricaine

4- Daméga WENKOURAMA, D.E.S de psychiatrie de l'adulte, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.

5- Simliwa Kolou DASSA, Psychiatre, Professeur, Chef de Service, Clinique de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU Sylvanus Olympio, Lomé, Togo.

6- Josiane EZIN-HOUNGBE, Psychiatre, Professeur, Chef de Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Bénin.

Introduction

Autrefois en Afrique noire, tout au long de la côte de l'Océan Atlantique, l'infécondité pouvait briser un mariage. Tout mariage, même célébré plus tôt, restait secondaire et sous réserve de la venue au monde d'un enfant. Une naissance était la matérialisation de la volonté des dieux d'unir un couple. Ainsi, même dans une relation hasardeuse, une nouvelle accouchée devenait systématiquement une épouse et avait droit au foyer et à la grande famille de son partenaire. C'est pourquoi culturellement, il est dit que la femme épouse la grande famille (les morts et les vivants à savoir : les grands-parents, les parents, les frères et sœurs, les tantes et oncles, les cousins et cousines et même les autres enfants) de son partenaire. La solidarité africaine voulait que les intérêts de cette nouvelle venue et de sa progéniture soient protégés par sa nouvelle famille ; parfois même contre le désir du partenaire. La cohésion de la grande famille reposait essentiellement sur une vie communautaire ; ce qui expliquait la bonne entente entre les coépouses qui recevaient un nom selon leur ordre d'arrivée dans le foyer : « grande maman » pour la 1^{ère}, « petite maman » pour la dernière en passant par la 2^{ème} maman, la 3^{ème} maman et ainsi de suite. Quand le nouveau-né était un aîné de sexe masculin, il devenait l'héritier principal et le digne successeur du père. Celui-ci avait comme rôle de s'occuper de ses frères et sœurs même si ceux-ci étaient issus des coépouses de sa mère. Pour cela, un rituel de protection contre les mauvais sorts lui était fait à la cérémonie de sortie d'enfant ou lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte. Il recevait depuis son enfance jusqu'à l'âge adulte une éducation particulière, adaptée à ses futures responsabilités.

Du fait de l'essor de l'individualisme combiné à l'émancipation des femmes, et la polygamie qui oblige au partage de l'héritage matériel souvent peu important ; l'époque de la grande famille africaine solidaire est maintenant dépassée, faisant place à d'autres dynamiques familiales. Chaque épouse prend désormais sur elle de défendre l'intérêt de ses descendants, ce qui crée un conflit entre coépouses. De nos jours, cette situation de crise renforcée par la démission de la grande famille, altère la santé mentale des femmes qui ont conçu sans être préalablement mariées (mariage coutumier ou mariage à l'état civil) ; de même que leurs progénitures. Désormais, la notion de ménage existe et on parle de plus en plus de grossesse non désirée, d'enfant naturel et d'enfant non désiré. En Afrique d'aujourd'hui où coïncident tradition et modernité, ce statut d'enfant naturel ou d'enfant non désiré s'oppose à la psychologie de l'héritier (éducation particulière, attachement au père en vue d'apprendre pour le succéder), entraînant une vulnérabilité, fondement quelques fois des abus et dépendances aux substances psychoactives chez certains enfants aînés. L'objectif de cet article est de rapporter l'histoire du patient Abel qui se retrouve dans cette problématique.

Contexte

Accompagné par son oncle pour prise en charge d'une dépendance au cannabis, Abel, élève en classe de 1^{ère}A2,

garçon malin et extraverti selon l'oncle, avait 19 ans quand il est reçu en psychiatrie en mars 2014. Selon son oncle, cette prise en charge est la dernière chance que lui offre son père suite à une réunion de famille. Après cela, s'il continuait, il serait renié. Abel aurait débuté une consommation de cigarettes et de cannabis à l'âge de 16 ans. Sa consommation a progressivement évolué et au moment de l'admission, il était à 10 « joints » par jour. L'antécédent personnel note plusieurs tentatives de sevrage sans succès. La dernière tentative il y a quelques mois, s'est soldée par une rupture thérapeutique par manque de moyens financiers après 3 mois d'hospitalisation. « Quand je prends la résolution de laisser, c'est dur pour moi. C'est toujours resté à l'étape de théorie » nous dit-il. L'antécédent familial relève une notion de consommation de cannabis et d'alcool chez le père. Lui-même nous dit : « j'aime les bons whisky, dans ma jeunesse, j'appartenais à un groupe de musique, ce qui m'a fait toucher au cannabis mais j'ai vite abandonné ».

Histoire d'Abel

Abel est le 2^{ème} enfant d'une fratrie de 8 enfants. Fils unique de sa mère, il est le 1^{er} garçon de son père, ce qui lui a valu ce surinvestissement ressenti à travers ses prénoms : D. signifie « Dieudonné et retourné à Dieu ». C'est le prénom donné par sa mère. A.H. signifient « Serviteur de la vérité ». Ce sont les prénoms donnés par son père. Il est très fier de ses prénoms mais reconnaît s'être écarté de sa destinée.

Le père d'Abel, un homme imposant, très sûr de lui, est musulman et polygame (marié à 5 femmes dont une décédée. Les 4 autres femmes vivent chacune dans l'une de ses maisons). Il est père de 8 enfants. Abel décrit sa relation au père comme une relation difficile : « Mon papa ne me regarde pas comme un enfant désiré, j'ai peur de lui » dit-il. Selon son père la conception d'Abel n'a pas été désirée, « c'est une aventure. Après le décès de ma 1^{ère} épouse, j'ai connu sa mère. Elle m'a surpris avec la grossesse d'Abel car elle voulait vivre avec moi. Pour elle, c'était sérieux, c'est une "chance terrible" à saisir. J'ai assumé la paternité mais je déplore le mensonge. Depuis la naissance d'Abel, c'est fini entre sa mère et moi. Ce n'est pas cet enfant qui fera de nous mari et femme. ».

La mère d'Abel est une femme au visage triste, très amaigri, pleurant tout le temps et qui est dans une lutte acharnée pour être reconnue comme une 6^{ème} épouse. « J'ai perdu beaucoup de choses, j'ai tout perdu, même mon travail à cause de la maladie de mon fils. Je suis seule, je suis malade, j'ai besoin que le père d'Abel s'occupe de son enfant. C'est pourquoi j'ai convoqué une réunion familiale pour amener son père à s'occuper du traitement d'Abel. Je l'avais convoqué dans le passé pour qu'il donne une pension alimentaire mais il a voulu régler à l'amiable et comme je l'aimais, j'ai accepté mais il n'a rien fait à la suite. Abel est le résultat des problèmes entre nous, c'est le bouc émissaire. Notre séparation l'a beaucoup marqué, il n'a pas supporté, il a été très traumatisé. Il a commencé par des fugues et ainsi de suite... » dit-elle. La mère d'Abel a connu le père lorsqu'il était veuf et père d'une fille en 1992. La grossesse d'Abel est survenue 3 ans plus tard en 1995. Jusqu'à la naissance d'Abel, tout se



Scène dans la campagne au Togo. Photo Psy Cause Togo, novembre 2016.

passerait bien entre eux. « C'est un homme qui ne s'impose pas à sa famille. Ma belle-mère ne voulait pas de moi parce que je ne suis pas musulmane. Sur insistance d'une tante paternelle d'Abel, il m'a sorti de la maison pour intégrer une nouvelle femme. Abel avait un an en ce moment. Il m'a dit de rejoindre mes parents en ajoutant qu'il ne voulait plus de moi. Je ne sais toujours pas ce que j'ai fait pour qu'il en arrive là. Je ne me suis pas remariée car je ne voulais pas avoir d'enfants d'homme différent. ». Elle se serait occupée seule du patient tout en demandant au père d'être présent dans la vie de son fils, ce qu'il n'aurait jamais fait. Elle ajoute qu'elle a eu pendant qu'ils étaient séparés, une 2^{ème} grossesse et que le père d'Abel lui aurait dit qu'elle n'avait pas le droit d'avoir un autre enfant car il n'en voulait pas. L'enfant (une fille) serait mort-né. Comme un slogan, elle revenait souvent sur le fait qu'Abel est le fils aîné et devra prendre plus tard le devant de la famille, c'est-à-dire la succession de son père.

Abel a débuté sa scolarité à 4 ans d'âge pendant qu'il vivait avec sa mère. À 9 ans d'âge, il faisait des fugues et de l'école buissonnière. Pour une fugue, sa mère l'avait amené à la police. « C'était pour lui donner des conseils et obliger son père à prendre soins de lui. » justifie-t-elle. Quand le père est arrivé à la police, il a été mis en demeure. Comme riposte il aurait dit : « j'ai d'autres enfants, Abel c'est pour toi et ça fait ton affaire. A ma mort, vous (Abel et sa mère) ne

toucherez à rien qui m'appartienne. Si vous héritez de moi, je réagirai dans ma tombe. ». Cette scolarité a été émaillée par 2 échecs en classe de 4^{ème} et 3^{ème}. La classe de 1^{ère} D, il ne l'a pas fait car il manquait de motivation à cause de sa dépendance au cannabis et trainait de centre de désintoxication en centre de désintoxication sans succès. Il a fait sa classe de 5^{ème} en 2008 chez sa mère. De la classe de 4^{ème} à la classe de 2^{ème} (2008 à 2012) il a vécu chez son père avec l'une des épouses du père. Parce que sa mère réclamait une pension alimentaire, s'est installé un climat de tiraillement pour la garde d'Abel. La mère dit : « Subitement il y a 6 ans, mon mari dit que j'ai un autre homme dans ma vie et il a arraché mon enfant. Alors que pour l'amour de mon fils je ne voudrais pas me remarier. ». « En 2012 j'ai connu la fumée (cannabis) » dit Abel. Il décrit une rencontre fortuite avec le cannabis chez un collègue de classe. Ce jour, le cours de Science de la vie et de la terre et le cours d'anglais parlaient de la drogue. A la sortie, son ami lui aurait proposé d'essayer, ce qui fut fait. Abel a une explication pour sa dépendance. Il évoque une maltraitance de la part de la femme de son père et aussi la peur qu'il éprouve à l'égard de son père. Il dit : « ça me détend et je supporte tout ce qu'elle me fait ». Comme « effet soit disant positif » du cannabis, il dit : « ça éveille mes sens ; c'est un plus pour le travail, la spiritualité. Ça me détend. Avant que quelque chose m'arrive,

je le sens ». Sa mère a une autre théorie. C'est la sorcellerie de la part de la femme de son père. « Comme Abel est le fils aîné, celui qui sera au-devant de la famille plus tard, elle veut finir avec lui. Elle a su tôt qu'il prenait le cannabis mais elle n'a rien dit et l'a laissé s'enfoncer. » dit-elle. En classe de 1^{re} en 2013, son père l'a retourné à la mère parce que sa femme ne voulait pas qu'Abel contamine ses sœurs. « Ils me l'ont arraché et ils me l'ont remis gâté » dit-elle dans un état de crises de larmes. Abel est conscient des effets négatifs de la drogue. « Je manque d'argent pour manger, je maigris, ça me détruit la santé, ça me rend agressif. Fumer me rend violent. A cause de cela, j'ai été renvoyé de mon école, j'ai eu des échecs scolaires. Récemment, mes oncles maternels nous ont renvoyé ma mère et moi de la maison familiale ». Sous l'effet du cannabis, il avait tout cassé dans la maison familiale de sa mère. Sa relation avec la mère est ponctuée d'amour et de haine. « Il me dit : Maman je suis ton mari, je t'aime, oublie mon père et quelque temps après, il m'agresse. » dit la mère. Une fois, il a agressé sa mère, un couteau à la main. Il l'a pourchassé dans le quartier ; ce qui a poussé la mère à saisir la police. Abel nous dit : « c'est quand je prends le cannabis que je l'aime plus, et quand je veux l'embrasser, elle me repousse en me traitant de drogué, c'est pourquoi je l'agresse. ». Malgré cette conscience des effets néfastes du cannabis, Abel est dans une ambivalence : « Je préfère garder les effets positifs du cannabis mais pour mes parents je prends en compte les effets négatifs ». Tout au long de l'hospitalisation, il n'a jamais cessé de chercher des astuces pour être seul sans garde malade. Presque tout le temps l'équipe soignante a conclu qu'il continuait même en hospitalisation à prendre le cannabis. Un jour, il nous dit : « je me rends compte que je ne peux pas vous tromper, j'ai envie de fumer mais je résiste, je prends plutôt la cigarette, je marche, j'écoute la musique, je prie et l'envie de prendre le cannabis passe. ».

Le travail psychothérapeutique

En dehors de la chimiothérapie, la psychothérapie s'est attelée à redonner une place à Abel dans sa famille. Il a fini par comprendre qu'il devrait chercher sa voie à lui en tant qu'individu au lieu de rester le trait d'union entre son père et sa mère. Pour cela il a décidé de reprendre sérieusement les cours. Il nous dit : « Fini la paresse. Je veux faire plus tard les ressources humaines, devenir quelqu'un de grand. Je veux avoir un travail, une femme et au plus 3 enfants. J'instaurerai le dialogue dans ma famille. J'éduquerai mes enfants pour éviter qu'ils fassent les mêmes erreurs que moi. Ma femme doit accepter ma condition d'ancien fumeur. S'il le faut, je m'excuserai auprès de ma femme pour sauver mon foyer ». Il retrouve alors l'envie de fréquenter son amie qui est actuellement en 2nd qu'il avait négligé entre temps à cause de sa dépendance au cannabis.

Les parents se disant qu'ils devraient cesser d'utiliser Abel comme une arme, se sont repoussés la garde du patient. Après 6 semaines d'hospitalisation, Abel, son père et sa mère ont émis une demande d'exeat. La mère dit qu'elle souhaite qu'il vive avec son père. « Ça m'est difficile de me séparer de mon fils que j'aime trop mais compte tenu de ma situation, il sera mieux dans sa famille paternelle chez sa grande tante

paternelle ». Le père lui, souhaite qu'il reste avec sa mère car chez la tante, il y a des « voyous » consommateurs de cannabis. En attendant qu'ils sachent où il va rester, son père a décidé de l'amener chez un guérisseur de leur village. « Ce guérisseur règle les problèmes de drogues en quelques secondes » dit son père. Pour nous c'était un retour aux sources, à l'origine de la famille paternelle, cela ne peut que faire du bien à Abel dans son processus d'identification au père. Une hospitalisation séquentielle d'une semaine a été prévue en mai 2014. Abel n'a pas répondu au rendez-vous. Il nous a appelé pour nous informer qu'il était encore au village dans la maison de son grand-père. Actuellement, il est perdu de vue. Aurait-il trouvé sa voie ?

Commentaire

Etiopathogénie

À la fois surinvesti à travers ses prénoms et en même temps renié, Abel quitte son père à un an d'âge ; la charge éducative incombe à sa mère dans un contexte de vives tensions intrafamiliales. Il amorce son adolescence sans aucune image paternelle emblématique mais avec une faillite traumatique de l'environnement qui, depuis sa première enfance, est venue affecter la construction de ses assises narcissiques. Le contact avec le cannabis chez Abel qui a vécu ces traumatismes relationnels précoces et répétés dans les registres d'expressions psychiques (intersubjectif et intrapsychique) ne peut qu'évoluer vers une dépendance au vu des effets immédiats ressentis après absorption du cannabis. Le choix de cette substance psychoactive n'est pas anodin : si en sa qualité de premier né de sexe masculin il n'est pas accepté par le clan, il vient rappeler que l'histoire se répète et qu'il est bien le fils de celui qui à une époque de sa jeunesse a présenté un comportement similaire. Comme pour tout monument à la mémoire, il y a quelque chose qui reste caché malgré ce qui se montre ^[1]. La privation de l'amour paternel, le rejet par la famille paternelle, lèzardent tous les modèles d'identifications qui peuvent favoriser sa construction psychique. La mère malade, fragilisée par l'inacceptation du père, reste une porte ouverte au désir incestueux d'Abel. Seule sa conduite addictive lui permet d'avoir une identité « il est toxicomane ». Pour effacer les marques produites dans le psychisme il faut reconstruire la vérité historique celle de son identité historique qui lui procure un rang dans la filiation quel qu'en soit le modèle de procréation. Le retour au village chez le grand-père paternel et les soins auprès du guérisseur du village marquent une prise en charge communautaire et le début d'une inscription sociale d'où son absence à l'hospitalisation séquentielle.

Aspects culturels

Berthe LOLO ^[2] écrit : « Dans la société traditionnelle, la femme enfantera pour faire plaisir à l'homme et à la société, et aussi, continuer à mériter le droit à l'existence. Une femme stérile est souvent répudiée, la plénitude de la femme étant souvent atteinte après l'accouchement du troisième enfant. ». Cette citation résume la pensée de la mère d'Abel qui demeure dans une attente et une quête permanente de celui qu'elle appelle par moment son mari. Pour exister, elle se sert donc de cette culture.

Culturellement, les systèmes d'interprétation proposent quatre causes aux troubles surtout mentaux. Ils sont tous dus à des attaques, des persécutions soit par des esprits (ancestraux ou maléfiques), soit par des hommes (les initiés ou les sorciers). La sorcellerie de l'autre femme vient à point nommé. Le sorcier serait l'être funeste par excellence ; celui dont la vocation est de détruire l'harmonie régnant entre l'homme et la nature. René Galbert AHYI ^[3] dans « CEdipe africain et sorcellerie, le cas béninois » : rappelle que : « ... à côté de ceux consacrés, qui poursuivent dans l'ombre leur œuvre destructrice existerait dans la société noire des sorciers involontaires... ».

L'accusation de sorcellerie tue socialement le supposé sorcier qui se voit peu à peu abandonner par les siens ; tandis que l'attaqué, en agonie psychique, est souvent secouru par tout son entourage. Ce qui lui permet de retrouver une place privilégiée au sein de sa communauté. C'est ce processus qui semble s'amorcer par le recours au guérisseur du village. L'avenir de cette famille semble dépendre désormais du verdict du guérisseur. Dans ce même ordre d'idées, Colomb et ses collaborateurs ^[4] disent : « La persécution colore toute la psychiatrie africaine. Vécue sur un mode délirant interprétatif ou culturel, elle est explication à tout ce qui trouble

l'ordre, désorganise les relations, atteint l'individu dans son être physique, mental ou spirituel. Elle est éprouvée par l'individu malade, proposé par sa famille ou son entourage, mise en forme par le guérisseur ou le marabout ».

Conclusion

En Afrique noire, la famille est confrontée à plusieurs contradictions et contraintes, avec les règles de divers systèmes de parenté, sur un mode aussi bien traditionnel que juridique et moderne. Le cas Abel, et bien d'autres cas semblables que nous rencontrons, nous montre que la transition entre tradition et modernité que vit cet Afrique d'aujourd'hui est source de psychopathologie au niveau des parents et leurs progénitures. C'est un cas qui illustre aussi bien le rôle des mauvaises relations familiales dans la consommation de substance psychoactive chez certains adolescents. En retournant au village natal, chez son grand-père, Abel est né de nouveau ; ce qui permet son inscription dans un lien de filiation. L'effort conjoint des deux parents même séparés (compréhension, amour et protection) pourra faciliter une sortie de crise chez Abel afin qu'il puisse accomplir cette destinée, qu'ils ont souhaité.



Au marché d'Agòz (Lomé). Photo Psy Cause Togo, novembre 2016.

Bibliographie

1. Dollé J.P. Monument et mémoire vive. In: Le diable probablement. Paris, 2007.
2. Lolo B. Mon Afrique, Regards anthropopsychanalytiques. Paris : L'Harmattan 2010 : 337.

3. Ahyi R.G. CEdipe africain et sorcellerie, le cas béninois. Congrès SAMI 2014, Cotonou.
4. Diop M. Zampeni A. Martino P. Collomb H. Signification et valeur de la persécution dans les cultures africaines. CR. Congrès psychiat. et Neurol. I. fr. LXIIIe Session, Marseille, 7-12 Sept. 1964, I, 333-343.



Marianne Hodgkinson Tatiana Beregovaia

Psychotraumatismes précoces et précarité Réflexion autour du cas de Madame S.

Auteurs : Marianne Hodgkinson, Jean Michel Le Marchand, Annie Segal, Sylvie Goumet, Tatiana Beregovaia

Résumé : le cas particulier présenté ici est celui de Samira, jeune femme ayant subi des psycho traumatismes précoces (abandon, violences sexuelles et physique, maltraitance), et en situation d'errance dans son parcours de vie. L'hypothèse formulée est que les traumatismes anciens, en particulier de part le fait qu'ils s'inscrivent dans une forme de répétition, rendent les tableaux cliniques plus complexes, du fait de la déstructuration des personnalités de tels sujets, tout autant que de l'attaque du lien social, et complexifient considérablement la prise en charge psychiatrique des personnes traitées.

Mots clés : clinique psychotraumatique - angoisse paranoïde - trouble de la personnalité - absence de construction de soi - syndrome d'exclusion - échec de la prise en charge et rôle du psychiatre - réflexion psychanalytique

Summary : the case presented here is that of Samira, a young woman who suffered early trauma psycho (abandonment, sexual and physical violence, abuse) and location of wandering in his life course. The hypothesis is that old traumas, especially from the fact that they are part of a form of repetition make them more complex clinical pictures, due to the breakdown of figures such subjects, as well as the attack of the social bond, and greatly complicate the psychiatric treatment of those treated.

Keywords : psychotraumatic clinic – paranoid anxiety – personality disorder – absence of self-construction – syndrome of exclusion – psychiatrist support and role failure – psychoanalytic thinking.



Le château d'If au large de Marseille. Photo Psy Cause, 2006

Centre Hospitalier Edouard Toulouse, Service Psychiatrie Générale secteur 13G16 Marseille :

- Dr Marianne Hodgkinson : Chef de Service
- Dr Jean Michel Le Marchand : Psychiatre
- Annie Segal : Psychologue
- Sylvie Goumet : Psychanalyste
- Dr Tatiana Beregovaia : Psychiatre

Contexte et hypothèses

La complexité et les difficultés de prise en charge médico-sociale effectuées dans un service de psychiatrie générale et le rôle du psychiatre auprès des patients présentant des tableaux cliniques complexes. Ces patients qui sont en situation de grande précarité sociale, et d'exclusion pendant des années ont subi des psycho-traumatismes précoces (abandon, violence sexuelle et physique, maltraitance) puis des psycho-traumatismes liés à une exclusion à répétition (errance).

Dans cette présentation, nous nous attacherons à développer l'histoire clinique d'une jeune femme de 36 ans, ayant bénéficié d'une prise en charge médicale et médico-sociale, pour une pathologie psychiatrique complexe dans un cadre de précarité et d'exclusion sociale. Le cas particulier présenté ici est celui de Samira, jeune femme ayant subi des psycho-traumatismes précoces (abandon, violences sexuelles et physique, maltraitance), et en situation d'errance dans son parcours de vie. La question est celle du retentissement des traumatismes précoces sur les trajectoires individuelles et au plan du lien social pour des patients en situation de précarité, sa congruence avec les éléments cliniques de la grande précarité, décrits par des auteurs comme J. Maisondieu ou J. Furtos (syndrome d'exclusion d'auto exclusion).

En effet, cette question est peu abordée sous cet angle dans la littérature psychiatrique classique, et les auteurs ayant détaillé les troubles psychopathologiques spécifiques de sujets en situation de grande précarité s'attachent plus à la question de la rupture du lien social qu'à celle de l'histoire individuelle des sujets et de leurs traumatismes psychiques anciens.

L'hypothèse formulée est que les traumatismes anciens, en particulier de part le fait qu'ils s'inscrivent dans une forme de répétition, rendent les tableaux cliniques plus complexes, du fait de la déstructuration des personnalités de tels sujets, tout autant que de l'attaque du lien social, et complexifient considérablement la prise en charge psychiatrique des personnes traitées.

Les objectifs seraient donc pour les psychiatres ou les psychologues de rechercher de manière plus systématique les psychotraumatismes précoces et de prendre la mesure de leur impact sur la trajectoire de vie des patients, de former les équipes à la connaissance de ces troubles tout autant qu'aux bases de leur prise en charge, et enfin de mettre en place des soins novateurs plus spécifiques autour de ces questions au sein des équipes soignantes.

L'histoire clinique de madame S.

J'ai rencontré pour la première fois en avril 2013 cette jeune femme, brune, aux cheveux frisés, les yeux noirs, l'air triste, le regard baissé, paraissant souvent indifférente. Sa tenue et son maquillage sont un peu voyants, elle se présente avec un certain charme, du goût, et en même temps son apparence physique est un peu négligée (le vernis rouge sur les ongles cassés). Cette personne, sans domicile fixe, sans-pa-

piers, a été adressée dans notre service par les urgences du CHU de l'hôpital de la Conception de Marseille, suite à deux tentatives de suicide en l'espace de 15 jours : IMV par benzodiazépines, buprénorphine, Artane, surconsommation de cannabis associé. Cette patiente était connue de l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité du centre hospitalier Édouard Toulouse, suivie irrégulièrement par cette équipe, logée dans un foyer d'hébergement d'urgence dépendant de l'Armée du Salut à Marseille. Ses antécédents somatiques sont chargés, en juillet 2007 un séjour en Réanimation Polyvalente de l'Hôpital Nord à Marseille pour un coma et des convulsions ayant nécessité une assistance respiratoire, suite à un IMV massive, ainsi que deux (2) épisodes d'embolie pulmonaire bilatérale 10 mois avant notre première rencontre.

Les trois premiers jours d'hospitalisation ont été marqués par une période de clinophilie : Madame S. a passé toute la journée dans son lit, se disant fatiguée et angoissée. À l'entretien, elle se montrait ralentie, asthénique, triste, avec un retrait relationnel et un repli. Pendant les entretiens avec la patiente autour de ces questions, son discours reste cependant cohérent, malgré un grand flou dans l'histoire rapportée, qui a chaque fois rend difficile l'élaboration de sa biographie et de son parcours de vie.

Par la suite de l'hospitalisation, la patiente semble en accepter les conditions, signe un contrat de soins, et sollicite en urgence d'avancer dans ses démarches administratives, pour obtenir sa carte nationale d'identité, accompagnée par une assistante sociale.

Mais, au bout de la première semaine de cette première hospitalisation dans notre service, Samira se montre irritable, anxieuse et revendicatrice, impulsive envers l'équipe soignante. Elle n'arrive pas dormir la nuit : « *les images, les images terribles hantent mon passé* ». D'emblée, elle réclame des médicaments supplémentaires, car ceux qui lui sont prescrits ne font pas assez d'effets : « *J'ai besoin de cachets toxiques pour oublier les galères et d'autres qui en profitent* ». En revanche, malgré les sollicitations fréquentes de traitements pharmacologiques supplémentaires, Madame S. reste réticente à notre proposition de rencontrer le psychologue du service, disant qu'elle n'a rien à lui dire : « *ça sert à rien* ».

Son insistance à réclamer des traitements supplémentaires, ainsi que la dérégulation thymique ont conduit à instaurer de l'olanzapine à la dose de 20 mg par jour, en complément d'un traitement par Tercian et antidépresseur, le Cymbalta. Suite à l'introduction d'un antipsychotique, ont été constatés une amélioration brève l'anxiété, de la dysthymie dépressive, ainsi que du sommeil et Madame S. semble alors plus investie et plus motivée par rapport au projet de soins proposés.

Moins de trois mois après sa sortie, Samira est à nouveau hospitalisée dans le service, dans des conditions d'accueil plus complexes. Il s'agit alors d'une décompensation psychique majeure, avec crises clastiques, auto et hétéro agressivité, constatées au foyer. Les conduites à risques se



Cité dans un quartier nord de Marseille

multiplient, de même que les IMV et les prises anarchiques de traitements anxiolytiques, dans un contexte de rupture de suivi.

En conséquence, Madame S. expulsée du foyer d'hébergement d'urgence a obtenu le « statut d'exclue ». La patiente est ainsi présentée comme indésirable par toutes les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence de la ville de Marseille. Elle figure sur une « liste noire » du 115.

Éléments biographiques

Au fil des hospitalisations et des entretiens, nous avons pu retracer la biographie.

Selon la photocopie de l'acte de naissance recueilli, Samira a été reconnue en 1982, à l'âge de quatre ans et demi. Elle est née à Marseille en octobre 1977. Son père, originaire du Maroc, avait 19 ans. Il exerçait la profession de peintre en carrosserie. Sa mère, âgée de 19 ans, sans profession, est d'origine algérienne, née à Marseille. La fratrie comporte deux enfants, Samira et un frère cadet né en 1979.

Madame S. dit avoir été élevée par sa grand-mère maternelle de l'âge de cinq (5) mois à l'âge de quatre ans et demi (4 ½). Il existait une situation d'abandon pour elle, puisque ses parents l'ont « récupérée » seulement après sa reconnaissance officielle à l'État civil en 1982. Elle dit avoir subi la violence physique de sa mère : « *plus jeune, ma mère me frappait, je n'en pouvais plus, c'est ma tante qui l'a dénoncée* », et les attouchements de son père jusqu'à l'âge de 10 ans : « *père c'est pas pareil... des trucs pas bien, des attouchements. Je partais dès qu'il rentre à maison... 10 ans* ». Sur le sujet de

sa scolarité, à la question de savoir si elle est allée à l'école, Madame S. précise qu'elle a arrêté l'école en CE1, « *un truc comme ça : ça se passait pas bien* ».

À la suite d'un signalement aux services sociaux émanant de sa tante, Samira a été placée dans une famille d'accueil. Elle en garde de bons souvenirs, ceux des activités de loisirs qu'elle faisait à l'époque (piscine, équitation...).

À l'âge de 14 ans, après avoir vécu dans un foyer, sa mère l'aurait à nouveau « récupérée », avec deux oncles vivant dans le même appartement. À partir de là, « *plusieurs choses malsaines auraient recommencé* », la patiente évoquant à nouveau les attouchements sexuels dont elle dit avoir été victime : « *tout le monde a profité de la situation à cause de ma mère* ».

Si la patiente tient souvent, dans le temps présent, des propos décousus, avec un flou entretenu dans son discours, elle évoque au contraire des souvenirs intacts des événements anciens traumatiques : « *je me rappelle de tout, bizarre, des choses je m'en rappelle pas, d'autres je ne les ai pas oubliées, comme une tache qui ne s'enlève pas, les images qui restent* ».

En conséquence des nouvelles révélations d'attouchements et des traumatismes multiples qu'elle déclare vivre alors dans sa famille, elle est à nouveau confiée à un foyer à l'âge de 16 ans. Elle y fait des activités qui lui plaisent, comme l'apprentissage de la couture à la machine, de la poterie, un stage à l'âge de 17 ans comme ASH.

Autour de l'âge de 16-17 ans, les conduites addictives commencent à devenir son quotidien : « *j'ai connu la drogue à 16* ».

ans, j'ai chuté à cause de la drogue. J'avais un psychiatre, ami du Docteur. À 16-17 ans, un traitement que je ne voulais pas... Je commençais à prendre des médicaments de plus en plus pour dormir. Je voulais dormir, défoncée, oublier tout le mal. Dans ma tête comme ça, pour arrêter les images, je bois, je fume. Je n'ai pas oublié, c'est dans la tête ». Elle a donc recours à des conduites addictives à visée d'anesthésie de sa souffrance morale aiguë.

À l'âge de 18-19 ans, elle travaille dans une usine, a des liens avec sa tante qu'elle côtoie régulièrement. À cette époque, elle vit durant un an dans son propre appartement.

La situation se détériore à l'occasion de la rencontre avec de mauvaises fréquentations : *« mais j'ai rencontré quelqu'un qu'il ne fallait pas. Il vendait des drogues dures, cocaïne, héroïne. Je ne le savais pas. Ça a duré huit ans, quatre ans bien, après ça s'est mal passé, il est devenu violent, il y a eu de la drogue, des mauvaises rencontres, la violence »*. C'est ainsi qu'à l'âge de 26 ans, elle se retrouve *« dehors, sans argent, sans rien »*. En 2005 – 2006 elle est incarcérée pour vol.

Les diagnostics posés au fil des années

Les problèmes diagnostiques du tableau clinique complexe

L'étude du dossier médical de la patiente permet de constater l'errance diagnostique concernant Madame S. connue du centre hospitalier Édouard Toulouse depuis 2003, soit depuis l'âge de ses 25 ans. Malgré de nombreuses hospitalisations dans des conditions et pour des raisons voisines (arrivée dans les services hospitaliers dans des contextes presque identiques à chaque fois depuis septembre 2003), les termes descriptifs du diagnostic sont différents au fil du parcours clinique en miroir de son errance sociale et affective.

En septembre 2003 et en mai 2004, un trouble du comportement et personnalité dyssociale, avec toxicomanie est répertorié.

En Avril 2006, les médecins notent des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de benzodiazépines et hypnotiques, et un diagnostic associé de désocialisation. À cette date, Madame est hospitalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Sainte-Marguerite à Marseille pour recrudescence anxio-dépressive, rupture affective, et conduites toxiques et IMV itératives. Une vulnérabilité particulière est relevée. Devant une anxiété dissociative et des comportements inadaptés, elle est présentée comme psychotique, sans élément formel en faveur de ce tableau, en particulier pas d'éléments délirants, ni de phénomènes hallucinatoires acoustico-verbaux.

En novembre 2006, elle est à nouveau admise à l'hôpital, pour sevrage toxique, devant des IMV qui se poursuivent, des troubles du comportement hétéro agressifs dans un foyer, sur fond de toxicomanie.

En décembre 2006, l'hospitalisation libre est transformée en HDT, avec nécessité de soins en chambre d'isolement, suite à une agression violente sur une personne âgée dans

le pavillon d'hospitalisation. Le diagnostic retenu par le psychiatre référent de l'époque est un trouble psychotique : une psychose délirante paranoïaque avec toxicomanie et conduites asociales associées.

Suite à son séjour en Réanimation en juillet 2007 pour l'état de coma avec convulsion en rapport sur dosage médicamenteux (ayant eu une assistance respiratoire pendant 12 heures), la patiente revient à l'hôpital psychiatrique. En septembre 2007, les transgressions régulières du cadre, les vols, la consommation de toxiques dans le pavillon d'hospitalisation, l'hétéro et l'auto agressivité dans l'unité d'hospitalisation temps plein, la non compliance de la patiente aux soins proposés, font décider la sortie anticipée de Madame Samira du pavillon avec un diagnostic de trouble psychopathique.

Selon son dossier médical entre l'année 2007 et avril 2013, la patiente était suivie d'une façon irrégulière pour trouble de la personnalité limite, avec des conduites addictives, (une surconsommation d'anxiolytiques en particulier Seresta, Lexomil), sur fond de polytoxicomanie ancienne.

Pendant son hospitalisation du mois d'avril 2013 au novembre 2013 un dossier de demande d'Allocation Adulte Handicapé a été déposé auprès de la MDPH pour faire valoir la question du handicap psychique et l'existence d'un diagnostic psychiatrique principal pour cette patiente a été retenue : trouble affectif mixte avec symptôme dissociatif non congruent à l'humeur (F 31.21), trouble spécifique de la personnalité (F 60) liée à une enfance malheureuse (Z 61), conduite addictive associée.

Entre septembre 2007 et avril 2013, date de ma première rencontre avec cette personne, près de sept (7) ans se sont écoulés et 4 diagnostics ont été posés.

Stratégies médicosociales mises en place - constat d'échec

La patiente est accompagnée par différentes structures sociales qui prennent en charge les personnes avec addictions, fréquente des hébergements d'urgence pour toxicomanes comme le centre « Sleep-in ». Parallèlement, les moyens du ressort de la Psychiatrie de secteur classique utilisés sont des périodes d'hospitalisation plus ou moins longues, alternant avec des prises en charge sur le CMP. Il s'agit d'une prise en charge pluridisciplinaire psychiatrique, sociale, et addictologique, avec le soutien de l'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité du centre hospitalier Édouard Toulouse. Sur le plan psychiatrique, à côté de ce soutien, le travail sectoriel en psychiatrie générale, en dehors des périodes d'hospitalisation, a consisté en un accueil sur le CMP, une proposition de CATTP, que la patiente a très peu fréquenté.

Au sein des pavillons d'hospitalisation, la nécessité de poser clairement les limites a été mise en avant. La poursuite des soins s'est donc faite à la demande de la patiente, et avec un engagement de sa part, sous la forme d'un contrat de soins

hospitaliers, prolongé par un contrat de soins ambulatoires.

- Sur le plan social, en dehors de l'accueil sur les structures d'hébergement d'urgence, des démarches ont pu être entreprises, notamment le renouvellement de la carte nationale d'identité, et le dépôt d'un dossier de demande d'allocation adulte handicapé (relancé plusieurs fois en 2006 et 2013).
- Sur le plan addictologique, Madame Samira a bénéficié depuis 2006 de temps d'accueil la nuit sur le centre d'hébergement « Sleep-in », et s'est vu proposer des consultations en Addictologie, auxquelles elle n'a pas vraiment adhéré, marquées par un arrêt précoce.

Depuis 2003, mais davantage au cours des derniers mois de l'année 2013 et du début de l'année 2014, il y a eu de nombreux passages aux urgences, dans des contextes de demandes de soins somatiques, devant un épuisement important et un retentissement psychologique majeur des difficultés sociales rencontrées.

En somme, depuis 2003, un accompagnement pluridisciplinaire, étayant, soutenu, a été proposé à cette patiente, dans une stratégie à la fois médicale, sociale, et addictologique. L'évolution depuis 2003 est marquée par une multiplication des espaces d'accompagnement social, de soins, de prises en charge diverses, avec, à chaque fois, l'idée de mettre en place le dispositif le plus cadrant, le plus dense et le plus étayant au service de cette patiente. Malgré ces divers dispositifs d'accueil, d'hébergement et de soins, entre septembre 2007 et avril 2013, on repère une évolution en spirale, la patiente, toujours sans papiers, sans revenu, sans abris, se conforte dans son statut d'exclue.

Eclairage psychanalytique

Compte-tenu des échecs à répétition dans la prise en charge de cette patiente, j'ai proposé en février 2014 un entretien clinique dans le cadre d'une présentation clinique psychanalytique proposée par la faculté de Médecine de Marseille et l'association des Internes en Psychiatrie. L'entretien, auquel la patiente se montre conciliante tardivement, a été mené par une psychanalyste de l'ACF. Le parcours de vie abandonnique, traumatique, fait d'exclusions et d'échecs à répétition a été évoqué par bribes par la patiente. Cet entretien psychanalytique a permis de recueillir un certain nombre de données essentielles à la compréhension du cas, et son histoire clinique.

Pendant l'entretien la patiente parvient à livrer un discours significatif de sa situation de grande précarité sociale à l'époque : « *j'ai fait beaucoup de va-et-vient en prison, c'est flou. Une fois exprès, j'y suis allée pour vol à l'étalage. Je rentrais comme je rentrais, je sortais... un cercle vicieux. J'avais froid dehors, une infection pulmonaire, abri-prison pas le choix...* ». Il existe un vécu de déchéance : « *toute seule dans la rue... avant... j'étais autonome, je travaillais en maison de retraite, j'avais une vie normale pas de problème, mais bien* ». Cette vie d'échec à nouveau se traduit par une baisse de l'estime de

soi, manifestée dans d'autres propos : « *à cause du passé, le passé qui rattrape, les blocages, je broie du noir, je comprends des choses que les gens ne comprennent pas que je comprends. Aller boire, fumer, pour oublier, après tout redevient normal* ». Dès lors, elle se sent incomprise, elle garde un sentiment de solitude, et une certaine dysphorie. Sur le plan physique et psychique, son état se maintient dans une certaine forme de dépressivité, de manque de confiance et de vécus de désespoir : « *des trucs qui m'ont handicapée, des trucs que je n'arrive pas à faire, je me débrouille mais avant tout marchait bien* ». Elle reconnaît son incapacité à « *survivre* » comme avant, et à remonter la pente pour sortir de cette situation d'exclusion dans laquelle elle se trouve : « *l'avenir, je ne le vois pas. On est à l'abri de rien, n'importe quoi, en bien ou en mal. Je ne sais pas... je ne peux plus* ».

A (Psychanalyste) / Qu'est-ce qu'il faut pour vous confier pour avancer ?

- « *Cause de ma mère... je ne suis pas où elle habite, elle est mauvaise. J'aurais voulu lui parler, j'ai pardonné elle* ».

Identifie la mère en mauvais objet, mère qui l'a brutalisée, elle induit le rapprochement physique. Elle est le déchet à l'Autre. Sa place en tant que personne, propre identité, est insupportable.

- « *Je ne m'occupe pas de moi* ».

Elle y renonce elle-même.

Il s'agit de se loger chez l'autre avec l'imaginaire, avec des images.

A/ Qu'est-ce qui est important aujourd'hui ?

- « *Avoir un chez soi, un travail... une vie normale de tout... la rue c'est la misère* ».

Cette présentation imaginaire du futur comme conséquence d'absence de construction de soi, refus de sa propre identité, errance subjective dans son histoire. Son histoire en morceaux défile et que Madame ne maîtrise pas. Ce n'est pas possible pour elle de construire son futur et des projets. C'est notre projet qu'il faut avoir pour qu'elle puisse avoir son avenir. Il faut la porter. Si on la localise, la mobilise, elle peut être par rapport à l'Autre – tiers de la vie sociale, une amarre, arrimée à l'autre.

La Patiente n'aborde pas ce réel traumatique, elle n'en dit quasiment rien « *à cause d'une personne, tout le monde à profité* » complicité de la mère qui n'est pas là, profite. Le réel traumatique la met en danger.

C'est un point où Madame S. n'a aucune élaboration. Figée, au-delà du symbolique, elle s'identifie à l'objet. En l'absence de l'Autre, c'est l'image, la jalousie c'est la rencontre d'un autre imaginaire. La supposition que l'autre est en rivalité. Donc s'il n'y a pas l'AUTRE – une référence au tiers, on se retrouve en face : lui et moi, moi et lui, c'est à dire que nous sommes dans la relation miroir (rivalité, duel) qui empêche la création d'alliance thérapeutique entre ce profil de patients et l'équipe soignante : ce qui génère des difficultés dans les prises en charge, parfois les échecs et, pire, un échec traumatisant pour les patients.

À travers cet entretien psychanalytique, une tentative d'élaboration et de compréhension de sa biographie a été proposée. En ce sens, nous avons essayé de mettre en lumière des facteurs sous-jacents de la psychopathologie, comme un vécu abandonnique en lien avec des traumatismes précoces, une violence sexuelle à l'origine d'une vulnérabilité adaptative, et le retentissement cognitif comme mémoire traumatique, soit la clinique du psycho-traumatisme au premier plan. L'enjeu de cet entretien psychanalytique était aussi de guider les soignants vers des pistes de réflexion pour une prise en charge plus spécifique et adaptée à ce profil de patients, marqué par une souffrance psychique et un retrait social majeurs.

Apports théoriques nécessaires à l'analyse psychopathologique du cas

A. Clinique du psychotraumatisme⁽¹⁾

Le syndrome psychotraumatique est un trouble psychique complexe associant des symptômes anxieux (anxiété paranoïde) et des perturbations mnésiques, organisé autour **des symptômes reviviscence du souvenir traumatique** (mémoire traumatique) survenant à la suite de la confrontation d'un individu à un ou plusieurs événements stressants vécus comme particulièrement agressifs, dangereux et parfois impliquant une menace vitale. L'état de stress post-traumatique (ESPT) est un des seuls troubles de la nosographie psychiatrique dont la définition associe à des critères cliniques un facteur étiologique, l'événement traumatogène, sans lequel on ne peut pas diagnostiquer de syndrome psychotraumatique. L'événement traumatogène est décrit comme un facteur de stress extrême. Selon le DSM-IV, on considère que de nombreux événements de vie peuvent avoir un impact traumatique, dans la mesure où c'est la façon dont chaque individu va réagir à tel fait qui lui donnera ou non son caractère traumatogène, c'est avant tout l'intensité des réactions émotionnelles négatives qu'il va éprouver dans les suites immédiates de cet événement qui seront à l'origine d'éventuels symptômes psycho-traumatiques ultérieurs.

Les troubles péritraumatiques se caractérisent par des manifestations cliniques diverses et fluctuantes, on note la présence de deux entités cliniques particulières :

- la détresse péritraumatique est le résultat des réactions émotionnelles négatives (impuissance, le chagrin, la frustration, la colère, la culpabilité, la honte, l'horreur...),
- la dissociation psychique est définie comme la rupture de l'unité psychique et caractérisée par un symptôme dissociatif aigu, réversible.

En l'absence de soins, le psychotraumatisme peut évoluer sur un mode chronique (au-delà de 3 mois), et durer pendant des années, parfois jusqu'à la fin de la vie, avec une alternance de phases de latence puis des réactivations liées à des événements de vie (nouveaux traumatismes, naissance, séparations, deuils, maladies, perte d'autonomie, grand âge...).

B. Rôle des traumatismes précoces dans la vulnérabilité neurobiologique⁽²⁾

De nombreuses études épidémiologiques ont montré le lien existant entre des troubles psychiatriques et traumatismes des sujets ayant subi des expériences négatives précoces (abandon, séparation, négligence, maltraitance, viol sexuel, violence) pourraient introduire une vulnérabilité à un stress ultérieur provoquée à une altération de l'hippocampe par effet neurotoxique des corticoïdes libérés pendant le stress (en excès) et en conséquence peut déclencher des risques accrus des troubles anxieux dépressifs.

C. Apport de la théorie Kleinienne : la position schizo-paranoïde porteuse de la structuration de moi

La notion de processus psychique développée par Melanie KLEIN (1946) correspond aux relations mère-bébé au début de la vie (les six premiers mois). Le processus psychique concerne des objets partiels (le sein de sa mère). Le processus psychique prévalent à l'œuvre est :

- le clivage : présence de deux attitudes psychiques opposées qui coexistaient sans s'influencer,
- la projection : méconnaître les pensées, un sentiment en soi et les localiser sur une personne sans différenciation moi / non moi,
- l'identification projective : fantasme de projection à l'intérieur du corps d'un objet pour le maîtriser ou le détruire en voulant contrôler à distance les mauvais objets,
- les objets partiels sont intégrés comme une succession d'expériences, de satisfaction ou de frustration.

On aime mettre à l'intérieur de soi les expériences de plaisir et à l'extérieur de soi les expériences de déplaisir (projection). Le sujet a tendance à scinder le monde :

- bon objet : expérience satisfaisante (sein nourrir). Ça constitue un support idéalisé de l'amour à cette personne ou à ce sujet.
- mauvais objet : expérience frustrante (sein privé), le support de la haine.
- le sujet essaie de garder l'image satisfaisante de sa mère alors il ne peut pas intégrer les qualités et les défauts du même objet - un objet total.
- Ce fonctionnement est lié à un type d'anxiété - la crainte de destruction des bons objets par le mauvais à travers une anxiété paranoïde : c'est anxiété d'intrusion, d'anéantissement, de morcellement. Chez les psychotiques, le clivage se fait instable : le bon objet rapidement peut devenir persécuteur.

La position schizo-paranoïde est porteuse de la structuration du MOI. La dichotomie du clivage est la base de la faculté de discrimination et de l'identification projective constituée dans une forme archaïque de l'empathie, l'idéalisation est à l'origine de la capacité d'aimer et des idéaux sociaux et culturels.

2- Vulnérabilité et troubles de l'adaptation, édition Elsevier Masson - Coordinateur Frédéric ROUILLON (Pages 27 à 29)

3- Journal Santé Mentale n° 176 mars 2013 - page 12 - Des mots pour entendre - Sophie BARTHELEMY, psychologue clinicienne chargée d'enseignement à l'université de Provence.



Un quartier nord sensible de Marseille.

Place de l'envie : la position schizo-paranoïde est caractérisée par l'envie distincte de la jalousie (KLEIN 1956). Si jalousie, chercher : une possession de l'objet aimé et l'élimination du rival qui est donc différencié des objets dans une relation triangulée. L'envie implique, elle, une relation duelle où le sujet veut posséder une « bonne » partie de l'objet malgré les conséquences possibles (destruction de l'objet). Cette envie se révèle chez le patient par une certaine agressivité (comme dans une relation avec les soignants). L'envie le conduit à posséder les bonnes qualités de l'objet, quitte à le détériorer en y projetant les parties destructives de lui-même (identification projective), attaquant la relation : « dévorer les yeux de l'amour » de la thérapeute.

Structuration du MOI⁽³⁾ : selon les caractéristiques positions dépressive lorsque l'objet commence à être perçu comme total que les angoisses et mécanismes défensifs sont modifiés. Pour Baranger 1999, ces positions psychiques se présentaient souvent sous une forme combinée ou dans des fluctuations incessantes.

D. Viol et mémoire traumatique⁽⁴⁾

La violence sexuelle est plus destructive car le corps de la victime devient un objet. Pour la victime réduite à un objet, la vie devient un enfer. Dans 80% des cas il y'a un risque de développer un état de stress post-traumatique chronique associé avec des troubles dissociatifs.

La mémoire traumatique : suite à la violence, un stress extrême, véritable tempête émotionnelle, envahit l'organisme de la victime et l'empêche de réagir de façon adaptée, empêchant le cortex cérébrale de contrôler l'intensité de la réaction de stress et sa production d'adrénaline et de cortisol. Il déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde qui ont pour effet de faire disjoncter le circuit

émotionnel, et d'entraîner une anesthésie émotionnelle et physique produisant morphine et kétamine-like. L'anesthésie émotionnelle génère un état dissociatif. La mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques, elle colonise la victime, elle est responsable de sentiments de terreur, de détresse, de mort imminente, de sensation de douleurs inexplicables, de Flash-back, d'attaques de panique, de troubles cénesthésiques, de douleurs génitales intenses. Elle envahit tout l'espace psychique de façon incontrôlable comme une bombe à retardement. Elle transforme la vie psychique en terrain miné, c'est une boîte noire qui contient le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la vie de la victime. Des ressentis de honte, de culpabilité et d'estime de soi catastrophique sont aussi alimentés par la mémoire traumatique (des paroles et de la mise en scène de l'agresseur).

Le soi hanté : avec la mémoire traumatique, la victime n'a que mépris et haine pour elle-même, et elle peut penser avec horreur qu'elle a des fantasmes, une excitation sale et une jouissance perverse, alors que cela appartient à l'agresseur. La victime est donc obligée de se construire elle-même avec ces émotions, ces sensations de terreur, ces actes, ces propos pervers. Elle doit lutter contre eux sans les comprendre, ce qui est dû à sa mémoire traumatique. La mémoire traumatique exproprie la victime et l'empêche d'être elle-même. Pire, la mémoire traumatique fait croire à la victime qu'elle est double, voire triple :

- une personne normale (elle-même)
- une moins que rien (qui a peur de tout, coupable et qui mérite la mort).
- une personne qui pourrait devenir violente, perverse (mauvaise) et qu'il faut contrôler sans cesse (l'agresseur présent à l'intérieur d'elle-même).

4- Journal Santé Mentale n° 176 mars 2013 – page 22-26 – dossier traumatisme de viol, MURIEL Salmona, Psychiatre, Psychothérapeute, responsable de l'institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.

5- Maisondieu, J. « Citoyenneté et santé mentale », in M. Joubert (dir.), « Santé Mentale, ville et violence » (op.cit.), « De l'exclusion au pathogène », Rhizome, num.4, mars 2001.

E. Psychopathologie de la précarité

Jean Maisondieu⁽⁵⁾ a décrit le syndrome d'exclusion comme « un mélange de honte et de désespérance qui conduit l'exclu à la mise en panne de son affectivité et de ses facultés cognitives pour survivre à défaut de vivre ». Dans ses travaux, il développe l'intrication étroite entre l'usure du lien social et le défaut de symbolisation qui caractérisent cette situation particulière : « Tous ceux, nombreux, dont la souffrance psychique est moins en relation avec une maladie mentale dûment répertoriée qu'avec un mal-être né d'entraves à l'exercice de leur citoyenneté par leur exclusion du champ des échanges tant sur le plan économique que symbolique ».

Le syndrome d'auto-exclusion implique une dynamique active du sujet lui-même, qui pourrait-on dire se coupe du monde, et, comme le décrit Jean Furtos, s'exclut de la situation qui est la sienne de manière autonome, « pour ne pas la souffrir, transformant ainsi le subir en agir ». « Réponse pathogène à une situation pathologique », le syndrome d'exclusion peut s'envisager comme un dispositif dynamique d'auto-protection, qui éjecte le recours à la parole comme levier d'apaisement potentiel.

La répétition peut également être la conséquence du trauma : sa fonction est alors de le maîtriser en l'intégrant à l'organisation symbolique, de le réduire, de l'annuler, en vain. Elle n'arrive pas à remplir sa mission, sa tâche est sans cesse reconduite et finit par se perpétuer à l'infini, occupant toute la vie du sujet.

À terme, les affects s'éteignent et peut s'installer une inhibition affective et sensitive ; par crainte de perdre la relation, la possibilité de son investissement pour le sujet s'échappe avant même qu'elle n'ait une chance de naître. Si, dans le présent, n'ont alors de valeur que les préoccupations ou les demandes qui concernent l'instant, grevant les projets d'inscription dans l'avenir ou les possibilités d'imaginer un autre destin, l'histoire du sujet est, en corolaire, rapportée par lui de manière morcelée, parcellaire. Ses contours chronologiques et biographiques en sont flous ou incohérents, parfois estompés encore par l'usage des psychotropes⁽⁵⁾⁽⁶⁾, comme pour « supprimer le passé », « ne plus penser », « oublier ».

Position et rôle du psychiatre dans la prise en charge médico-sociale

Dans ce cas clinique, nous avons mis en avant les particularités d'une patiente pour qui de nombreux dispositifs d'accompagnement, associés mais parfois non coordonnées, ont été mis à l'épreuve. Malgré la multiplication de ces temps d'accueil et de soins, l'évolution n'a pas été bonne. Cette constatation invite à l'humilité et à la remise en cause de nos pratiques classiques dans de tels cas psychopathologiques complexes. Plutôt que de multiplier les espaces, des stratégies alternatives peuvent être proposées.

La position soignante du psychiatre est complexe, et il peut paraître pertinent de remonter aux traumatismes de l'enfance, pour en revisiter le vécu, les violences, l'abandon, le sujet se trouvant accompagné pas à pas pour déminer des représentations mentales pathologiques, en particulier la mémoire traumatique. Des techniques de psychothérapie de type EMDR ou de soins à médiation corporelle sont également possibles mais sont loin d'être systématiquement proposés face à ce genre de cas. Pour la patiente, comme pour les soignants, c'est un parcours difficile et très lourd, avec comme objectif pour elle de cesser de se vivre comme une épave, « dans la galère », pour sortir du statut d'exclue. Une prise en charge par des soignants formés, sensibilisés aux situations de violence et trauma fait défaut par manque de moyen matériel et de volonté institutionnelle.

Le rôle du psychiatre s'inscrit aussi dans la recherche des antécédents de violences comme un facteur étiologique potentiel du traumatisme réactualisé, et de l'exclusion, recherche qui est largement minimisée en pratique courante par les professionnels de santé. De même, le diagnostic de trouble psycho-traumatique et les propositions thérapeutiques qui en découlent sont encore trop rares dans le domaine de la psychiatrie publique.

La formation spécifique des professionnels de santé, en particulier paramédicaux, autour de ces questions apparaît essentielle, tant les relations en miroir sont prépondérantes dans ces situations. Inductrices de passages à l'acte, attaquant la pensée, elles favorisent l'inscription dans une plus grande exclusion encore.

Afin d'éviter la violence des réactions en miroir et pour obtenir une meilleure alliance thérapeutique, la relation duelle paraît un écueil et il s'agit au contraire d'établir une relation de dialogue triangulée. Enfin, pour donner une chance à cette relation thérapeutique, le psychiatre doit apprendre à utiliser ses capacités d'empathie, et à aiguïser son discernement pour éviter les situations d'exclusion. Le psychiatre accompagne la sortie d'un état dans lequel la patiente est exposée aux humiliations, pour renouer avec le plaisir et le goût de vivre, abandonnant cette vie qui n'est devenue qu'oppression, survie, et lui permettre de renforcer son estime d'elle-même.

Enfin, citons la phrase d'Henri Ey qui nous éclaire sur le statut du clochard d'hier, au SDF d'aujourd'hui : « le problème du « clochard » n'est pas psychiatrique dans son essence, et il serait proprement dérisoire de penser que les « clochards » sont tous des malades, des névrosés, des psychopathes. Ce royaume marginal de la société est peuplé tout simplement d'hommes qui ont perdu le sens du bonheur et du malheur... ». Avant-propos à l'ouvrage A. VEIXLIARD : le clochard DDB 1957.

5- Jamoulle, P., Drogues de rue, Bruxelles, De Boeck, 2000.

6- Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bertagne, P., Psychopathologie des addictions, Paris, PUF, 1997.

Conclusion

L'éclairage psychanalytique de ce cas offre un outil pour :

- penser le psychotraumatisme comme facteur sous-jacent de la pathologie mentale et de l'exclusion, la situation d'exclusion venant, elle, alimenter la clinique psycho-traumatique,
- penser l'espace thérapeutique du patient en situation d'exclusion dans l'Institution psychiatrique en proposant un travail de «déménage» de la mémoire traumatique.

À côté de l'approche psychanalytique, qui peut nous livrer un éclairage essentiel, notamment sur les liens entre

les interactions précoces, leur vécu traumatique, et les éléments de vie chaotique ultérieurs, d'autres techniques de soins peuvent être pertinentes lorsqu'elles sont coordonnées et associées dans une stratégie synergique. En particulier, peuvent être proposées des thérapies à médiation corporelle, des techniques de relaxation et des techniques de psychothérapie de type EMDR.

Pour autant, la coexistence de ces références psychanalytiques de plus en plus contestées avec les nouvelles techniques de soins, sera-t-elle encore possible demain pour les psychiatres d'exercice public, afin d'offrir aux patients les plus démunis des alternatives thérapeutiques ?



Au centre, la mairie de Marseille. Photo Pry Cause, 2006.

Références

- 1 - Fryers, Melzer, Jenkins & Brugha, 2005 ; Muntaner, Eaton, Miech & O'Campo, 2004 ; Melzer, Fryers, Jenkins, Brugha & McWilliams, 2003 ; Poulton, Caspi, Milne, Thomson, Taylor, Sears & Moffitt, 2002 ; Stansfeld, Head, Fuhrer, Wardle & Cattell, 2003
- 2 - Lorant, Deliege, Eaton, Robert, Philippot & Anseau, 2003 ; Eaton & Muntaner, 1999
- 3 - Maisondieu, J. « Citoyenneté et santé mentale », in M. Joubert (dir.), « Santé Mentale, ville et violence » (op.cit.), « De l'exclusion au pathogène », Rhizome, num.4, mars 2001
- 4 - Furtos, J. « Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale » Mental'idées n°11 - 09/2007 - L.B.F.S.M.
- 5 - Parquet, Ph.-J. « Souffrance psychique et exclusion sociale », sept 2003
- 6 - Jamouille, P., Drogues de rue, Bruxelles, De Boeck, 2000 ;
- 7 - Pedinielli, J.-L., Rouan, G., Bertagne, P., Psychopathologie des addictions, Paris, PUF, 1997
- 8 - Vulnérabilité et troubles de l'adaptation, édition Elsevier Masson - Coordonateur Frédéric ROUILLON (Pages 27 à 29)
- 9 - Journal Santé Mentale n° 176 mars 2013 - page 12 - Des mots pour entendre - Sophie BARTHELEMY, psychologue clinicienne chargée d'enseignement à l'université de Provence

- 10 - Journal Santé Mentale n° 176 mars 2013 - page 22-26 - dossier traumatisme de viol, MURIEL Salmona, Psychiatre, Psychothérapeute, responsable de l'institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.
- 11 - Journal Santé Mentale n° 176 mars 2013 - page 30-33 - dossier traumatisme de viol/clinique du psychotraumatisme, LOUVILLE Patrice, Psychiatre des Hôpitaux, AFORCUMP-SFR, CHU corentin-celton (AP-HP), Issy-les-Moulineaux. MURIEL Salmona, Psychiatre, Psychothérapeute, responsable de l'institut de victimologie du 92, présidente de l'association Mémoire Traumatique et Victimologie.
- 12 - Urgences sociales, précarité et troubles mentaux, docteur Charles ALEZRAH, cours DU « psychiatrie et santé mentale pour médecins généralistes » décembre 2013.
- 13 - La fabrique des exclus, Jean MAISONDIEU, Bayard 1997.
- 14 - Médiations corporelles dans la pratique des soins, Eliane FERRAGUT, Elsevier Masson 2008
- 15 - Les naufragés, Patrick DECLERCK, Plon 2001.
- 16 - Livret d'aide au codage des diagnostics C.I.M 10, Département d'information médicale C.H. Edouard TOULOUSE.



Koffi Paulin Konan

Violence et traumatisme : cas de deux femmes victimes de viol à répétition lors du conflit postélectoral en Côte d'Ivoire

Auteur : Koffi Paulin Konan

Résumé : à la faveur de la crise postélectorale qu'a connue la Côte d'Ivoire, la violence s'est manifestée sous toutes ses formes. Même si cela n'a pas été à grande échelle comme en Bosnie ou au Rwanda, des cas de viols ont été recensés particulièrement chez femmes. À partir de deux cas de femmes victimes de viol à répétition, ce travail visait à décrire les troubles psychotraumatiques et leurs conséquences sur la vie des personnes victimes. L'analyse de ces deux cas de viol a montré que les victimes de ces actes présentaient des troubles psychotraumatiques avec existence d'une mémoire traumatique pouvant exploser à tout moment quand une situation similaire se présentait à ces personnes. Au niveau psychopathologique, nos deux victimes présentaient une comorbidité psychiatrique constituée d'États de stress post-traumatique associés à des états dépressifs. Il a été aussi noté chez ces deux victimes, une forte dégradation de leur personnalité se traduisant par une baisse de l'estime de soi et un manque de confiance. Des difficultés relationnelles et sexuelles, des conduites d'autodestruction et des sentiments de souillure. Une perte d'identité qui les faisait vivre en retrait de la société.

Mots clés : violence, femme, viol à répétition, traumatisme, crise postélectorale.

Summary : in favour of the crisis postélectorale which the Ivory Coast underwent, violence appeared on all its forms. Even if that were not on a large scale as in Bosnia or Rwanda, of the cases of rapes were listed particularly among women. From two cases of women victims of rape to repetition, this work aimed at describing the hoop nets psychotraumatic and their consequences on the life of the people victims. The analysis of these two cases of rape showed that the victims of these acts presented hoop nets psychotraumatic with existence of a traumatic memory being able to explode constantly when a similar situation arose to these people. At the psychopathological level, our two victims presented a psychiatric comorbidity made up of States of post-traumatic stresses associated in depressive states. It was also noted at these two victims, a strong degradation of their personality resulting in a fall of the regard of oneself and a lack of confidence. Relational and sexual difficulties, conduits of self-destruction and feelings of stain. A loss of identity which made them live below the company.

Keywords : violence, woman, rape with repetition, trauma, post-election crisis.

Introduction

Mettant en relation violence et notion d'anomie, Durkheim [5] postule que les crises économiques, morales et politiques, entraînent une dérégulation des normes de fonctionnement et des valeurs collectives. La cohésion du groupe ainsi fragilisée favorise l'émergence de comportements violents. Les violences postélectorales qu'a connues la Côte d'Ivoire, s'inscrivent bien dans ce postulat. Pendant cette période sombre de l'histoire de la Côte d'Ivoire, l'instinct d'agressivité qui selon Lorenz [9] « est nécessaire à la formation du monde parce qu'elle structure les relations sociales en les faisant évoluer vers l'échange et la communication », est devenu nuisible et destructeur dans ce contexte. La crise postélectorale qu'ont connu les ivoiriens, a été la période d'expression des instincts barbares les plus profondément refoulés dans l'inconscient humain. En effet, à la faveur de cette crise, la violence s'est manifestée sous toutes ses formes (meurtres, assassinats, tueries, règlements de compte, viols, vols, destructions de biens matériels...). De toutes ces violences recensées, les viols en tant qu'agressions commises lors de ce contexte postélectoral ont suscité notre attention. Souvent utilisés en Afrique comme actes de guerre lors des conflits, les viols commis sur les femmes ont été aussi perpétrés au cours de la crise postélectorale qu'a traversé la Côte d'Ivoire.

Malgré que le monde s'accorde sur le fait que subir un viol est grave et traumatisant, et qu'il représente une atteinte aux droits, à la dignité et à l'intégrité physique et psychique des victimes, l'évocation du viol dans nos sociétés Africaines reste tabou. Ainsi, comme le souligne Salmons [12] dans son livre : « force est de reconnaître que dans la réalité tout se passe malheureusement différemment. Loi du silence, déni, absence de reconnaissance et abandon des victimes de viol règnent encore en maîtres ». De nombreux obstacles persistent encore dans la reconnaissance et l'assistance à apporter aux victimes de viols. Les conséquences du viol et des agressions sexuelles étant graves et durables, en règle générale, les personnes agressées ne peuvent se reconstruire seules sans aide extérieure. De tels traumatismes affectent profondément l'estime de soi et la résilience ne suffit pas à permettre à la victime de rebondir. Le viol et les agressions sexuelles sont des atteintes majeures avec des conséquences graves. Comme l'attestent en effet les résultats de l'étude de Felitti et Anda [6] qui démontrent qu'avoir subi des violences est un des déterminants principaux de l'état de santé d'une personne même 50 ans après, et représente un des principaux facteurs de risque de présenter de nombreuses pathologies psychiatriques, cardio-vasculaires, pulmonaire, endocriniennes (diabète), auto immunes, neurologiques, des douleurs chroniques et des troubles du sommeil, etc., et de subir à nouveau des violences ou d'en commettre. À la faveur du vaste programme de reconstruction post-crise initié par le gouvernement de Côte d'Ivoire auquel nous avons été associés en tant qu'équipe chargée du suivi psychologique des ex-combattants, nous avons recensé lors de nos entretiens individuels des cas de femmes victimes de viol avec présence de troubles psychotraumatiques graves.

Face à la loi du silence et au déni sociétal qui règnent dans l'environnement des femmes victimes de viols et vues les conséquences graves de ces actes criminels sur les différents aspects de leur vie future, nous avons émis le besoin tout en aidant ces victimes, de décrire le vécu des psycho-traumatismes résultant de ces actes.

Notre démarche d'investigation

Ayant été associée à la phase de resocialisation du vaste programme de reconstruction post-crise initié par le gouvernement de Côte d'Ivoire, l'équipe chargée du suivi psychologique a initié et dispensé des cours permettant aux ex-combattants d'identifier leurs souffrances et de ce fait, de se faire inscrire sur des listes afin de bénéficier d'entretiens individuels et d'un suivi durant un mois. C'est au cours de ces sessions individuelles que nous avons recensé des cas de femmes victimes de viols. Mais ces deux (02) cas qui ont fait l'objet de nos écrits, ont bénéficié d'un suivi psychologique particulier (psychothérapie sur 04 séances en deux mois) de la part de l'équipe après celui d'un mois reçu au stage de resocialisation.

Résultats d'investigation

Cas 1

TYJ est âgée de 33 ans. Elle est commerçante de profession et originaire de Toulepleu, une localité située dans l'ouest de la Côte d'Ivoire. Elle avait en effet été enlevée de force par un groupe de combattants qui l'a ensuite remise à son chef. Séquestrée pendant des mois, elle a subi à plusieurs reprises des sévices corporels et des brutalités sexuelles d'une ampleur indescriptible. Auparavant mariée, mère de deux (02) enfants, avant ce vécu douloureux et traumatisant, TYJ après sa libération des mains de son bourreau, avait gardé ce secret aux confins de son psychisme. Selon les propos de la victime : « *Malgré ma libération et mon retour en famille, je me sens au-dedans de moi toujours souillée et indigne d'aller avec mon mari. J'ai honte de moi-même et j'éprouve des difficultés à rester en présence de mon époux et de mes enfants. Je suis souvent triste et je me retire seul dans la chambre pour pleurer, je ne suis plus moi-même.* »

Ayant séjourné onze (11) mois de force dans un camp de combattants où elle fut contrainte comme épouse « du Chef », TYJ fut recensée aussi comme ex-combattante. C'est donc à ce titre qu'elle eut à bénéficier d'un stage de resocialisation post-crise initié par l'Etat de Côte d'Ivoire. Au cours de ce stage de resocialisation où TYJ a pris part, elle a rencontré lors des premières séances de partage de nourriture, un de ses agresseurs qui l'avait enlevée et confiée à leur chef. Ce dernier l'ayant aussi reconnu, le lui a fait savoir en disant avec un air moqueur qu'elle se trouvait à présent dans un autre monde. Cette rencontre inattendue a réactivé le fait traumatique en TYJ. Cette réactivation du traumatisme subi s'est manifestée par une reviviscence intense des souffrances vécues, qui l'a conduite à solliciter un entretien individuel. Ainsi, troublée et meurtrie, elle s'est présentée à l'une des activités d'écoute organisées.

L'examen psychologique entrepris a montré qu'elle présentait : un trouble du sommeil, un sentiment de découragement, des idées de mort et d'auto dévalorisation. En plus de ces symptômes, elle revivait surtout les scènes d'atrocités qu'elle a eu à subir pendant ce moment dramatique de sa vie et affirmait éviter toujours les lieux de ce vécu douloureux. Le diagnostic établi au cours de cet examen psychologique indiquait que la stagiaire souffrait d'un Etat de stress post-traumatique compliqué d'une dépression. Au vue des troubles psychiatriques constatés, elle fut mise sous antidépresseur. Elle avait par ailleurs bénéficié de plusieurs séances de psychothérapie, qui ont permis une amélioration de son état de santé. Ce suivi médical et psychologique sur le site de resocialisation, a permis à TYJ de mieux se porter physiquement, psychologiquement et donc de continuer son stage de resocialisation. Suite à ce cas spécifique de viol à répétition, TYJ a eu à bénéficier de quatre (04) séances de psychothérapie individuelle dans le service d'hygiène mentale de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Abidjan. Ces séances ont permis à la victime de se refaire une santé psychologique stable permettant de mieux se réadapter à son environnement de vie. Au dernier contact téléphonique, TYJ a affirmé reprendre progressivement sa place de femme dans un foyer et qu'elle bénéficiait de l'appui de son époux et de ses deux enfants.

Cas 2

Ivoirienne, originaire de Guiglo une ville de l'Ouest de la Côte d'Ivoire, KL était âgée de 32ans lors de l'entretien individuel au cours d'un stage organisé pour la resocialisation des ex-combattants. Mère d'un enfant, KL d'un niveau secondaire, était en union libre avec un Monsieur avec qui un projet de mariage était envisagé. Ayant résidé à Abidjan chez sa grande sœur où elle fit la connaissance de son homme, KL est retournée vivre à Guiglo en l'an 2008 où elle est fut retenue comme cuisinière dans un camp pour combattants. À la faveur de la fin de la crise politico-militaire qu'a connue le pays, KL se reconvertit en restauratrice à Guiglo avec l'appui de son fiancé. C'est dans ce contexte de fin de crise, qu'une bande d'ex-combattants s'est érigée en un gang de violeurs de femmes terrorisant ainsi toute cette région. Victime de ce gang de violeurs à deux reprise, KL lors du premier viol qui a eu lieu en 2013, a pu dévisager et reconnaître la voix de l'un de ses agresseurs. Au cours du deuxième viol qui s'est déroulé le 18 décembre de l'année 2014, elle a eu à reconnaître la voix de ce dernier qui dans leur forfait a eu à dire : *« nous sommes revenus »*. Suite à ce deuxième viol où elle perdit connaissance et fut hospitalisée, KL bien que rétablie au niveau physique, est sortie de cette situation totalement brisée et déprimée. Selon ses dires, elle se disait ne plus être : *« une personne digne de vivre en société, je n'ai plus de valeur malgré ce qui m'arrivera »*.

Revenue de chez son grand frère où elle fut admise pour sa prise en charge, KL une fois rentrée chez elle à domicile, a tenté de mettre fin à sa vie et à celle de son fils pour ne pas que dernier soit identifié comme l'enfant de la femme

violée à deux reprise. La famille de KL ayant interrompu la procédure de plainte entreprise par le grand frère, KL est donc restée une victime anonyme comme la plupart des femmes violées.

Mais étant un gang récidiviste, ils vont refaire surface en violant cette fois-ci l'épouse enceinte d'un Monsieur résidant dans cette localité. Cette nouvelle victime morte à la suite de ce viol, l'époux de cette dernière porta plainte à la gendarmerie. L'enquête diligentée à la suite de cette plainte a conduit à l'arrestation et au jugement de quatre (04) membres du gang. Au cours du procès de ces violeurs, KL fut entendue comme victime. Ces violeurs ayant été jugés coupables et écopant de ce fait 20 ans d'emprisonnement ferme pour chacun, un cinquième membre de ce gang était resté en cavale.

Sortie de ces deux viols fragilisée et déprimée, KL avait commencé à manifester des troubles de la sexualité. En effet lors des rapports sexuels consensuels et conjugaux avec son homme, elle revivait les scènes de viols subies, criait et pleurait. Cette situation de plus en plus récurrente a donc commencé à affecter gravement la relation d'amour qui l'unissait à son conjoint. Face à cette situation intenable qui impactait négativement leur projet de vie en commun, le conjoint de KL lui a demandé de prendre part à ce stage de resocialisation pour changer d'idées.

C'est donc au cours de ce stage de resocialisation que KL, identifiée auparavant comme une ex-combattante, va reconnaître l'un des membres du gang auteur de ses viols et de celle de la femme enceinte morte à cet effet. Ainsi ayant échappé à la gendarmerie pour le même acte de viol qui a conduit à la condamnation de ses quatre compères, ce dernier s'est lui aussi retrouvé sur le même site de resocialisation d'Ouhokoukro (M'bahiakro) que sa victime. Cette coïncidence occasionnant cette rencontre inattendue a fait naître chez KL une forte reviviscence des viols subis. Cette forte reviviscence des faits traumatiques s'est manifestée par une participation à toutes les activités de suivi psychologique. En effet ayant pris part au cours relatif aux traumatismes psychiques et leurs manifestations, KL a aussi participé à l'un des groupes de parole où elle a pris la parole en présence de son bourreau, pour exprimer en larmes sa tentative de suicide collectif avec son fils à la suite du vécu psychologique pesant qu'elle vivait. Ne pouvant pas aborder le sujet de viol en public, elle est venue en session individuelle d'écoute où elle a pu donner tous les détails sur ses deux viols.

L'examen psychologique sommaire entrepris ce jour a montré que KL développait un sentiment de découragement, des idées de mort et une peur irrationnelle. En plus de cette symptomatologie dépressive, KL revivait surtout les scènes de viols dont elle a été victime. Cette réactivation de ce vécu psychologique lourd, la conduisait à se mettre à l'écart du groupe. Le diagnostic établi lors de cet examen psychologique sommaire a indiqué que KL souffrait d'un Etat de stress post-traumatique associé à un syndrome dépressif. Refusant d'être mise sous traitement,

KL a bénéficié de plusieurs séances de psychothérapie. Ces séances de psychothérapie individuelle ont permis à KL de retrouver un équilibre psychologique lui permettant de réintégrer le groupe et de prendre une part active dans les activités de resocialisation. Cependant au cours d'une séance d'écoute, elle a émis le besoin que justice soit rendue, par l'arrestation et l'inculpation de son agresseur pour qu'elle soit réellement rassurée. En effet pour KL le stage une fois terminé, cet individu une fois libre, constituerait une véritable source d'insécurité pour elle car ce dernier pourrait attenter à sa vie. Des démarches ont été initiées à cet effet et étaient en cours lorsque nous avons écrit cette monographie concernant ce cas de double viol sur une femme.

Ayant aussi bénéficié de séances (04) de psychothérapie individuelle dans notre service à Abidjan, KL a laissé entendre qu'elle a repris confiance en elle et qu'elle essayait de ne pas lier ces viols à ses relations sexuelles conjugales.

Discussion

Les résultats de ces investigations entreprises au cours des écoutes individuelles des ex-combattants admis aux stages de resocialisation ont montré que toutes les personnes qui ont dit être victimes de viols étaient de sexe féminin. En 1994 Choquet [2] qui a aussi travaillé sur cette question, avait trouvé que 80% des personnes victimes d'agressions sexuelles étaient de sexe féminin. Au-delà de cette réalité, le contenu du récit et vécu psychologique recensé chez les deux enquêtées font transparaître une profonde déstructuration psychologique touchant leur stricte intimité. À ce sujet, Lopez (2002) [8] soutient que sur le plan psychologique, le viol constitue un traumatisme entraînant une effraction narcissique, une attaque identitaire et une intrusion intrapsychique de la réalité d'autant plus importante que la personne violée aura présenté un état de conscience modifiée (dissociation péri traumatique). Il souligne aussi que la répétition des viols, comme on l'observe dans l'inceste par exemple, entraîne d'avantage de troubles identitaires et narcissiques et risque de structurer des victimes sur un mode limite (ou borderline). Ce constat de Lopez est confirmé par les résultats des d'examen psychiatriques. Il a en effet été noté chez les deux femmes, la présence d'une symptomatologie dépressive en plus des Etats de

stress post-traumatiques relevés.

Chez les deux femmes, il a été noté l'existence d'une mémoire traumatique. En effet c'est cette mémoire traumatique qui s'est activée lorsque les deux victimes ont vu leur agresseur sur le site de regroupement, et leur fait revivre à l'identique la souffrance et douleur vécues auparavant. A ce sujet Salmona [11] en 2008 soutient dans son livre intitulé « *La mémoire traumatique* » que cette mémoire traumatique est au cœur de tous les troubles psychotraumatiques. Elle "explose" aussitôt qu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelle les violences ou fait craindre qu'elles ne se reproduisent. Elle envahit alors tout l'espace psychique de façon incontrôlable. Comme une "bombe à retardement", susceptible d'exploser, souvent des mois, voire de nombreuses années après les violences, elle transforme la vie psychique en un terrain miné. Telle une "boîte noire", elle contient non seulement le vécu émotionnel, sensoriel et douloureux de la victime, mais également tout ce qui se rapporte aux faits de violences, à leur contexte et à l'agresseur (ses mimiques, ses mises en scène, sa haine, son excitation, ses cris, ses paroles, son odeur, etc.).

Le vécu psychologique de ces situations de viols à répétition a engendré chez les victimes des sentiments de honte et de dépersonnalisation. Cette situation a été signifiée dans l'étude de De Clercq et Lebigot [3] qui soutenaient qu'il en résulte une insécurité intérieure (la menace mortifère est partout), que la honte empêche le sujet de parler à son entourage de ce qu'il vient de vivre, ce qui entraîne un repli sur soi agressif. Des phobies apparaissent alors et la victime se sent porteuse d'une souillure qu'elle voudrait cacher, elle ne peut supporter le regard des autres qu'elle ressent inquisiteur de manière quasi paranoïde, elle a un sentiment d'abandon de tous, une culpabilité parfois consciente d'avoir pu de quelque manière provoquer l'évènement qui peut engendrer un effondrement dépressif rapide.

Après l'activation de la mémoire traumatique des deux victimes, l'examen psychologique entrepris lors des entretiens a permis d'identifier une reviviscence des scènes traumatiques, un sentiment de découragement, des idées de suicide, un sentiment d'auto dévalorisation, un trouble



Images de femmes violées lors du conflit postélectoral en Côte d'Ivoire. Photos adressées par l'auteur.

du sommeil (Cas 1) et une peur irrationnelle (Cas 2). Ces symptomatologies recensées révèlent donc la présence de troubles psychotraumatiques chez les deux femmes violées. La présence de troubles psychotraumatiques dans des cas de viols et autres formes de violence sont à présent bien connus et renseignés dans des articles et ouvrages décrivant les manifestations, les mécanismes, les conséquences multiples et les traitements adaptés à ces troubles [4 ; 7 ; 10].

L'analyse du vécu psychologique des deux femmes fait apparaître des nombreuses conséquences négatives dans le décours de vie de ces personnes. En effet il a été noté chez elles :

- une baisse de l'estime de soi, manque d'assurance et de confiance en soi ;
- un sentiment de saleté et de honte ;
- des difficultés sexuelles (rapports sexuels douloureux, abstinences) ;
- des difficultés relationnelles (isolement social) ;
- des conduites d'auto destruction (tentatives ou idées suicidaires) ;
- et divers troubles psychiques (dépression et états de stress post-traumatiques).

Au vu de ces conséquences faisant suite à ces viols, les deux victimes ont connu une profonde déstructuration de leurs personnalités et de leur capacité à s'adapter à la société. Cet aspect de notre travail est étayé par celui de la Dre Muriel Salmona [4] qui soutenait que les troubles psychotraumatiques qui s'installent fréquemment après un viol pour des mois, des années, voire toute la vie quand aucune prise en charge n'est mise en place, vont pourtant avoir un impact grave sur la santé des victimes et leur vie affective, familiale, sexuelle, sociale, scolaire et professionnelle (10). Les viols qu'ont subis ces deux femmes ne sont pas de simples actes de violence, mais plutôt des actes chargés de germes de dégradation et de déstructuration de la personnalité des victimes. Ainsi comme le soulignait Appadurai [1] (2006), ces actions contiennent un surplus de

rage, un excès de haine qui produit des formes inédites de dégradation et de violence tant contre le corps physique que contre la dignité spirituelle de la victime. Le viol en tant qu'acte de violence est réellement un crime contre l'humanité car ses conséquences sont dévastatrices et souvent irrémédiables si aucun appui médicopsychologique n'est apporté au sujet victime.

Conclusion

Le viol est l'une des formes de violences les plus cruelles et abominables. Les conséquences négatives de cet acte de violence sont d'une ampleur indescriptible sur la vie des personnes victimes. L'analyse du vécu psychologique des deux cas de femmes victimes de viol à répétition lors de la crise postélectorale qu'a connu la Côte d'Ivoire nous a permis, de voir l'ampleur dévastatrice des conséquences de cet acte de violence ignoble et barbare.

L'évaluation psychopathologique de ces deux cas de viol a permis d'une part de noter la présence de troubles psychotraumatiques avec l'existence d'une mémoire traumatique qui pouvait s'activer à tout moment lorsqu'un lien, une situation, un affect ou une sensation rappelait l'acte de viol. Il a été aussi noté d'autre part chez ces femmes violées, une dégradation de leur personnalité qui se manifestait par : une baisse de l'estime de soi et manque d'assurance, un sentiment de saleté et de honte, des difficultés relationnelles et sexuelles, des conduites d'autodestructions et divers troubles mentaux (dépression et états de stress post-traumatiques). Les viols à répétition subis par ces deux femmes ont eu des conséquences énormes qui continueront à impacter négativement la vie de ces dernières malgré leur capacité de résilience. Ces deux victimes, bien qu'ayant bénéficié d'un accompagnement psychologique particulier à M'Bahiakro et au Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan, auront toujours besoin de soutien, d'une assistance psychologique renforcée afin de les aider à se réadapter à la société.

Références

1-Appadurai, A. Fear of Small Numbers, Durham and London: Duke University Press, 2006, DOI : 10.1215/9780822387541.
 2-Choquet, M., Ledoux, S. Adolescents. Enquête nationale. Paris : Les Editions INSERM, 1994.
 3-De Clercq, M. & Lebigot, E. Les traumatismes psychiques. Paris : Masson, 2001.
 4-Dre Muriel Salmona. Le viol, crime absolu. Article paru dans le dossier sur le traumatisme du viol de la revue de santé mentale no 176 de mars 2013.
 5-Durkheim E. Le Suicide : Étude de sociologie, préface de Robert Neuberger, Paris, Payot & Rivages, coll. « Petite Bibliothèque Payot » (no 692), 2008.
 6-Felitti VJ, Anda RF. The Relationship of Adverse Childhood Experiences to Adult Health, Well-being, Social Function, and Health Care. In Lanius R, Vermetten E, Pain C (eds.). The Effects of Early Life Trauma on Health and Disease: the Hidden

Epidemic. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.
 7-Lebigot E. Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge. Dunod, Paris 2005.
 8-Lopez, G. Conséquences du traumatisme sexuel. Sexologos no13 Mai-Juin 2002.
 9-Lorenz K. L'agression, une histoire naturelle du mal, Paris : Flammarion, 1969.
 10-Nemeroff, C.B., & Douglas, J., Bremner, Fou, E. B., Mayberg, H.S., North, C.S., Stein, M.B. Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-Science Review Influential Publications, American Psychiatric Association, 7:254-273, 2009.
 11-Salmona M. La mémoire traumatique. In Kédia M, Sabouraud-Seguin A (eds.). L'aide-mémoire en psychotraumatologie. Paris : Dunod 2008, réédition 2013.
 12-Salmona M. Le livre noir des violences sexuelles, Paris, Dunod, 2013.



Guy Gérard Aza-Gnandji Kokou Messanh Aghémélé Soedjé

Langage symbolique du corps : difficulté thérapeutique à propos d'une sensation de brûlure dans le dos

Auteurs : Guy Gérard Aza-Gnandji¹, Kokou Messanh Aghémélé Soedjé², Bartholome Komivi Azorbly³, Joel Mawuko Gbétoghé, Grégoire Magloire Gansou, Josiane Ezin-Houngbé, René Gualbert Ahyi

Résumé :

Introduction : Certains symptômes somatiques, expression inconsciente des péripéties de la relation aux autres, motivent plusieurs demandes de soins, témoins de leurs difficultés thérapeutiques.

Observation : Monsieur H., 32 ans, d'ethnie fon, est reçu en consultation psychiatrique pour des « sensations de brûlures dans le dos » après 7 mois de suivi sans succès. Une écoute attentive permet de mettre fin à sa douloureuse aventure.

Conclusion : Le cas de monsieur H illustre la difficulté de prise en charge de certains symptômes dont la compréhension nécessite une approche à la fois linguistique, culturelle et symbolique.

Mots clés : Symptôme fonctionnel ; langage symbolique ; corps ; somatisation.

Summary :

Introduction : Some somatic symptoms are an unconscious expression of the adventures of the relation to the other and motivate several demands of cares, witnesses of their therapeutic difficulties.

Observation : Mr. H is from fon ethnic group. He is 32 years and consult at psychiatry about a burning back feeling, after 7 months of follow-up without success. An attentive listening permits to put an end to his painful adventure.

Conclusion : This case illustrate the therapeutic difficulty of some symptoms whose understanding requires at the same time a linguistic, cultural and symbolic approach.

Keywords : Fonctionnal symptom ; symbolic language ; body ; somatization.

Correspondant : SOEDJE KMA, Ancien DES de Psychiatrie à FSS-UAC (Bénin),
Psychiatre-Addictologue, Maître Assistant à FSS-UL au CHU-Campus,
01BP 4702 Lomé-Togo
E-mail : soedjem@gmail.com

1 : Psychiatre, Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (Bénin)

2 : Psychiatre, Faculté des Sciences de la Santé-Université de Lomé (Togo)

3 : Psychiatres, Faculté des Sciences de la Santé-Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Introduction

Du latin « corpus », le « corps » tel que nous l'entendons aujourd'hui est une notion extrêmement complexe à définir dans la mesure où il appartient à un univers sémantique polysémique. L'étude du corps humain concerne la physique, la biologie, la métaphysique, la spiritualité et la morale. Le corps est également présent à travers ses multiples représentations culturelles et esthétiques : danse, littérature, rites ... Les relations interpersonnelles constituent la trame de fond du fonctionnement social. Ces relations peuvent être sources de gratifications comme de frustrations. Dans le contexte noir africain, le fonctionnement social est tel que le sujet africain existe non pas en tant qu'individu mais plutôt en tant que groupe social. De ce fait, au sein du groupe, ce qui concerne le vécu personnel est parfois exprimé autrement que par la parole. Le corps individuel, ainsi privé de parole et désireux d'être écouté, peut lui-même devenir langage. DOUGALL JM 1982 et 1989 [1,2] prend le corps comme représentant des objets psychiques. Il y a complémentarité entre les processus psychiques et les processus biologiques dans la mesure où la somatisation est un « agir » qui compense les carences symboliques. Ainsi, certaines manifestations corporelles déposées comme plaintes en consultation sont l'expression des péripéties de la relation aux autres. Nous rapportons ici un cas clinique dont la prise en charge a nécessité une compréhension du symptôme dans la réalité socio-culturelle du patient.

Observation

Mr H, un informaticien de 32 ans d'ethnie *fon* (sud-bénin) et de religion catholique, est adressé en consultation psychiatrique par un médecin généraliste. Il se plaint d'une « sensation de brûlures dans le dos ». Cette sensation de brûlures, qui l'empêcherait souvent de dormir et de travailler, a commencé depuis 7 mois et s'est intensifiée progressivement. Elle a motivé plusieurs consultations médicales chez 6 médecins généralistes, un neurologue et un dermatologue. Plusieurs bilans ont été réalisés et répétés (bilan hépatique, bilan rénal, numération formule sanguine) et n'ont rien révélé d'anormal pouvant expliquer le symptôme. Le dermatologue a réalisé des tests allergéniques et un examen anatomopathologique de l'épiderme qui ont conclu à une absence d'anomalie. Le patient a bénéficié aussi de plusieurs traitements, notamment des antihistaminiques, sans succès. Le dernier médecin généraliste lui a prescrit un antidépresseur qui a soulagé la sensation de brûlures pendant environ trois jours avant de s'avérer inefficace. Mr H a déclaré n'avoir aucun antécédent pathologique somatique ou psychiatrique aussi bien sur le plan personnel que familial.

Il a une jeune sœur âgée de 30 ans dans sa fratrie utérine. Son père est décédé alors qu'il n'avait que 3 ans et sa mère a dû l'abandonner dans le même temps parce que répudiée pour avoir refusé le lévirat. Sa mère est réapparue dans sa vie il y a un an, après 28 ans d'absence totale. Il a grandi dans la maison familiale, élevé par ses oncles et tantes paternelles. Il a eu une scolarité sans échec et a vite trouvé un emploi à la fin de sa formation. Il est marié, père d'une fillette de 18

mois, et vivrait une vie conjugale sans conflit. Il aurait été très marqué par son abandon alors qu'il n'avait que 3 ans.

Sur le plan somatique, l'examen clinique ne décèle aucune anomalie. Au plan psychiatrique, l'entretien a retrouvé une anxiété en lien avec la persistance des brûlures depuis plusieurs mois. Ce tableau clinique a fait évoquer un trouble de somatisation. Un traitement associant un antidépresseur et un anxiolytique a été proposé au patient. Mais il n'a pas adhéré au traitement prétextant que ces brûlures ne semblent répondre à aucun traitement médicamenteux. Il accepte cependant de revenir en consultation parce que le médecin référent lui aurait conseillé de se montrer assez patient.

Une semaine plus tard Mr H est à nouveau en entretien. Il évoque d'emblée la première rencontre avec sa mère, vingt-huit ans après leur séparation. Celui-ci explique que les sensations de brûlure dans le dos n'ont connu aucune amélioration. Au cours de cette séance, il a été convié à aborder la problématique du dos dans son contexte socioculturel, à donner sa compréhension sur la localisation exclusive des brûlures dans son dos, à parler dans le détail de sa relation avec sa famille, à évoquer les circonstances de survenue des brûlures. Celui-ci racontera qu'il a pris, de connivence avec sa jeune sœur, la décision pour punir leur famille à l'occasion de la dote versée à la sœur par son mari. Mais, 9 mois plus tard, certains de ces oncles et tantes ont menacé de lui nuire, en lui montrant un cercueil en miniature, s'il ne ramène pas la dote à la famille conformément à leur coutume. Devant cette menace de mort, il a recouru à sa sœur afin de solliciter son aide. Mais celle-ci lui opposa une fin de non-recevoir. « *Alors on s'est disputé sérieusement et je me suis juré de ne pas lui pardonner* », dit-il avant d'ajouter : « *c'est ce jour-là, quand je suis rentré chez moi, que mon dos a commencé par picoter petit à petit* ». Il explique n'avoir jamais soupçonné un lien entre ses sensations de brûlures et son conflit avec sa sœur. A la fin de l'entretien, il a été proposé que Mr H envisage de se réconcilier avec sa sœur. Ce qu'il a fini par accepter après des protestations.

Trois semaines plus tard, Mr H se présente en consultation, accompagné par sa sœur. Ils sont entrés dans la salle de consultation la main dans la main pour symboliser et signifier l'effectivité de leur réconciliation. Celui-ci présente alors sa sœur et s'empresse de dire que « *depuis deux semaines qu'ils ont fait la paix, il n'a plus ressenti les brûlures dans son dos* ». Il a répondu présent aux rendez-vous de contrôle successifs qui lui ont été donnés respectivement à un mois et trois mois d'intervalle. « *Je n'ai plus ressenti des brûlures dans mon dos* », a-t-il expliqué à chaque fois.

Discussion

Le corps en milieu noir africain est l'objet de beaucoup d'attention. Les modalités de maternage dans nos sociétés traditionnelles réalisent un investissement massif du corps qui commence dès la naissance du jeune africain. Ainsi, dès la naissance, le corps du nouveau-né est soumis à une stimulation importante par le biais des bains rituels, des massages divers, du portage au dos. Il est pris, passé de main en



Scène de rue à Cotonou (Bénin). Photo Psy Cause, 26 novembre 2016.

main, excité, interpellé. Selon AHYI RG 1974 [3], il existe une relation de manipulation physique entre la mère et son enfant et une relation mutuelle de manipulation physique entre l'enfant et la totalité des membres de la famille. N. LE GUERINEL N [4] parle, lui, de l'accord somatique mère enfant qui procède tout d'abord d'un corps à corps continu qui se réalise par le portage et les manipulations corporelles très nombreuses dont l'enfant est l'objet et qu'il décrit comme une sorte de temps plein continu, sans rupture entre la vie intra utérine et la vie des premiers mois. Dans le contexte africain, où il est difficile pour le sujet d'accéder à l'individuation [5], ce corps ainsi stimulé servira, en cas de besoin et selon le contexte, de tableau d'affichage pour les émotions et les conflits intrapsychiques, de médiateur et de langage entre le sujet et son entourage. Pour DOLTO F 1984 [6] l'image du corps est édifée dans le rapport langagier à autrui et constitue un pont de communication interhumain. Un langage qui, pour AHYI RG 1974 [3], ne saurait être dissocié des stimuli sensoriels ni des éléments représentatifs ; un langage où la charge émotionnelle et le poids des coutumes jouent un rôle important, parce que fonction de la culture.

Le dos comme lieu où se manifeste la brûlure

Cette localisation exclusive des brûlures au niveau du dos pourrait tirer son intérêt de la valeur du « dos » dans le contexte socioculturel *fon*, ethnie de Mr H. Pour AHYI RG et al 1999 [7] l'homme naît dans un microcosme qui a ses us et coutumes. De ces derniers découlent des croyances et des pratiques qui le plus souvent véhiculent des mythes fondateurs ou des sagesses populaires. Si le dos est la face

postérieure du corps de l'homme, des épaules aux reins [8], il prend une valeur symbolique et communicative dans plusieurs langues. En milieu *fon*, il y a une forte occurrence du « dos » dans les adages, les proverbes et les sagesses populaires. Ainsi, « *tomber dans le dos* » de quelqu'un signifie qu'on est né immédiatement après lui. « *Avoir un bon dos* » traduit la position de l'ainé d'une fratrie nombreuse. Une sagesse populaire met en garde les orphelins ou toute personne sans soutien d'« *avoir de plaie dans le dos* ».

Devant une menace de mort que sa famille fait peser sur sa personne, Mr H sollicite l'aide de sa jeune sœur, *celle qui est tombée dans son dos*, et elle refuse. La mésentente est née. Les brûlures du dos sont apparues le soir du jour où les deux se sont disputés. Elles ont persisté tout le temps qu'a duré la discorde, malgré les traitements, et ont disparu totalement environ trois semaines après leur réconciliation. Selon CATHEBRAS P 2006 [9], de telles plaintes ne doivent donc pas être considérées comme une description littérale de symptômes somatiques, mais comme un moyen de faire part à l'interlocuteur des motifs psychologiques et sociaux de la détresse. Le contexte d'apparition et de disparition des sensations de brûlures chez celui-ci suggère un lien probable entre le symptôme et la discorde avec sa jeune sœur. Un lien qui peut se comprendre à travers la place du corps de l'africain dans sa relation aux autres d'une part et la valeur symbolique du dos dans la langue *fon* d'autre part. Mr H a sollicité une écoute, *celle de son dos*, qu'il n'a pas eu. Et pourtant il a *un bon dos* puisqu'il a une jeune sœur. Une sœur avec qui il avait eu une écoute, une bonne écoute pour punir la famille. Si elle refuse maintenant de l'aider, ne commence-t-il pas à avoir un mauvais dos ?

Dans plusieurs cultures, « brûler » n'est-il pas un des moyens de se débarrasser de ce qui est devenu mauvais et encombrant (déchets, cadavres)? « *Le torchon ne brûle-t-il pas* » entre deux personnes proches qui sont en désaccord? KIRMAYER LJ et YOUNG A 1998 [10], en s'intéressant aux symptômes somatiques, ont déjà remarqué qu'ils peuvent être un langage de détresse culturellement codé. Un langage qui combine des significations corporelles, émotionnelles et sociales [9]. Pour LE GUERINEL N 1980 [11], la libre disposition du sein et le corps à corps permanent de l'enfant avec la mère-nourriture et sécurité favorisent une très grande richesse de l'image corporelle dont on retrouvera la coloration particulière dans les somatisations ultérieures de l'adulte. Il explique que la peau et la bouche y apparaissent très richement investies. Le refus de sa sœur dans ce contexte de menace de mort place Mr H dans une situation d'abandon où il semble n'avoir aucun recours ; une situation d'abandon déjà vécue à l'âge de 3 ans. MARTY P 1980 [12] utilise le modèle darwinien de l'évolution des espèces pour construire sa théorie : il y aurait un patrimoine phylogénique inconscient qui déterminerait les circonstances de la fixation somatique de la maladie. Une place importante est attribuée aux régressions car elles indiquent l'état originel de chaque organisation mentale ; elles permettent ainsi l'organisation d'une méthodologie.

Et, même s'il a protesté à notre proposition de réconciliation avec sa sœur, c'est avec soulagement et fierté qu'il s'est présenté en consultation avec cette sœur la main dans la main. Comme pour dire « *mon dos est redevenu bon* ». Ces sensations de brûlures dans le dos peuvent donc être perçues comme une protestation contre son statut d'« abandonné » et un désir « *ardent* » de réconciliation avec sa sœur. CATHEBRAS P 2006 [9] explique que les langages de détresse véhiculent à la fois un sens conventionnel compris par tous, et des significations métaphoriques plus individuelles, comprises dans un récit de maladie complexe et hautement idiosyncrasique. À la suite de leur réconciliation et de l'acceptation de la sœur de l'aider à réparer le tort causé à la famille, le dos a cessé de brûler. Le corps, dans son désir d'être écouté, a été donc satisfait. Aussi, perçoit-on les brûlures ressenties par Mr H dans son dos, à travers une approche à la fois linguistique, culturelle et symbolique, comme un langage de détresse psychologique.

Conclusion

Le cas de Mr H témoigne de la psychopathologie parfois complexe de certains symptômes cliniques. Pour WALLON H et LACAN JM [13] l'image du corps est mentale, elle a un pouvoir structurant, car l'aliénation du « Moi » dans une forme virtuelle développe un Imaginaire spécifique à l'organisation du corps. L'écoute du soignant ou thérapeute doit se faire de manière avertie tenant compte des spécificités possible a fin de résoudre des énigmes que constitué certains symptômes.

Références

- [1] DOUGALL JM. Théâtre du Je. Paris : Gallimard ; 1982.
- [2] DOUGALL JM. Théâtre du Corps. Paris : Gallimard ; 1989.
- [3] AHYI RG. Le corps chez l'Africain. De la motricité à la rééducation psychomotrice. 1er Congrès International de psychomotricité. Nice ; 10-11 mai 1974.
- [4] LE GUERINEL N. Incidences culturelles sur l'image du corps en milieu africain. Revue de médecine psychosomatique, n° 2, 1972, 183-19.
- [5] TOGNIDE MC, HOUNGBE JE, TOGNON E AHYI RG. Difficultés d'accès à l'individuation du Noir africain. Psy-Cause 2005, N° 40-41 : p 60-4.
- [6] DOLTO F. L'image inconsciente du corps. Paris : Seuil ; 1984.
- [7] AHYI RG, EZIN HOUNGBE J, GANDAHO P. Croyances, pratiques socio-culturelles et déficience mentale dans l'aire adja-fon en République du Bénin. In : Mercier M, Ionescu S, Salbreux R. Approches interculturelles en déficience mentale. L'Afrique, l'Europe, le Québec. 5ème congrès de l'Association Internationale

- de Recherche scientifique en faveur des personnes Handicapées Mentales. 18-20 décembre 1996 ; Dakar. Volume 1. Presses Universitaires de Namur ; 1999, p 109-21.
- [8] Le Petit Larousse illustré. Paris : Larousse ; 1994.
- [9] CATHEBRAS P. Troubles fonctionnels et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. 2006. Issy-les-Moulineaux : Masson, 121-63.
- [10] KIRMAYER LJ, YOUNG A. Culture and somatisation : clinical, epidemiological and ethnographic perspectives. Psychosom Med 1998 ; 60 : 420-30.
- [11] LE GUERINEL N. Note sur la place du corps dans les cultures africaines. In: Journal des africanistes. 1980, tome 50 fascicule 1. p. 113-9.
- [12] MARTY P. L'ordre psychosomatique. Paris : Payot ; 1980.p.42.



Guy Gérard Aza-Gnandji¹ Kokou Messanh Agbémélé Soedjé² Grégoire Magloire Gansou³ Josiane Ezin-Houngbé⁴

L'odeur comme expression de souffrance psychique chez les fon : à propos de deux cas

Auteurs : Guy Gérard Aza-Gnandji¹, Kokou Messanh Agbémélé Soedjé², Elvyre Klikpo, Grégoire Magloire Gansou³, Josiane Ezin-Houngbé⁴,

Résumé :

Introduction : ce travail vise à présenter l'implication d'un symbolisme linguistique chez les fon dans l'expression clinique de la souffrance psychique, à travers deux cas.

Observation : Amélie et Thomas se plaignent de sentir mauvais. Devant la tristesse, les pleurs et le sentiment de culpabilité d'Amélie, et l'irritabilité, l'anhédonie et la tristesse de Thomas, une dépression est évoquée chez chacun d'eux et ils sont mis sous traitement médicamenteux. Et, une psychothérapie impliquant leur conjoint respectif a permis de les soustraire à la mauvaise odeur.

Conclusion : il y a nécessité de considérer la dimension culturelle et linguistique dans les pratiques cliniques et thérapeutiques.

Mots clés : odeur, symbolisme, souffrance psychique, dépression.

Abstract :

Introduction : this work aims to present the implication of a linguistic symbolism in the fon's ethnic group in the clinical expression of the psychic suffering, through two cases.

Observation : Amelia and Thomas complain about bad odor. Considering Amelia's sadness, tears and guilt feeling, and Thomas' fretfulness, sadness and inability to feel pleasure, a depression is evoked at each of them and they receive a medicinal treatment. And, a psychotherapy implying their respective spouse permitted to subtract them to the bad odor.

Conclusion : the clinical and therapeutic practices should grant the interest to the cultural and linguistic dimension in the access of the patients.

Keywords : odor, symbolism, psychic suffering, depression.

Correspondant : Guy-Gérard AZA-GNANDJI
psychiatre à l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (Bénin)
02 BP 944 Cotonou
E.mail : azanardy@yahoo.fr

1 : Psychiatre, Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (Bénin)
2 : Psychiatre, Faculté des Sciences de la Santé-Université de Lomé (Togo)
3 : Psychiatre, Faculté des Sciences de la Santé-Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Introduction

Certaines plaintes des patients sont sous-tendues par des processus psychopathologiques qui parfois déroutent et rendent leur prise en charge difficile. Ces plaintes consistent en des symptômes qui, mis à l'épreuve de la médecine moderne classique, en révèlent les limites et montrent la nécessité de l'intégration de la dimension socioculturelle dans l'abord thérapeutique.

L'objectif de ce travail est de présenter une implication symbolique de la relation affectivité-odeur, caractéristique socioculturelle linguistique chez les *fon*, dans l'expression clinique de la souffrance psychique, à travers deux cas.

Observations

Cas N°1

Amélie est une femme de 41 ans, d'ethnie *fon*. Institutrice, elle est mariée et mère de 3 enfants. Elle est accompagnée en consultation par son mari et sa fille aînée et se plaint de « sentir mauvais ». Elle explique qu'une puanteur émane de son corps, qu'elle la sent en permanence par les narines, que son entourage aussi la sent mais ne veut pas le lui avouer. « Ils disent que je délire. Mais je le sais à leur manière discrète de se toucher le nez et de détourner la tête lorsque je parle » dit-elle. Cette situation évolue depuis 7 mois, au retour de son mari parti en stage 18 mois plus tôt. Amélie a déjà consulté pour ce même motif en stomatologie, en otorhino-laryngologie et en gastro-entérologie où les bilans (radiographie des sinus, endoscopie digestive, scanner cérébral) réalisés de manière répétée n'ont rien révélé et les traitements proposés sont restés sans effet. Elle a par ailleurs bénéficié de plusieurs séances de prières d'exorcisme dans une église mais qui n'ont rien changé à sa situation.

Au cours de l'entretien, elle reproche sans cesse à son mari de ne pas la croire quand elle évoque sa puanteur. En tête à tête, Amélie confie, après plusieurs hésitations, avoir été infidèle à son mari pendant son absence. « J'ai commis l'adultère, j'ai déshonoré ma famille et mes enfants. Je pouvais refuser. J'ai trahi mon mari... oh ! Quelle honte ? Quelle honte ? », se culpabilise-t-elle. Elle ne signale aucun antécédent. Elle est troisième d'une fratrie de 4 enfants, a fait les études jusqu'en classe première avant d'abandonner pour rentrer dans l'enseignement. Elle a vécu avec ses parents jusqu'à son mariage. Son père est décédé il y a 15 ans et sa mère il y a 6 ans. Mariée depuis 20 ans, elle décrit une absence de conflit dans ses relations aussi bien familiale, conjugale que professionnelle. L'examen somatique semble normal. L'examen psychiatrique retrouve une tristesse avec des pleurs, un contact syntone, un sentiment de culpabilité et des hallucinations olfactives. Un état dépressif est évoqué et la patiente fut mise sous Clomipramine (75mg/jour), Halopéridol (10mg/jour) et Prazepam (10mg/jour). La sensation de mauvaise odeur a persisté après deux mois sous ce traitement.

Un accompagnement psychothérapeutique individuel et du couple a alors permis à Amélie de bénéficier d'une cérémo-

nie dénommée *afo lilè* qui est une cérémonie de réintégration de la femme adultère dans son foyer conjugal. Après cette cérémonie l'évolution a été favorable et la mauvaise odeur a disparu totalement chez Amélie au bout de trois semaines.

Cas N°2

Thomas, un homme de 48 ans, d'ethnie *fon*, est chauffeur routier. Marié et père de 4 enfants, il est venu en consultation avec sa femme et se plaint de fatigue et de « sentir mauvais ». Thomas explique que son corps dégage une odeur nauséabonde qu'il serait seul à sentir. Ces hallucinations olfactives ont commencé depuis 3 ans sur un mode intermittent. Mais, depuis 5 mois environ, cette mauvaise odeur persiste sans discontinuer. Thomas est hypertendu et diabétique de type 2 et sous traitement depuis 3 ans pour ces maladies. Il y a un an, suite à une observance irrégulière de son traitement, il avait présenté une complication grave de son diabète qui avait nécessité deux semaines de soins en unité de réanimation. Depuis lors, il serait rigoureusement observant du traitement. Il ne signale pas d'autres antécédents. Sa femme précise que cette fatigue est exclusivement sexuelle et que son mari se plaint de cette mauvaise odeur surtout lorsqu'il a une faiblesse érectile. « Depuis 4 mois, il n'y est pas parvenu une seule fois ; et ce n'est pas l'envie qui nous manque », précise-t-elle. Elle ajoute avoir constaté que son mari passe le temps à rechigner, qu'il ne s'intéresse plus à ses loisirs habituels, qu'il devient intolérant aux jeux des enfants et que, depuis trois semaines environ, il s'alcoolise systématiquement les soirs avant d'aller se coucher. Thomas expliquera par la suite qu'il a discuté de sa faiblesse sexuelle avec son cardiologue. Celui-ci lui a expliqué qu'elle est causée par ses maladies et les médicaments qu'il prend. Cette mauvaise odeur l'a déjà conduit en consultation en otorhino-laryngologie où il a bénéficié d'un traitement mais sans amélioration. L'examen somatique semble normal en dehors d'un surpoids (IMC = 28,3). L'examen psychiatrique retrouve une tristesse, une hypomimie et une rumination anxieuse : « Docteur, ma femme va patienter combien de temps ? Que diront les gens de moi ? », se plaint-il. Un état dépressif est évoqué chez Thomas et il est mis sous amitriptyline (75mg/jour), Halopéridol (10mg/jour) et Diazépam (20mg/jour). Un accompagnement psychothérapeutique est proposé à Thomas et au couple compte tenu du contexte de survenue évoqué par son épouse. L'évolution a connu une disparition progressive de la mauvaise odeur au bout d'un mois environ.

Discussion

Ces cas cliniques montrent deux patients qui ont développé une réaction dépressive face à leurs situations respectives, adultère et impuissance sexuelle, et qui mettent au-devant de leur dépression le même symptôme : sentir mauvais. Ce symptôme a été le motif de démarches de soins infructueuses aussi bien chez Amélie que chez Thomas. Cette perception sans objet à percevoir, cette mauvaise odeur persistante émanant de soi et seulement ressentie par soi, mérite qu'on aille au-delà de la plainte pour découvrir les

réalités sous-jacentes, pour en saisir le sens vrai. Car, selon L. Cherradi, la maladie est une réalité à dimensions sociales, parmi lesquelles les circonstances, le contexte organisationnel et relationnel de la maladie mais aussi ses conséquences [1].

Amélie et Thomas sont deux patients d'ethnie *fon*. Ils sont confrontés à des préoccupations en rapport avec leurs liens affectifs et se plaignent de « sentir mauvais ». Le *fon* est une ethnie qui prédomine au centre et au sud du Bénin. Cette ethnie, 39,2% de la population, détient la plus grande proportion parmi la quarantaine de groupes ethniques que compte le pays [2,3]. Chez les *fon*, les liens affectifs recouvrent une problématique d'odeur, sous-entendue bonne ou mauvaise selon que le lien est accepté ou rejeté. Le *wan*, odeur en *fongbe* qui est la langue parlée par cette ethnie, symbolise donc la base affective du lien. Ainsi, amour se dit *wan yi yi* littéralement « acceptation ou réception d'un flux continu d'odeur ». Pour dire « je t'aime », le *fon* dit *oun yi wan nou wé*, littéralement « j'accueille, je reçois ou j'accepte ton odeur ». À contrario, la haine, la mésestime, le dédain et les sentiments apparentés sont traduits par *wan gbé* littéralement « odeur rejetée ou refusée ». Ce qui sous-entend en *fongbe* une notion de puanteur, de mauvaises odeurs. Chantal Jacquet, abordant la puissance amoureuse du parfum, concluait que « nos affects déterminent donc la valeur de l'odeur » [4]. Ce symbolisme de l'odeur, utilisé pour exprimer l'affectivité dans la langue *fon*, est évoqué par Bagnères-Urbany et collaborateurs pour qui « s'il est un domaine préférentiel dans cette articulation entre l'homme et le parfum, c'est celui de l'amour ou les odeurs tissent dans le monde animal des liens entre les individus, attracteurs ou répulsifs » [5]. Et, pour Lê Thanh Khoi, « Ni l'enfant, ni l'adulte ne peuvent être dissociés du milieu culturel dans lequel ils sont nés. Or la langue constitue un élément essentiel de ce milieu. Elle n'est pas seulement un complexe de mots et de formes grammaticales, mais surtout le véhicule des concepts et des traditions du groupe social, c'est-à-dire sa culture » [6].

Thomas souffre d'une impuissance sexuelle et, pour cela, se sent dévalorisé et vit par avance la honte que cela représenterait pour lui au cas où le groupe social le saurait. R. Schenkel, évoquant le vécu de la vie sexuelle en milieu africain, signale que la perte de la fonction sexuelle est une menace pour le groupe et pour l'individu qui risque de perdre son image et sa place au sein du groupe [7]. Les hommes victimes des troubles érectiles font l'objet de stigmatisations de la part de la communauté se justifiant par les considérations purement sociales autour de la sexualité et de la virilité. La souffrance qui résulte de l'impuissance sexuelle est certes liée à la perte du plaisir sexuel mais également aux sentiments de dévalorisation et de honte [8]. Et, le sentiment de honte est, selon A. Lamessi, un symptôme essentiel de la dépression en milieu africain [9]. Pour A. Zempeni, l'origine de la maladie est l'événement ou la conjoncture historique dont l'éventuelle reconstitution rend intelligible l'irruption de la



Divinité Vasulou dans la forêt sacrée d'Ouidah (Bénin). Photo Pry Cause, février 2008.

maladie dans la vie des individus [10]. Amélie a commis l'adultère et vit une forte culpabilité et une honte à ce sujet. Comme l'impuissance sexuelle, l'adultère est une situation de stigmatisation dans le contexte socioculturel béninois. L'adultère, *afo do gbé* en *fongbe*, signifie littéralement « poser le pied dehors ou en brousse ». Cela suppose une notion de cadre et de limite qui est franchie, donc de transgression du cadre de mariage. Ce qui peut être compris comme la rupture du contrat de mariage qui, chez les *fon*, sous-entend un contrat de convenance réciproque d'odeur agréable pour le couple. Amélie, ayant rompu ce contrat par son infidélité, se vit donc comme ayant perdu la bonne odeur qu'elle avait pour son mari et son groupe social. Comme Thomas qui a perdu sa virilité, Amélie vit une perte de sa bonne odeur. Et cette perte semble avoir atteint les deux dans leur estime de soi. Surtout qu'elle porte sur leur lien affectif sentimental avec leurs conjoints respectifs et les met dans une position de cibles potentielles pour la stigmatisation sociale ; laquelle, en milieu *fon*, considère leurs situations comme impropres et pourvoyeuses de puanteur sociale. Les stigmates auront des conséquences plus ou moins importantes sur la santé physique et l'estime de soi des individus stigmatisés [11]. Or, le sujet africain est conditionné depuis son enfance à plaire au groupe. La quête effrénée de

L'approbation du groupe et d'autrui est la condition ultime de la confirmation du sujet dans son identité qui s'exprime par un fort sentiment d'estime de soi [9]. Et, pour Rosenberg, il apparaît une relation claire et stable entre une faible estime de soi et des manifestations de dépression, d'anxiété, de symptômes somatiques, une tendance à l'agression, à la vulnérabilité...[12]. Ce qui pourrait, chez les deux patients, expliquer ce vécu de souillure sociale et donc de puanteur, d'où cette sensation de mauvaise odeur. Une mauvaise odeur qu'Amélie et Thomas déposent comme plainte devant le groupe social avant même que ce dernier ne commence par la sentir. Tel est, selon R. Roussillon cité par C.R. Segla, l'enjeu de la souffrance psychique qui se déploie sous un sens caché, c'est-à-dire qu'elle cherche à dire quelque chose, mais non immédiatement intelligible [13]. Si pour Pascal Cathébras de tels symptômes doivent être compris comme un langage de détresse culturellement codé [14], R.G. Ahyi rappelle que les patients utilisent dans l'expression clinique de leurs malaises, le langage et les données culturelles de leur milieu [15]. A. Lamessi explique que pour se manifester les symptômes empruntent toujours la forme que leur propose la société. Ils sont comme des habits dont se revêt le malade pour mieux se faire remarquer, en attirant tant bien que mal l'attention sur lui, par un appel à l'aide clair [9]. En se plaignant de « sentir mauvais », Amélie et Thomas ne seraient-ils pas en train d'appeler au secours avec les moyens qu'autorisent les réalités socioculturelles de leur milieu ? C'est cette hypothèse qui a servi de fil conducteur à l'accompagnement psychothérapeutique dont a bénéficié chacun des deux patients et qui a impliqué leur conjoint respectif. Lesquels conjoints, objets de leur amour respectif, sont prioritairement ceux pour qui l'odeur est supposée ne plus être agréable, ne plus convenir.

Dans les deux cas, l'implication active du conjoint dans la prise en charge a favorisé une réassurance et une réparation de l'estime de soi. Ce qui a abouti à une disparition de la mauvaise odeur. L'acceptation des conjoints de s'impliquer dans la prise en charge est comme l'acceptation de leur part de la mauvaise odeur symbolique afin de travailler à deux à la transformer en odeur agréable. Ce qui a, sans doute, atténué la souffrance psychique d'Amélie et Thomas.

La réalisation, dans le cas d'Amélie, de la cérémonie *afô lilé*, littéralement « lavage des pieds », suppose que son mari et sa belle-famille aient fait table rase de l'événement pourvoyeur de puanteur sociale, l'adultère, et décidé de la laver symboliquement de cette souillure. Cette réintégration de la femme adultère correspond au rétablissement du lien de mariage tel que l'expliquait M. Augé, cité par L. Cherradi, pour qui dans les sociétés africaines lignagères, une maladie peut exiger un traitement social qui pourrait être le rétablissement d'une relation sociale normale par l'aveu, l'amende, le sacrifice [1].

Conclusion

Ces deux cas témoignent d'une part de la psychopathologie parfois complexe de certains symptômes qui, selon Pascal Cathébras, sont pour le malade un moyen de faire part à l'interlocuteur des motifs psychologiques et sociaux de sa détresse [14] et, d'autre part, de la nécessité d'intégrer les aspects socioculturels dans les approches cliniques et thérapeutiques.

Références

1. Leila Cherradi. Origines et causes du mal dans des sociétés non-occidentales. Les Cahiers de Prospective Jeunesse - Vol. 6 - n°2 - 2^{ème} trim. 01. p. 9-10
2. Direction des Études Démographiques. Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation au Bénin. INSAE, octobre 2003. p. 19.
3. Moritz Heldmann. Groupes ethniques au Bénin. IMPETUS Atlas du Bénin. p. 49
4. Chantal Jaquet, « la puissance amoureuse du parfum », In Parfums et amour, Philippe Brenot dir éditions Esprit du temps, 2013, p. 177-192
5. Bagnères-Urbany A.G., Banaigs B., Hossart-McKey M. Molécules et Nature réconciliées par l'écologie chimique. *Ecologie chimique, le langage de la nature*. M. Hossart-McKey et A.-G. Bagnères-Urbany (Eds.). Co-édition du Cherche-midi et du CNRS: Paris (2012) pp. 12-27
6. Lê Thanh Khoi. L'industrie de l'enseignement. Les éditions de Minuit, Paris, 1967.
7. R. Schenkel – Le vécu de la vie sexuelle chez les Africains acculturés du Sénégal. *Psychopathologie africaine*, 1971, VII, 3 : 313-388
8. Pierre Fadibo. Santé phallique et conjugalité au nord Cameroun. *Nordic Journal of African Studies* 21(2): 75-94 (2012)
9. Alain Lamessi. L'ombre des ancêtres. Les états dépressifs en Afrique noire. *Connaissances et Savoirs*. 2014 : p. 116.
10. Zempléni Andras, La «maladie» et ses «causes», In *Causes, origines et agents de la maladie chez les peuples sans écriture*, L'ethnographie, n° 96-97, 1985-2 et 3, tome LXXXI, CXXVI^{ème} année, Société d'Ethnographie de Paris, Paris, 1986
11. Enguerran Macia, Nicole Chapuis-Lucciani, Gilles Boësch. Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue. *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 25, n° 3, septembre 2007. p. 82
12. Rosenberg M. Turner R. The self-concept : social product and social force. *social psychology*. Basic Books. 1981, p. 614
13. Rogatien Comlan Sègla. Langage, culture et thérapie par le fa. De la pratique à la trajectoire clinique de la mantique du fa dans l'aire culturelle ajatado. Thèse de doctorat d'Etat. Université d'Abomey-Calavi. 2014-2015, 475 p, p.17.
14. Pascal Cathébras. Troubles somatiques et somatisation. Comment aborder les symptômes médicalement inexpliqués. Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006. P. 152.
15. René Gualbert Ahyi. Nouvelles lectures des attaques des esprits en psychopathologie africaine : le cas du Bénin. <https://psychiatriesenafrique.renegualbertahyi.wordpress.com> consulté le 28 juin 2016.



Koménan Denis Dagou

Alliances inconscientes dans la famille et souffrance psychique : le cas Jérôme

Auteur : Koménan Denis Dagou

Résumé : avec les mutations socioculturelles en Afrique noire et la multiplicité de styles de vie familiaux, il y a de plus en plus de conflits entre le sujet et la famille élargie. Ces conflits génèrent chez certains sujets une souffrance psychique. A partir d'un entretien clinique d'investigation et de quatre questionnaires, M.I.N.I, HAD, WSR et WFIRS, nous avons analysé dans ce travail la nature de cette souffrance psychique chez Jérôme. Les résultats relèvent d'une part que le tableau clinique est dominé par des états anxieux et par des symptômes dépressifs.

D'autre part, ces symptômes prennent leurs valeurs et sens dans une autonomisation impossible par rapport aux liens familiaux. Cette tentative d'individuation est en fait une rupture des alliances inconscientes aliénantes comme le pacte narcissique et le déni en commun scellées avec la famille élargie. Cela inscrit la souffrance psychique du sujet dans la logique de la psychopathologie des liens inter-subjectifs.

Mots clés : alliances inconscientes, famille, souffrance psychique, psychopathologie des liens intersubjectifs.

Summary : conflicts between one subject and the widespread family are increasing in the sub-Saharan Africa because of the sociocultural mutations and the many kind of family life styles. Those conflicts originate a psychic (or psychological) suffering to ones. Starting from a clinical investigation (or interview) and four added questionnaires (M.I.N.I, HAD, WSR, WFIRS), we analysed thru that study, Jerome's special case. Firstly, results show a clinical frame dominate by anxious states (or anxiety) and depressive symptoms. Secondly, those symptoms take value and meaning in an impossible automating (or automation) regarding the family connexions (or ties). This particular try of individuation is more a break up (or a split) with an unconscious bond, as is the narcissistic commitment and the denial sealed altogether to the widespread family. That settles one's psychic (or psychological) suffering in the psychopathology logical of one another linkage.

Keywords : Unconscious Alliances, Family, Psychic (Psychological) Suffering, Psychopathology, Intersubjective bonds.

Introduction

Aujourd'hui en Afrique noire, nous assistons à une multiplicité de styles de vie entre l'individu et les ensembles auxquels il appartient. Vu sous cet angle, nous sommes dans le champ des réflexions axées sur les processus psychiques à l'œuvre entre tout être humain et ses groupes de référence. Nous soulevons ici les difficultés relationnelles entre les aspirations personnelles des individus et les liens groupaux. De ce qui précède, nous percevons en filigrane que nous voulons comprendre les formations et les processus de la réalité psychique dans les liens intersubjectifs. Ces liens mettent en évidence le double statut l'être humain : sujet singulier et sujet du groupe (Kaës, 1993). S. Freud (1914, p 83) avait déjà relevé cela lorsqu'il écrit que : « *L'individu (...) mène une double existence : en tant qu'il est à lui-même sa propre fin, et en tant que maillon d'une chaîne à laquelle il est assujéti contre sa volonté, ou du moins sans l'intervention de celle-ci.* »

Cette pensée implique que le sujet singulier ne peut vivre et exister sans les liens tissés avec les membres des différents groupes d'appartenance en général et avec le groupe familial en particulier. Dans le cadre spécifique du groupe familial, comment celui-ci organise-t-il son économie psychique pour répondre conjointement à ses propres besoins et desirs et à ceux issus des liens intersubjectifs générés par le fait d'être membre d'une famille ?

À ce sujet dans une analyse du lien dans la perspective de la psychanalyse de groupe, Kaës (2005) soutient qu'il existe une tension qui organise toujours les liens entre le sujet et le groupe. Cette tension, précise-t-il, se manifeste entre trois éléments qui constituent ce qu'il appelle la matière psychique (la réalité psychique inconsciente) dans l'espace psychique du lien : le commun, le partagé et le différent.

« *Le « commun » est la substance psychique qui unit les membres d'un lien : un trait, un espace, un désir, un fantasme, et aussi des identifications, des espaces oniriques, des idéaux, des signifiants communs (...).* Le « partagé » correspond à la part ou à la place complémentaire de chaque sujet dans un fantasme, une alliance, un contrat, un système défensif qui désormais les lie entre eux dans un espace, une formation, un processus psychique partagé. Le « différent » prend en considération l'écart dans le lien entre les sujets au point où leur différence révèle ce qui ne peut être entre eux commun ou partagé. » Kaës (2005, p 75)

Avec le commun, il y a perte des limites individuelles avec pour conséquence la domination de l'indifférenciation dans le groupe. Le partagé montre que les membres du lien sont interdépendants et s'entraident mutuellement. La problématique de l'individualité et de l'espace privé dans le lien et partant dans le groupe est au premier plan dans le différent. Les liens de groupe s'organisent donc sur les tensions entre le commun, le partagé et le différent et non en opposition et cela à travers ce que Kaës (2005, 2009) appelle le régime des alliances. Ces alliances peuvent être conscientes ou inconscientes (R. Kaës, 1993, 1999, 2005, 2008, 2009). Ce sont

ces dernières qui nous intéressent dans notre réflexion. Les alliances inconscientes sont « *des formations psychiques communes et partagées qui se nouent à la conjonction des rapports inconscients qu'entretiennent les sujets d'un lien entre eux et avec l'ensemble auquel il sont liés en étant partie prenante et partie constituante.* » (R. Kaës, 2009, p35).

Les alliances inconscientes sont dans les groupes, des opérations psychiques nécessaires à chacun et au maintien de leurs liens (Kaës, 1993, 1999, 2008, 2009). Elles se déclinent en quatre axes dont les alliances structurantes primaires et les alliances aliénantes.

Les alliances structurantes primaires ou alliances inconscientes de base (Kaës 2008, 2009) sont le fondement de tous les liens. Elles forment et organisent la psyché de chaque sujet tenu dans les liens intersubjectifs. Le contrat narcissique (Aulagnier, 1975 ; Kaës, 1993, 2009) fait partie de ces alliances. Nous pensons que Cuynet (2005) reprend ce concept lorsqu'il définit l'image du corps familial à partir du symbolique. Au niveau symbolique, dit-il, l'image du corps familial se retrouve dans les mythes, les valeurs qui identifient chacun à une psyché d'origine commune. À partir de cette psyché princeps, va émerger la singularité de chaque sujet pour se détacher du groupe familial et devenir un adulte autonome.

Quant aux alliances inconscientes aliénantes, nous nous intéressons ici au déni en commun et au pacte narcissique. Le premier mécanisme psychique exprime en substance le maintien d'un état de non-séparation entre les sujets d'un lien en niant la réalité de l'objet du désir de l'autre. Chacun des sujets trouve son intérêt à maintenir le déni, à la condition que chacun se porte garant de ce déni (Kaës, 2009, 2010). Le second mécanisme psychique, le pacte narcissique est une assig-nation immuable univoque ou mutuelle à un emplacement de parfaite coïncidence narcissique entre le sujet et le groupe (Kaës, 1993, 1999, 2009, 2010). Le pacte narcissique ainsi définit, montre que le sujet est effacé au détriment du groupe. Il est alors prisonnier du désir de l'Autre ou de plus d'un Autre (Kaës, 2009).

Ces alliances inconscientes aliénantes sont aux fondements des travaux sur la psychopathologie des liens intersubjectifs. Celle-ci a pour objet l'étude et le traitement des dysfonctionnements des liens psychiques entre deux ou plusieurs sujets (Kaës 2005). Vu sous cet aspect, nous posons désormais le problème particulier de la dérive des formations spécifiques du lien de famille en mécanismes psychiques menaçants pour l'équilibre psychique du sujet de l'inconscient. Dans un contexte de pluralisme culturel où le sujet singulier est confronté à plusieurs modèles de vie familiaux, il nous faut alors décrire les configurations des liens familiaux (Gran-jon, 2005) susceptibles de générer des alliances inconscientes destructurantes. En fin de compte, il s'agit d'étudier comment les alliances inconscientes contractées par le sujet singulier avec la famille élargie dérivent-elles parfois en psychopathologie des liens intersubjectifs ?

L'environnement groupe familial élargi est l'objet de cette

analyse à double titre. Premièrement, les liens sont incontrournables dans les relations familiales. Deuxièmement, aujourd'hui en Afrique noire, il y a de plus en plus de conflits entre le sujet singulier et la famille élargie. Aussi, la réflexion sur les exigences psychiques requises pour que le lien et les alliances surtout inconscientes de famille se forment et se maintiennent s'impose-t-elle à nous. Dans cette logique, nous donnons une lecture du cas Jérôme avec les concepts développés par Kaës (1993, 2009) pour rendre compte des alliances qui organisent le lien familial dans le contexte actuel. C'est le principal intérêt scientifique de notre travail. Par ailleurs, au niveau de la pratique clinique, l'orientation donnée à ce travail offre des voies pour la mise en place d'un dispositif de prise en charge de certains dysfonctionnements spécifiques rapportés à la fois aux conditions du lien chez ses sujets constituants et à leurs caractéristiques individuelles (Kaës, 2005).

Méthodes

• Présentation et choix du cas

Nous nommons notre sujet Jérôme. Il a 35 ans. Il est marié et père de 2 enfants de 6 et 9 ans. Au moment de notre rencontre, en 2013, il est professeur de lycée depuis 6 ans. Il est suivi par un médecin généraliste qui nous l'adresse, en précisant qu'il pense que son client souffre « d'une anxiété chronique incluant une hypo-condrie. » Cette symptomatologie d'évolution chronique le rendrait incapable de travailler. Pour Jérôme, il est venu nous rencontrer parce qu'il vit, selon ses termes, « un choc social avec sa famille » élargie. Il n'arrive plus à faire face aux exigences financières de sa mère, de ses tantes, des oncles et autres cousins. Il n'arrive plus à « s'occuper de sa femme et de ses enfants » mais il lui est difficile de dire « non » à ses parents au sens large du terme.

• Le matériel

Nous avons utilisé l'entretien clinique d'investigation et 4 questionnaires présentés ci-dessous :

- Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I, French Version 5.0.0 DSM-IV). Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique explorant de façon standardisée, les principaux troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994.). Nous avons exploré ici l'épisode dépressif majeur (EDM) et l'anxiété généralisée.

- Hospital Anxiety and Depression scale (HAD). C'est un questionnaire auto-administré, pour dépister les états anxieux et/ou dépressifs.

- Weiss Symptom Record (WSR), University of British Columbia, Canada (2011). Cet instrument permet de faire un inventaire des symptômes psychiatriques. C'est un questionnaire auto-administré qui permet de cibler dans la perspective du DSM-IV, les types de problèmes que l'individu a déjà présentés au cours de sa vie.

- Weiss Functional Impairment Rating Scale - Self (WFIRS-S) University of British Columbia, Canada (2011). C'est un questionnaire auto-administré qui mesure les impacts fonctionnels associés aux symptômes relevés par le WSR.

Nous avons choisi, les deux premières échelles (M.I.N.I et HAD) en tenant compte de la demande du médecin de Jérôme. Le WSR nous a permis d'évaluer, en dehors de l'anxiété et de la dépression, l'existence ou non de difficultés psychopathologiques. L'échelle WFIRS-S a permis de cerner, du point de vue de Jérôme, l'impact des symptômes relevés au WSR sur les domaines évalués par cette échelle. C'est donc une façon pour nous de résumer notre entretien avec Jérôme.

• Procédure de collecte des données

Nous avons recueilli ces données dans le cadre d'une évaluation demandée par un médecin. Nous avons commencé par un entretien clinique d'investigation d'une 1 heure environ avec Jérôme. Puis nous avons administré l'échelle dans l'ordre suivant : M.I.N.I, HAD, WSR et WFIRS-S.

Résultats

• Le compte rendu d'entretien

Nous vous livrons dans les lignes qui suivent le compte rendu de l'entretien. Il a été rédigé une heure après notre rencontre à partir de nos notes. Il a été réorganisé deux semaines après pour le compte de ce travail. De l'entretien, nous retenons seulement les éléments utiles pour le présent travail. Parlant des symptômes, Jérôme relève qu'il a des crises au niveau pulmonaire qui se manifestent par une impossibilité de parler fort et de façon soutenue. Il a l'impression que sa respiration est bloquée et qu'il étouffe avec une sensation d'arrêt cardiaque puis son rythme cardiaque s'accélère : « *mon cœur se coince, et il bat fort* ». Il y a un an, il a décidé de rencontrer des médecins. Ceux-ci lui ont recommandé une série d'analyses médicales, notamment une fibroscopie, un électrocardiogramme, un télé-cœur. Les résultats mentionnent qu'il n'y a pas de problème d'ulcère ni de problème de cœur. Ces résultats négatifs l'inquiètent car il ne peut pas « *mettre un nom sur sa maladie* ».

Finalement pour oublier ses soucis, au niveau comportemental, il fume un peu plus que d'ordinaire. Aujourd'hui plus qu'hier, il s'irrite pour peu. Il a des difficultés d'endormissement. Il utilise alors l'alcool comme somnifère. Quand il réussit à dormir, il fait des cauchemars répétitifs. Dans certains, son salaire est suspendu et il est à la justice pour endettement ou alors, il a perdu son travail puis il est dans la rue à la recherche d'emploi. Dans d'autres, il assiste à son décès et les personnes à qui il a rendu service se moquent de lui. Affectivement, Jérôme dit qu'il est beaucoup inquiet, triste et constamment de mauvaise humeur. Par ailleurs, ses inquiétudes sont renforcées par la maladie de sa femme. Celle-ci souffre d'un ulcère d'estomac depuis 3 ans.

Au niveau cognitif, Jérôme mentionne qu'il y a un « *désordre dans sa tête* », c'est « *beaucoup chargé dans sa tête* ». Tout ce qu'il vit actuellement « *embrouille son esprit* ». Il a des problèmes de mémorisation. Face à ses difficultés, il relève que souvent, il a envie de se suicider mais cela est resté seulement au niveau de la pensée, il n'a jamais fait de tentative de suicide précise-t-il.

Parlant du début de sa souffrance, Jérôme dit que tout cela a commencé il y a 6 ans, quand il a rejoint son premier poste de travail, non loin (100 km environ) de son village natal. Jérôme relève que dès son arrivée, ses relations avec ses parents ont été difficiles : « *je pensais me rapprocher de mes parents, mais j'ai eu un choc social en arrivant ici* ». Il continue : « *mes parents me demandent trop, je suis beaucoup sollicité financièrement pour les maladies et les travaux champêtres* ». À cela il faudrait ajouter 4 cousins et cousines qui sont à sa charge. Aujourd'hui, il n'arrive plus à s'occuper de sa femme et de ses enfants.

Quand son téléphone portable sonne, il a peur, car il se dit que quelqu'un va lui exposer ses problèmes financiers. Il pensait pouvoir résoudre « *le problème du téléphone portable* » en changeant fréquemment de numéro. En réalité selon lui, il n'a fait que se créer d'autres problèmes. En effet quand, on ne peut pas le joindre au téléphone, ses parents se rendent directement chez lui à la maison. Souvent, pendant la trêve des travaux champêtres, « *ils viennent pour se reposer* » sans son avis. Dans tous les cas, « *il y a toujours du monde chez moi* », précise-t-il.

Jérôme se définit comme quelqu'un de très généreux. Il pense que sa générosité est à la base de son problème. En effet, il lui est difficile et pratiquement impossible de dire « non » : « *quand je dis non, je suis gêné, je suis mal à l'aise, j'ai le remord, quelque chose me gronde : ce que tu viens de faire là n'est pas bien. Quand je dis non, souvent, je rappelle la personne pour qu'on partage le dernier billet. Le non, ce n'est pas l'éducation reçue* ». Jérôme, orphelin de père depuis l'âge de 7 ans, est éduqué par sa mère, ses oncles et tantes. Avec ces derniers, la règle est qu'il ne faut pas refuser quand on te demande quelque chose. « *Quand tu refuses de partager ton repas par exemple, on te frappe et on arrache ta nourriture pour donner aux autres qui sont venus manger avec vous. On te prive de nourriture pour les autres* ».

Jérôme dit qu'il est fatigué et est impuissant face à sa souffrance. Il soutient qu'il ne pourra faire face à ses difficultés que s'il quitte son lieu de service actuel. Il doit physiquement s'éloigner de ses parents : « *il faut que je me déplace car si j'étais loin d'eux, cela ne se passerait pas* ». Pour que son vœu se réalise, il entreprend depuis des démarches administratives pour être réaffecté dans une autre ville. En attendant, pour pouvoir tenir, il s'est remis à la prière (il est chrétien).

• Les résultats aux échelles

Nous donnons ici les réponses significatives pour le présent travail :

Tableau 1 : résultats à l'échelle WSR :

WSR	INATTENTION ▶ A. de la difficulté à rester attentif à la tâche ou dans les activités plaisantes. ANXIÉTÉ ▶ Se tracasse concernant la santé, les êtres aimés, les catastrophes ; ▶ Incapable de relaxer, est nerveux ; ▶ Attaques de panique soudaines avec anxiété intense ; ▶ Peurs irrationnelles qui interfèrent avec activités. DEPRESSION ▶ Se sent sans valeur ; ▶ Est sans espoir et pessimiste envers le futur ; ▶ Sentiment de culpabilité excessif ou auto-accusation exagérée ; ▶ Tentatives de suicide. TROUBLE DU SOMMEIL ▶ Fait des cauchemars ; ▶ S'endort tard et se réveille tard. ABUS DE SUBSTANCE ▶ Tabac ; ▶ Alcool.
-----	--

Tableau 2 : résultats à l'échelle WFIRS-S :

WFIRS-S OU EVALUATION DES IMPERCUSSIONS DES SYMPTÔMES MENTIONNÉS AU WSR	
FAMILLE	▶ Caused des problèmes dans votre couple ; ▶ Caused des querelles familiales ; ▶ Empêchent la famille de s'aimer ensemble ; ▶ Nuissent à votre habileté à s'occuper de votre famille ; ▶ Caused des difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille.
APTITUDE À LA VIE QUOTIDIENNE	▶ Difficulté à gérer vos finances
CONCEPT DE SOI	▶ Mauvaise perception de vous-mêmes ; ▶ Frustré(e) face à vous-même ; ▶ Sentiment de découragement ; ▶ Insatisfait(e) de votre vie ; ▶ Impression d'être incompétent(e).

Tableau 3 : résultats aux échelles M.I.N.I et HAD

M.I.N.I ET HAD	▶ Etat anxi-dépressif
----------------	-----------------------

Discussions

Nous rappelons que nous étudions comment les alliances inconscientes contractées par Jérôme avec la famille élargie dérivent en psychopathologie des liens intersubjectifs. Pour cela nous discutons les configurations des liens familiaux qui ont générés des alliances inconscientes structurantes selon trois axes : le tableau clinique, l'investissement réciproque entre Jérôme et sa famille élargie pour les constructions des liens groupaux pathologiques et les alliances inconscientes aliénantes qui soutiennent les liens entre Jérôme et sa famille élargie.

• Le tableau clinique

La description faite par Jérôme de ses souffrances mise en relations avec les données des différentes échelles (Tableaux 1, 2, 3,) d'évaluation, nous permettent de constater chez lui des plaintes anxio-dépressives. Ces différents symptômes n'ont de sens que si nous les inscrivons dans le contexte qui les a générés.



Quartier populaire d'Abidjan

• L'investissement réciproque entre Jérôme et sa famille élargie pour les constructions des liens groupaux pathologiques

Trois faits majeurs nous interpellent ici. Premièrement, nous notons la présence constante des membres de la famille élargie chez Jérôme (« *il y a toujours du monde chez moi* », « *Les parents viennent pour se reposer chez moi sans mon avis pendant la trêve des travaux champêtres* ». Voir entretien). Deuxièmement Jérôme est beaucoup sollicité financièrement par la famille élargie (« *Mes parents me demandent trop.* » « *Je suis beaucoup sollicité financièrement soit pour des soins médicaux, soit pour les travaux champêtres.* » Voir entretien). Troisièmement, Jérôme n'arrive plus à faire faces à ses dépenses quotidiennes et à ceux de la grande famille (« *difficultés quant à trouver le juste équilibre des besoins de tous les membres de la famille.* », « *difficulté à gérer vos finances.* » Tableau 2).

Face à ses difficultés, la solution objective est que Jérôme exprime ses problèmes financiers aux membres de la famille élargie et que dans le même temps, il règle-mente les visites chez lui tout en précisant le nombre de personne (notamment les élèves qui sont à sa charge) pouvant vivre sous son toit. Mais il ne peut pas le faire car il ne peut pas dire « non ». « *Ce n'est pas l'éducation reçue* » (Voir entretien). Le « non » engendre chez Jérôme un fort sentiment de culpabilité (« *quand je dis non, je suis gêné, je suis mal à l'aise, j'ai le remord, quelque chose me gronde.* » Voir entretien) suivi parfois de réparation (« *Quand je dis non, souvent, je rappelle la personne pour qu'on partage le dernier billet.* ») Pour Jérôme, il faut s'éloigner de la source du problème pour le résoudre (« *Il faut que je me déplace car si j'étais loin d'eux, cela ne se passerait pas ainsi.* », voir entretien).

De ce qui précède nous soutenons que l'impossibilité pour Jérôme de faire face l'envahissement de sa maison par ses parents et de faire face aux besoins financiers de ceux-ci et à ceux de la famille nucléaire (sa femme, ses enfants et lui) donnent un sens à ses plaintes anxio-dépressives. Les symptômes de Jérôme prennent donc naissance dans le nœud des relations sociales conflictuelles avec ses parents et dans leurs besoins financiers difficiles voire impossibles à satisfaire.

Nous pouvons maintenant décrire les alliances inconscientes dont Jérôme est partie prenante dans les liens familiaux et qui dérivent en psychopathologie des liens intersubjectifs.

• Les alliances inconscientes aliénantes qui soutiennent les liens entre Jérôme et sa famille élargie

Dans la famille élargie de Jérôme, l'espace de vie et l'espace psychique sont caractérisés par un refoulement du « je » et une idéalisation du « nous ». Dès lors, les désirs et les besoins individuels passent au second plan et s'estompent au profit de ceux du groupe familial. En effet, le plaisir individuel, le plaisir pris seul sous-tendu par un mouvement d'individuation et de séparation est synonyme d'abandon des membres de la famille et corrélativement d'être abandonné par ceux-ci, selon la loi du talion. On pourrait avec les travaux de Aubertel (2007) énoncer l'« idéologie familiale » de Jérôme comme suit : « *Nous sommes inséparables dans notre famille et personne n'abandonne l'autre dans notre famille.* » Cette idéologie est maintenue par une sorte « de censure familiale » (Aubertel, *op cit.*) qui sélectionne les valeurs et les interdits familiaux à mettre à la disposition des psychismes individuels : « *on ne se sépare pas dans notre famille et on partage tout* ». Dès lors, toute tentative de séparation et d'individuation est une menace pour l'homéostasie familiale. En fait,

ici la censure qui matérialise le discours idéologique familial est un déni pour lutter contre les angoisses de séparation et d'abandon. Ce sont ces angoisses qui ne sont pas gérables pour Jérôme et sa famille.

Vu sous cet aspect, la souffrance psychique de Jérôme s'inscrit de façon générale dans la psychopathologie des liens intersubjectifs et de façon particulière dans la souffrance familiale selon la terminologie de Aubertel citée par Granjon (2005, p 154) : « Il s'agit (...) d'une angoisse liée à la dissolution du lien d'appartenance familial et au sentiment de perte d'identité. Ce sont les liens et plus particulièrement les alliances inconscientes constitutives des liens qui sont détruits, laissant chacun et le groupe aux prises avec ce qu'il ne peut gérer par lui-même. »

Dans notre travail nous avons remarqué que Jérôme, prisonnier du désir des parents, ne peut amorcer le processus d'individuation et de séparation. Nous rejoignons ici le pacte narcissique. Par ailleurs, Jérôme et ses parents sont dans une dynamique psychique où la réalité de leurs désirs respectifs est niée pour construire une réalité où ils ont le même désir. Nous sommes dans la logique du déni en commun. Nous remarquons que ces deux types d'alliance inconsciente (contrat narcissique et déni en commun) pour faire tenir le lien familial dénie tout processus d'autonomisation individuelle et exacerbent un mode de fonctionnement isomorphique (Kaës, 1993) du groupe familial. Au niveau de la matière psychique du lien sont donc privilégiés ici le commun et le partagé au détriment du différent. Or la bonne santé psychologique du sujet de l'inconscient au sein de la famille est la recherche permanente d'un équilibre entre la matière psychique du lien : le commun, le partagé et le différent.

Conclusion

De cette analyse de la matière psychique du lien et les alliances inconscientes dans la famille, nous pouvons maintenant faire l'hypothèse que l'économie psychique de Jérôme et celle de sa famille élargie sont organisées de façon pathologique à partir des alliances inconscientes aliénantes comme le pacte narcissique et le déni en commun. Ces deux types d'alliance procèdent des idéologies et censures familiales. Celles-ci sont construites en intégrant totalement le commun, le partagé, deux éléments de la matière psychique du lien et en rejetant le différent, le troisième élément.

Par ailleurs, nous ne savons pas ce qui adviendra de l'équilibre psychique du sujet dans son rapport à la famille élargie pour des alliances (dont la dénomination est à déterminer) construites d'un côté à partir du commun et du différent et de l'autre à partir du partagé et du différent. Nous ignorons également ce qui adviendra de cet équilibre psychique si dans le processus de séparation et d'individuation par rapport à la famille élargie, il y a chez le sujet de l'inconscient un repli narcissique qui privilégie uniquement le différent l'un des éléments constitutifs de la matière psychique du lien. Il revient à la clinique de répondre.



Vue du centre d'Abidjan

Bibliographie

- Aubertel, F. (2007). Censure, idéologie, transmission et liens familiaux. Dans J.-G. Lemaire, *L'inconscient dans la famille* (pp. 135-188). Paris, Dunod.
- Aulagnier, (1975). *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*. Paris : Puf, 4ème édition, 1991.
- Cuyner, P. (2005). L'image inconsciente du corps familial. *Le Divan familial*, 2(15), pp. 43-58.
- Freud, S. (1914). Pour introduire le narcissisme. Dans S. Freud, *La vie sexuelle*. Traduit de l'allemand par Denise Berger, Jean Laplanche et collaborateurs, 1969 (pp. 81-105). Paris : Puf 1995 10ème éd.
- Granjon, E. (2005). Les configurations du lien familial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2 (15), pp. 151-158.
- Joubert, C. (2004). Psychanalyse du lien groupal. *Le Divan Familial*, 1(12), pp. 161-176.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet de groupe. Éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris : Dunod.

- Kaës, R. (1999). *Les théories psychanalytiques du groupe*. Paris : Puf, Que sais-je numéro 3458, 2ème édition 2002.
- Kaës, R. (2005). Pour inscrire la question du lien dans la psychanalyse. *Le Divan familial*, 2(15), pp. 73-94.
- Kaës, R. (2005). Souffrance et psychopathologie des liens institués. Une introduction. Dans R. Kaës, J. P. Pinel, O. Kernberg, O. Correale, E. Diet & B. Duer, *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels* (pp. 147). Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2008). Les alliances inconscientes et interdits de penser. *Rhizome. Bulletin national santé mentale et précarité* (3), pp. 8-9.
- Kaës, R. (2009). *Les alliances inconscientes*. Paris : Dunod.
- Kaës, R. (2010). *Dénis collectif et mémoire et travail de l'intersubjectivité*. Consulté le 11 juin, 2013, sur www.garriguesetentiers.org/article-denys-collectif-et-memoire-4331139.



Hortense Aka Dago-Akribi

Rôle du père dans l'observance du traitement antirétroviral chez le jeune enfant vivant avec le VIH

Auteur : Hortense Aka Dago-Akribi

Résumé : cette étude qualitative porte sur la place du père dans la prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans, infecté par le VIH. L'observance du TARV chez l'enfant a un impact positif sur son espérance de vie. Si la théorie de l'attachement met un accent fort sur la relation à la mère, des entretiens cliniques avec 09 pères et l'étude de dossiers médicaux des enfants mettent en évidence l'importance du père dans son rôle de tiers séparateur mais aussi de pourvoyeur affectif de l'enfant. Cependant, il doit trouver sa place dans une relation mère/enfant ténue. Les obstacles viennent de la perception du rôle du père, la représentation de l'enfant jeune et de sa pathologie, le manque de sollicitation de l'équipe soignante et la qualité de la relation du couple conjugal et parental. Ces freins permettent de noter l'importance du soutien psychologique à la fonction paternelle.

Mots clés : père, enfant VIH, attachement, TARV, observance, soutien psychologique.

Abstract : this qualitative study aims the father's position involved in the care of HIV infected child under 5. ART observance among children, appears to have a very good impact onto their lifespan. If the Theory of Attachment puts a strong emphasis on the relationship with the mother, clinical interviews with 9 fathers correlate to the children's Medical Reports reveal the great importance of the father's role as a third separator. But it also pinpoints his role as an emotional carrier to the child. However, he still has to find his real position between the mother and child strong relationship. Difficulties come from many factors: how the father is perceived, how is represented the young child and his disease, how the father is required by all the caregivers, and how the parenthood couple is going. These obstacles can underline the right importance of the Psychological support to the father's function.

Keywords : father, HIV child, ART, compliance, psychological support.

I- Problématique

La littérature a longtemps considéré la mère comme jouant un rôle déterminant, sinon exclusif, dans le développement de l'enfant. La théorie de l'attachement, fortement basée sur cette assertion, l'atteste (Bowlby, 1999). Fondée sur les lois de la biologie, la fonction de la mère prend racine au cœur même de la symbiose physiologique et le père est un dût, dès lors que l'enfant naît avec un acquis : sa mère (Naouri, 1985). Aujourd'hui, le rôle du père est mieux reconnu dans le développement de l'enfant et l'emploi du vocable «relation parents- enfants» se substitue de plus en plus à celui de «relation mère-enfant». La notion de paternage souligne que l'étude du père devrait s'ouvrir à son influence précoce sur le développement intellectuel et psychoaffectif du jeune enfant car il ne vit pas les mêmes expériences avec son père et avec sa mère. (This, 1980 ; Chiland, 1982 ; Papalia et Olds, 1983 ; Lebovici, 1983 ; Lamb, 2004). L'attachement père-bébé constitue sans doute le fondement des processus ultérieurs d'identification (Houde, 1987). En effet, des études cliniques montrent que l'absence d'implication précoce du père à l'égard du nourrisson et la carence d'investissement affectif paternel (paternage) dans les soins et les jeux, c'est-à-dire la fonction paternelle primaire, engendrent d'incontestables perturbations sur l'enfant qui est plus dépendant sur le plan émotionnel, plus anxieux lors des séparations, et plus perturbé dans son développement (Yogman, 1985). La fonction initiale du père recouvre deux composantes psychologiques principales : stimuler et protéger. Possédant son propre style relationnel, différent de celui de la mère, un père engagé contribue à l'émergence des compétences de l'enfant, améliore sa capacité à faire face au risque et renforce le pouvoir protecteur de son environnement.

Chez l'enfant né avec une maladie chronique, ce besoin naturel se spécifie. La maladie qui touche son être en plein développement a une dimension temporelle car elle va durer, l'accompagner dans toutes les phases de son développement psychique et physique et parfois évoluer avec le temps (Ferrari, Epelbaum, 1999). Des études montrent que dans ces cas, le stress parental est plus élevé chez la mère qui est la principale pourvoyeuse de soins (Lacharité et al, 1992).

En Afrique sub saharienne, chez l'enfant Vivant avec le VIH (VVIH), ce constat est prégnant en raison du mode de transmission majoritairement verticale, de la mère à l'enfant, qui est l'une des causes majeures de décès chez l'enfant de moins de cinq ans (OMS, 2011). De plus la pandémie et son corollaire d'effets liés à sa représentation, au secret, à la culpabilité, au deuil, entre autres, ont un impact négatif sur toute dimension relationnelle.

Le regard porté sur le petit enfant de cet âge à l'hôpital et plus particulièrement au CEPREF-enfant, service de pédiatrie de l'enfant VVIH, donne à voir la prépondérance de la présence maternelle : c'est la mère qui l'accompagne, le porte et est l'interlocutrice principale du soignant. Dans le contexte du VIH, la connaissance de la sérologie de l'enfant est souvent recouverte par le secret car elle est informative de celle de la mère. Naturellement celle-ci a tendance à se refermer sur l'enfant et à vivre une véritable dyade fusionnelle mère/enfant ; la communication au

sein du couple devient difficile et va impacter le développement de l'enfant. Ainsi, face à la maladie, la mère charge émotionnellement son enfant. Les liens qui se tissent entre les deux par le jeu des identifications, sont tels que l'enfant peut devenir le dépositaire et le réparateur de l'anxiété et de la dépression de la mère mais il ne peut y arriver seul (Winnicott, 1989). Le suivi pédiatrique de l'enfant VVIH montre que beaucoup se joue dans la prime enfance et avant l'âge de 5 ans. Au calendrier habituel des consultations prénatales et postnatales, vont s'ajouter les contraintes de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Ces ajustements en matière de mode d'alimentation et de traitement de l'enfant entraînent souvent chez la mère une souffrance en raison de la nouvelle adaptation basée sur l'opposition aux normes culturelles et sociales (Desclaux, 2000). D'un point de vue médical, l'accès au traitement antirétroviral (TARV) permet d'accroître l'espérance de vie chez l'enfant par l'atteinte d'un niveau immunitaire sécuritaire. Pour être efficace, il nécessite une qualité de l'observance : le traitement doit être pris scrupuleusement, conformément aux prescriptions médicales (Tourette et Rébillon, 2002, OMS, 2011). Chez l'enfant et plus particulièrement lorsqu'il est âgé de 0 à 5 ans, la prise en charge est totalement dépendante des parents et l'observance ne peut être assumée que par eux. Les facteurs qui les touchent se répercuteront inévitablement sur lui.

Le suivi de l'enfant VVIH ne peut donc occulter l'incontournable attachement, relation de base constructive avec les parents qui favorise l'expression des fonctions paternelle et maternelle (Brazelton & Cramer, 1991). Tout bouleversement relationnel est donc plus intensément vécu et risque d'avantage de déséquilibrer un édifice en pleine construction dont les bases n'ont pas été consolidées. L'observance suppose la discipline et l'autorité. Ce sont des éléments essentiels pour le développement de l'être humain et le père semble être, en effet, la personne la mieux placée pour représenter l'autorité (Porot, 1973 ; Naouri, 1985). Mais, le père trouve-t-il sa place dans le cadre de la prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans infecté par le VIH, suivi pour cette maladie chronique ? Que disent les mères ? Quel est le vécu des pères rencontrés par rapport à cette problématique ?

De façon spécifique, il s'agira :

- De montrer l'importance de l'implication du père dans le suivi de l'enfant sous TARV au CEPREF-enfant à partir de l'observance et du suivi à la structure de soins.
- D'identifier les obstacles à l'implication du père dans le suivi de l'enfant sous TARV au CEPREF-enfant et les moyens pour le soutenir.

II- Méthodologie

Population d'étude et cadre : notre population d'étude est constituée de 09 couples de parents, dont 4 sont sérodifférents, avec un enfant infecté âgé de moins de 5 ans sous TARV, suivi au CEPREF-enfant. Tous les pères rencontrés sont informés du statut sérologique positif au VIH de l'enfant et de la mère.

Méthodes : il s'agit d'une étude qualitative sur la base d'entretiens cliniques et semi directifs avec les parents séparément. La recherche documentaire à travers les dossiers médicaux donne

des informations préalables sur : l'enfant, son suivi médical, la présence du père aux différents rendez-vous. La procédure d'approche est basée au préalable sur le consentement parental. L'entretien individuel avec les mères permet de souligner leur appréciation de l'implication des pères pour le suivi de l'enfant. Par la suite, l'essentiel de l'approche s'est centré sur le recueil des informations avec chaque père autour de : la perception de son rôle auprès de l'enfant, sa participation à la prise en charge de l'enfant, l'observance. La technique de l'analyse de contenu a servi pour le dépouillement des données qualitatives.

III- Résultats

1- Résultats issus des entretiens avec les mères

Au cours des entretiens avec les mères, 4 donnent des indications de l'implication du père : « il participe au traitement et est d'une aide précieuse » ; « il l'accompagne à la consultation » ; « il pose des questions sur la prise en charge et trouve du temps pour l'enfant ». Les 5 autres mères décrivent : « Le père trop occupé par son travail » ; « ... peu préoccupé par la prise en charge de l'enfant car il n'a pas le temps de venir » ; « ... qui ne donne pas les moyens pour la nourriture et le déplacement ». Dans ce second groupe de mères, certaines précisent : « c'est mon rôle en tant que mère de prendre soin de mon enfant. Même quand on demande à l'hôpital de faire venir le papa, je préfère m'occuper de tout et je ne lui en parle pas » ; « Ce n'est pas à son père de le faire. Mon enfant et moi nous avons la même maladie » ; « S'il pourvoit en nous donnant l'argent pour la consultation et les frais médicaux c'est suffisant ! »

Toutes les mères insistent sur le caractère du TARV : « le traitement est important pour que l'enfant n'attrape pas de maladies opportunistes » ; « c'est ce qui lui donne la santé » ; « sans traitement, il maigrit ».

Les entretiens avec les mères font ressortir deux catégories de pères :

- les pères *impliqués* sont ceux qui s'intéressent et s'occupent du suivi et de la prise en charge de leur enfant, qui l'accompagnent aux rendez-vous à la consultation et participent à l'administration du TARV,
- les pères *non impliqués* sont ceux qui malgré la connaissance du statut de l'enfant, ne l'accompagnent pas aux rendez-vous et ne participent pas à l'administration du TARV.

Tableau 1 : Caractéristiques des pères

Caractéristiques Type de pères	Nombre	Statut VIH		Situation matrimoniale	
		VIH-	VIH+	En couple	Séparé
Père impliqué	4	4	0	4	0
Père non impliqué	5	1	4	4	1
Total	9	5	4	8	1

Le tableau 1, met en évidence deux groupes de pères selon les mères : 4 sur 9 sont dits « impliqués » et 5 sont dits « non impliqués ».

Concernant le statut sérologique, les pères dits « impliqués » sont tous séronégatifs alors que chez les « non impliqués », 4 sont séropositifs.

L'étude de la situation du couple montre que 8 pères sur 9 vivent en couple avec la mère de l'enfant. Le seul père séparé d'avec la mère est séropositif et dit « non impliqué ».

Les mères étant toutes séropositives, les couples sont ainsi repartis : 4 couples sérodifférents, 5 couples séropositifs dont 1 couple séparé.

2- Données issues des dossiers médicaux

Les informations issues des dossiers médicaux permettent d'obtenir des données qualitatives sur la présence du père et l'observance de l'enfant. Les indicateurs portent sur : le respect des rendez-vous de renouvellement du traitement, de prélèvement pour le bilan et surtout les résultats des bilans (charge virale et taux de CD4).

Concernant les pères dits *impliqués*, l'analyse des dossiers montre leur présence effective à la consultation (3/4). L'observance de leurs enfants peut être jugée bonne, mais, elle n'est pas linéaire avec parfois quelques rendez-vous en retard et des périodes d'observance.

Pour ce qui est des pères dits *non impliqués*, l'analyse met en exergue des problèmes plus importants d'observance chez l'enfant. Les parents ici sont très souvent convoqués pour une consultation d'observance (4/5), soit après plusieurs rendez-vous manqués, soit à la suite de résultats de bilan non satisfaisant (taux de CD4 en chute et charge virale élevée). Ce sont les mères qui répondent au RDV (5/5). On note aussi que les enfants ne viennent pas à la consultation régulièrement et 3/5 ont même été déclarés « perdus de vue ». Malgré les consultations effectuées en vue de sensibiliser les parents sur l'observance, les problèmes persistent jusqu'à créer parfois des résistances médicamenteuses qui vont entraîner un passage du TARV en deuxième ligne (2/5).

3- Résultats issus des entretiens avec les pères

Au cours des entretiens individuels avec les pères, tous affirment s'impliquer dans la prise en charge de leur enfant séropositif et ce contrairement aux dires des mères. Les extraits suivants en sont l'expression : « je dois soutenir l'enfant en lui administrant son traitement jusqu'à ce qu'il soit autonome » ; « mon rôle est d'encadrer ma femme... de vérifier et être présent auprès de l'enfant quand elle est absente » ; « je dois voir si le traitement est bien suivi, vérifier par appel téléphonique lorsque je suis absent de la maison, qu'ils n'ont pas oublié le traitement ». Les pères dits *impliqués* soulignent qu'il est de leur devoir de père d'assurer les soins de leur enfant et de soutenir la mère en garantissant une bonne alimentation et en administrant le TARV.

En raison de l'orientation de cette recherche qualitative l'intérêt a porté sur l'expression des pères autour du TARV de l'enfant, de l'identification des obstacles et des moyens pour y remédier.

3-1 Concernant le TARV

Le TARV est perçu à travers la représentation de la pathologie de l'enfant, la sollicitation et la sensibilisation de la part du person-

nel soignant, l'administration à l'enfant, les avantages du TARV, la notion de contrainte, le rôle du père dans le suivi de l'enfant, l'impact que pourrait avoir le père sur la qualité de l'observance.

Tableau 2 : Nomination de la maladie

Type de père Nomination de la maladie	Père impliqué	Père non impliqué	Total
VIH	4	1	5
Séropositif	0	2	2
Sida	0	2	2

Le tableau 2 montre que pour nommer la pathologie de l'enfant, 5 pères sur 9 dont 4 *dits impliqués* parlent de « VIH ». Parmi les pères *dits non impliqués*, deux parlent de « séropositivité » et deux la désignent par le terme « sida ».

Tableau 3 : Caractéristiques du TARV selon les pères

Type de pères Caractéristiques du TARV selon les pères	Père impliqué	Père non impliqué	Total
Avantage du TARV pour la santé de l'enfant	Oui Non	4 1	8 1
Participation du père à la mise sous ARV	Oui Non	4 1	8 1
Sollicitation par les soignants pour les autres soins de l'enfant	Oui Non	4 3	6 3
Sensibilisation & information sur la maladie et le TARV	Oui Non	3 0	8 1
Importance du rôle du père sur le TARV	Oui Non	3 1	7 2
Administration du TARV à l'enfant	Oui Non	4 2	7 2
Pratique du TARV	Oui Non	4 4	5 4
TARV perçu comme une contrainte	Oui Non	2 3	4 5
Impact positif sur l'observance	Oui Non	3 3	5 4

Le tableau 3 nous donne les caractéristiques du TARV selon les pères interrogés. Ainsi :

- à l'exception d'un (1) père *dit non impliqué*, les 8 autres estiment que le traitement ARV présente des avantages : 7 pères dont 4 *dits non impliqués* notent entre autres : « l'amélioration de la santé de l'enfant » ; « son épanouissement » ; 1 père *dit impliqué* souligne que le traitement est une « source d'espoir pour l'enfant ». Le père *dit non impliqué* est séparé de la mère et insiste sur les « effets secondaires du traitement qui peuvent entraîner une insuffisance rénale et d'autres maladies ».

Les 8 pères mettent également en avant le fait d'avoir participé à la décision de mise sous TARV après avoir été sollicités par le personnel soignant. Celui qui est séparé de la mère dit ne pas avoir participé car n'ayant pas été sollicité.

Cependant, en dehors du TARV, 4 pères *dits impliqués* et 2 pères *non impliqués* affirment avoir été également sollicités par le personnel soignant au sujet de leur enfant. 8 pères dont 5 non impliqués estiment avoir bénéficié d'une bonne sensibilisation en termes d'informations et de connaissances sur la maladie et le TARV pour le suivi de l'enfant.

- La conception de leur rôle de père dans le suivi de l'enfant, est importante pour 7 pères sur 9. Le tableau révèle que trois (3) pères *dits impliqués* l'orientent vers le « soutien direct à la mère et à l'enfant ». 5 dont 4 pères *non impliqués* mettent en lien leur rôle avec le « contrôle de la prise en charge ». Pour un seul père *dit non impliqué* il s'agit de « relayer la mère lorsqu'elle s'absente ».

- Au sujet de l'administration au TARV de l'enfant, 7 pères dont 3 *dits non impliqués*, déclarent y participer. Parmi les autres *non impliqués*, 1 y participe rarement et un autre jamais. Dans la pratique, seulement cinq (5) pères dont les 4 *dits impliqués*, participent effectivement et régulièrement à l'administration du TARV à l'enfant.

- 4 pères dont 2 *non impliqués* perçoivent le TARV comme une contrainte.

- Au sujet de l'impact que pourraient avoir les pères sur la qualité de l'observance, 5 pères sur les 9 dont 3 *dits impliqués* évoquent l'effet positif. Par exemple ces termes l'illustrent : « la pratique de l'administration par le père et le fait d'accompagner l'enfant à l'hôpital ont une influence positive directe sur l'observance de l'enfant » ; pour 1 autre père *dit impliqué*, cela joue d'abord sur « le bien-être de la mère qui se sent soutenue ». Pour les 2 pères *dits non impliqués*, l'impact positif passe par l'action de la mère. Par exemple : « c'est à la mère de donner le traitement car l'enfant est trop jeune... L'observance et la présence à l'hôpital ne sont pas obligatoirement nécessaires ».

3-2 Les obstacles et les moyens pour soutenir les pères

Au cours des entretiens, les pères soulignent les facteurs empêchant leur implication et les moyens pour y remédier.

- A propos des obstacles à l'administration effective et régulière du traitement : les 4 pères *dits impliqués* évoquent « les activités professionnelles », « l'insuffisance de temps » ou « le manque de moyens financiers » ; concernant les pères *dits non impliqués*, 3 sur les 5 soulignent « l'absence physique en raison des occupations », « leur état de santé qui empêche l'implication véritable dans le traitement de l'enfant », « l'absence de sollicitation de la part de la mère » ; enfin les 2 autres pères *non impliqués* n'identifient aucun obstacle et estiment que « c'est à la maman de prendre soin de l'enfant ».

- Concernant les moyens nécessaires pour une implication efficiente des pères auprès de l'enfant séropositif, les 4 pères *dits impliqués* mettent en avant le fait que même si c'est leur « devoir pour l'enfant » il est indispensable d'avoir « la volonté » et « d'être disponible ».

Parmi les 5 pères *non impliqués*, 3 soutiennent la nécessité d'une « meilleure sensibilisation et informations par les médias commu-



Traitement ARV (TARV) donné par un père à son enfant de 2 ans et demi.
Photo de l'auteur.

nauséabondes » et « une communication plus centrée entre parents et soignants pour parler de la maladie et du traitement de notre enfant ». Le père séparé de la mère souligne « l'importance de l'unité familiale » et un autre précise qu'il « n'existe aucun moyen ».

IV- Discussion

1 De l'importance de l'implication des pères dans le suivi de l'enfant

1-1 Différence de représentation de l'implication des pères

Dans la prise en charge de l'enfant VVIH, la représentation de l'implication des pères revêt des réalités différentes pour les parents. Les mères interrogées se focalisent plus sur des stéréotypes évoquant le fait que le père s'intéresse et s'occupe du suivi et de la prise en charge de leur enfant, qu'il l'accompagne aux rendez-vous à la consultation et participe effectivement à l'administration du TARV. Par contre, tous les pères rencontrés disent s'impliquer dans le suivi de l'enfant. Si les attitudes décrites par les mères sont reconnues par les pères *dits impliqués*, les autres mettent aussi en avant le fait de soutenir la mère pour la qualité de la prise en charge de l'enfant à différents niveaux. Ainsi, il se positionne comme soutien à la mère pour l'encadrer mais aussi comme vérificateur et relai auprès de l'enfant en cas de son absence.

D'un point de vue classique et traditionnel, la fonction reconnue au père vis à vis de l'enfant est celle d'être d'abord le soutien de la mère avant d'avoir sa place directe auprès de l'enfant ; il joue le rôle de tiers séparateur de la dyade mère/enfant et fait office de loi. En effet le concept d'attachement qui décrit l'établissement des liens affectifs particuliers du jeune enfant avec le principal fournisseur de soins (souvent la mère) qui lui procure un sentiment de sécurité a longtemps occulté la relation primaire avec le père (Bowlby, 2002).

Certaines mères précisent qu'elles agissent selon la fonction maternelle en répondant aux besoins de base de l'enfant. De fait, elles n'ont pas toujours une attitude qui favorise l'implication

des pères car elles ne relaient pas les informations données par les équipes soignantes. De plus, la clinique met en évidence le vécu de culpabilité maternelle pour ne pas avoir protégé l'enfant de la maladie en raison du mode de transmission du virus de la mère à l'enfant. Cela entraîne un repli sur l'enfant en terme d'identification en vue de le protéger et/ou de ne pas être rejetée. Certaines mères captent l'enfant lui interdisant tout accès au père qui s'en trouve disqualifié. Cette approche dominante empêche l'implication plus rapprochée du père auprès de l'enfant très jeune.

De leur côté, les pères expriment ce qu'il en est de leur fonction qui renvoie très certainement à l'introjection des valeurs en lien avec leur propre relation à leur père mais aussi à la place laissée par la mère. Le désir de devenir père procède de ce désir d'imiter la procréativité féminine. La clinique permet d'analyser l'évitement présenté par les pères quand à leur retrait des soins des enfants très jeunes, comme exprimant l'angoisse permanente de retomber dans la féminité primaire. Or, un homme ne peut pleinement assumer la paternité que s'il tolère et intègre sa féminité. En effet, les dispositions de paternage feraient nécessairement ressortir sa propension féminine. Il accepte de devenir père à condition que ce rôle soit épuré de toute assimilation au maternage (Brazelton & Cramer, 1991). Dans notre contexte, le père ne peut construire son identité de père d'enfant malade que sur la base de la représentation de l'enfant vivant avec le VIH, de l'investissement du TARV, et de la qualité de la relation conjugale.

1-2 Représentation de l'enfant VVIH et de la maladie

La représentation de l'enfant VVIH permet de souligner la qualité de l'investissement du père. L'analyse clinique révèle que chez les pères *dits « non impliqués »*, le terme « sida » est utilisé pour désigner la maladie. Or, avoir le sida c'est être dans la phase aigüe de l'infection à VIH ponctuée de « maladies opportunistes ». L'usage de ce terme, renvoie pour ces pères au fait qu'il n'y a plus d'espoir pour un enfant atteint de l'infection à VIH : on note une forte identification à la mort. L'investissement affectif baisse car il n'y a pas de projection possible de l'enfant dans l'avenir. D'autres pères évoquent « la séropositivité » pour leur enfant et sont plus optimistes. Pour eux, l'enfant à certes un virus dans le sang, mais avec la prise en charge, ce dernier est capable de vivre comme les autres enfants (Aka Dago-Akribi, 2007).

Cette représentation de la pathologie renvoie à la réalité de la pandémie dans notre contexte où elle est particulièrement meurtrière chez les enfants touchés (Msellati, 2007). Elle renvoie également au traumatisme vécu par les parents d'enfants malades, à la culpabilité et à la difficulté de faire le deuil de l'enfant idéal, l'enfant sain. La maladie de l'enfant et ce qu'elle implique en termes de traitement, de prise en charge, réactivent les positions infantiles des parents en les empêchant, parfois, de tenir de façon adéquate leur place et leur fonction parentales. L'angoisse parentale sous jacente conduit à la dépression. S'il est habituel de souligner la dépression maternelle, on oublie plus souvent que les dépressions paternelles existent aussi. Cet enfant qui n'est pas de bonne qualité réactive chez le père son sentiment d'impuissance quant au rôle de toute puissance qui lui est natu-

rellement dévolu et vient mettre à mal de façon inconsciente, tout moyen nécessaire à l'investissement affectif qui conduit à la vie (Witvrouw, 2003, Pauwels, 2006 ; Josse, 2011). La représentation de l'enfant conditionne pour beaucoup l'observance du TARV qui permet de transformer le pronostic de l'infection VIH en une infection chronique.

1-3 De l'observance à l'adhésion thérapeutique : l'investissement du père

Chez l'enfant, l'observance est un défi car il existe une corrélation de facteurs relatifs à l'enfant lui-même, la personne qui en est la référente et le traitement. Au niveau de l'évaluation de l'observance, l'analyse des dossiers médicaux indique que les enfants, de pères dits « impliqués » ont une bonne observance. Cependant, elle relève quelques rendez-vous manqués, mais qui sont rattrapés avant même d'apparaître sur les requêtes. À la lumière de la théorie de l'observance, cela peut s'expliquer par le caractère fluctuant de l'observance qui désigne qu'elle est un phénomène multifactoriel et évolutif dans le temps (Tourette-Turgis, 2002). Les mères des enfants infectés elles-mêmes étant souvent infectées, peuvent avoir une santé psychologique et physique fragile, qui empêche la prise en charge optimale de l'enfant. Une autre personne peut être sollicitée pour s'en occuper mais le secret autour de l'infection est souvent un grand frein. L'information au père et la nécessité de son implication, sont encore une fois nécessaires (OMS, 2011). La réussite du traitement exige l'engagement et l'implication d'une personne de référence et les résultats observés dans l'étude suggèrent de ce fait que l'implication du père favorise une bonne observance.

Dans les faits, la majorité des pères témoigne des effets bénéfiques et de l'espoir apporté par le TARV. Ils soulignent le changement perçu en terme d'amélioration de la santé de l'enfant. Cependant si le traitement présente de nombreux avantages, il constitue pour certains pères une contrainte, à laquelle ils doivent se soumettre pour la santé de l'enfant. Pour les autres, l'espérance en la santé de l'enfant enlève au TARV le caractère contraignant.

Les pères dits *impliqués*, insistent sur l'influence positive sur la qualité de l'observance chez l'enfant quand ils administrent eux-mêmes, de façon rigoureuse, le TARV. Ils seraient donc disposés à suivre le traitement de l'enfant pour qu'il ait une meilleure santé. Les résultats obtenus sont en faveur de cette pratique par le père. Le rôle d'autorité, de loi, de limite et de protection du père face à la qualité de l'observance est un gage de la vie de l'enfant. Il doit pouvoir faire preuve d'adhésion thérapeutique en collaborant à la proposition thérapeutique du médecin. Accepter la maladie de l'enfant et comprendre l'intérêt des traitements proposés sont indispensables (Lamoureux et al, 2005).

Les pères dits *non impliqués* n'interviennent pas et évoquent plusieurs raisons : la conception de la mère comme étant meilleure pourvoyeuse de soins à l'enfant très jeune, le manque de sollicitation des personnels soignants dans la prise en charge. Cependant l'analyse qualitative de l'observance chez ces enfants révèle de grandes difficultés. L'écoute clinique permet de noter chez ces pères des mécanismes de défense inconscients tels que le déni ou la fuite en avant, expression de l'anxiété et de la culpabilité. Sous le couvert d'une totale confiance, certains parents abandonnent ainsi leur autorité parentale (Gaspard et

al 2012). Ils se déchargent de leurs responsabilités sur l'équipe hospitalière, sur la mère mettant à jour une forme de déparentalité.

L'adhésion du père au traitement requiert une bonne communication au niveau du couple parental.

1-4 Du couple-conjugal au couple-parental : l'importance de la communication

Lorsque survient la maladie grave chez l'enfant, la réalité du couple conjugal s'estompe, voire disparaît, au profit du couple parental. Ce qui importe, c'est d'être une bonne mère, un bon père : l'enfant malade et la lutte pour sa guérison justifient tous les sacrifices (Josse, 2011).

Si la maladie de l'enfant impacte négativement le couple conjugal, il arrive aussi qu'elle devienne garante de l'unité du couple et de la dynamique familiale. L'étude présente met en évidence 3 modèles de couples : sérodifférent, séropositif et séparé.

Les pères issus de couples sérodifférents sont plus en accord et en harmonie dans la prise en charge de l'enfant et le soutien à la mère : tous sont dits impliqués et leurs enfants ont une bonne observance. Le père est à l'écoute et dans une recherche active d'informations pour la qualité du soutien. La mise en avant de sa fonction paternelle entraîne une véritable implication qui joue un rôle déculpabilisant vis à vis de la protection qu'il doit à sa famille.

Chez les couples séropositifs au VIH, le sentiment d'intense culpabilité voire même d'échec vient être une entrave aux actions communes vis à vis de l'enfant. La maladie de l'enfant est source d'anxiété, d'inquiétude et d'insécurité face à l'avenir. Cela engendre inévitablement une blessure narcissique à laquelle chaque parent doit apporter sa réponse. Or celle-ci aura nécessairement un lien avec le vécu parental de leur propre maladie. Des auteurs ont montré que l'attitude parentale varie selon les cas : une attitude positive et stimulante de leur part est en lien avec l'acceptation de la maladie et donc le fait d'agir en faveur des intérêts d'épanouissement de l'enfant. Inscrit dans la lignée des générations il a une place et peut grandir comme les autres enfants. Par contre le refus de la maladie chez l'enfant ou la trop grande culpabilité peut être source de rejet ou à l'inverse d'hyperprotection de l'enfant. Le risque d'isolement de l'enfant en le protégeant de toute activité récréative et de contact avec les autres enfants est signe d'une vigilance anxieuse et d'une crainte perpétuelle.

Enfin, le fait d'être un couple séparé, fragilise l'union parentale pour prendre des décisions en faveur du devenir de l'enfant et de sa prise en charge médicale. L'entretien avec le père séparé de notre étude qui est dit *non impliqué* et qui a un enfant ayant une mauvaise observance confirme que la monoparentalité est une situation plus à risque pour lui. L'harmonie et la cohésion des prises de décision sont inexistantes. C'est la raison pour laquelle la majorité des auteurs souligne que l'enfant a besoin de ses deux parents, ou d'un substitut parental dans le cas où l'un des deux est absent, pour s'épanouir et se développer correctement (Lamb, 2004).

La communication au sein du couple est ce lien qui peut per-

mettre l'adhésion et la complémentarité des points de vue pour le devenir harmonieux de l'enfant et du fonctionnement familial (Ferrari & Epelbaum, 1999).

2 Du repérage des difficultés au soutien à la fonction paternelle

2-1 Les obstacles

Il ressort de la présente étude qu'il existe des obstacles de plusieurs ordres qui constituent des freins à l'implication effective des pères surtout en ce qui concerne l'observance du TARV de l'enfant. Au delà de ce qui est dit de façon manifeste par les pères, l'expression du niveau latent, du sens accordé se dessine.

Au plan psychologique, il est reconnu que la maladie chronique de l'enfant engendre des réactions. Il s'agit d'un traumatisme qui peut être direct face à la crainte de la mort, de la douleur ou secondaire dans l'après coup. Dans ce cas, il dépend de l'histoire familiale faite de deuil ou de maladie d'autres personnes. La maladie vient réactiver un sentiment d'impuissance et parfois de honte. La culpabilité porte sur l'insuffisance du moi du père à incarner le phallus imaginaire qui comblerait ce manque (Ferrari & Epelbaum, 1999). Le père dans ces conditions a peur de se voir au travers de la souffrance de l'enfant. Face à l'angoisse des mécanismes de défense de déni et de fuite en avant sont repérables et montrent la difficulté à être au quotidien près de l'enfant. L'enfant malade ne correspond pas à la norme générale et provoque un regard inhabituel vécu douloureusement sur lui, sur ses parents. Cette blessure profondément narcissique empêche l'établissement de relations valorisantes père/enfant.

Au plan culturel, il est communément admis que l'enfant d'âge préscolaire est la priorité de la mère depuis la conception. Elle est au premier plan de l'éducation et répond à ses besoins primaires (Poussin, 2004). De plus, la santé de l'enfant est comprise et gérée dans des milieux sanitaires spécifiques qui semblent dédiés à la mère et à l'enfant. Le père y trouve difficilement sa place. C'est très souvent la mère qui accompagne l'enfant pour les consultations de suivi ; elle investit totalement l'enfant. Le concept de transmission du VIH de la mère à l'enfant montre s'il est besoin l'importance de la représentation sociale de l'infection. De plus le milieu d'accueil pédiatrique est en lui même un espace plus favorable à l'accueil de la mère et de l'enfant.

Paradoxalement, dans cette tâche elle ne laisse pas de place au père bien qu'elle en éprouve le besoin. Elle même infectée avec un vécu de culpabilité se sent frustrée face à son absence. Dans l'organisation des soins, les soignants eux mêmes n'ont pas toujours le réflexe d'impliquer le père en le sollicitant pour la prise en charge de l'enfant.

Au plan socio économique, les charges et autres occupations professionnelles constituent des obstacles relevés par les pères. Les différents voyages et missions liés à l'accomplissement des tâches ne favorisent pas un rapprochement entre le couple mère-enfant et le père. D'autres pères subordonnent leur manque d'intérêt pour la situation de l'enfant à la grande indigence ou au manque d'emploi stable, par le manque de temps. Ces arguments très objectifs, sont souvent au plan latent, des mécanismes de défense pour rationaliser leur attitude faite de non engagement vis-à-vis de l'enfant et de la mère et gérer l'angoisse sous jacente.

2-2 Le soutien à la fonction paternelle

Les entretiens avec les pères font remonter des pistes pour soutenir la fonction paternelle. Même s'il est recommandé de ne pas négliger les problèmes socio économiques et de les prendre en compte en référant si nécessaire, il ne faut surtout pas perdre de vue les difficultés psychologiques gênant l'exercice du rôle du père. L'importance de la sensibilisation et de l'information par les médias communautaires est soulignée comme pour toucher une plus grande frange de la population et permettre de lever toute velléité de stigmatisation et de discrimination, dans le contexte du VIH, issue de la phobie sociale. En raison de l'évolution constante de la prise en charge, l'actualisation des données informatives est d'un grand soutien pour l'implication des pères et la gestion de l'angoisse.

La communication parents /soignants est aussi en faveur de l'implication des pères face au vécu de la maladie chronique de l'enfant et très souvent de la mère également. Le regard porté sur la culpabilité paternelle qui conduit trop souvent à des formes de dépression doit permettre la référence pour une prise en charge et un soutien à la fonction parentale. C'est la raison pour laquelle le regard particulièrement attentif du médecin est important et ne peut occulter l'importance des fonctions paternelle et maternelle dans la prise en charge de l'enfant.



La présence précoce du père auprès du très jeune enfant participe à son équilibre psychologique. De nombreuses études vont dans le sens d'affirmer que son absence est régulièrement associée à une hausse de la vulnérabilité de l'enfant face à une variété de problèmes psychologiques (Biller, 1981).

L'écoute individuelle et collective à travers l'intervention psychologique est propice à la mise en place d'un espace de parole pour mettre du sens sur les difficultés inhérentes à la fonction paternelle dans ce cadre. L'auto support rendu possible dans cet espace de rencontre entre pères favorise l'expression des difficultés à exercer la fonction paternelle d'autant plus que les conceptions culturelles laissent peu de place au père auprès de l'enfant très jeune. La prise en compte du couple parental permet l'ajustement de la relation à l'enfant en toute complémentarité. Il est important pour l'enfant d'être en relation avec ses deux parents, ces derniers s'efforçant de développer des façons de coopérer pour mieux répondre à ses besoins.

La communication avec la mère au sujet de la prise en charge de l'enfant aide à améliorer toute relation.

Conclusion

L'étude de la prise en charge de l'enfant de moins de 5 ans infecté par le VIH ouvre sur la problématique de la place du père pour la qualité de l'intervention. La littérature abondante sur le lien précoce mère /enfant occulte souvent l'importance du père dans le développement précoce du sujet. Les événements

de la vie de l'enfant interrogent sa place. Le VIH/sida en tant que maladie devenue chronique nécessite une observance de qualité du TARV pour la santé de l'enfant. Le père à son rôle à jouer du fait de sa fonction paternelle soit directement auprès de l'enfant soit par le biais de la mère. Cependant, il est naturellement ignoré en raison de la perception de son rôle, de la relation mère/enfant presque exclusive qui ne lui laisse pas de place mais aussi du manque de sollicitation des soignants. Dès lors, parce qu'elle s'ajuste au bon moment à la fonction maternelle, la fonction primaire du père introduit non seulement une différenciation spécifique dans la relation au jeune enfant, mais annonce également la fonction paternelle oedipienne. C'est une fonction structurante, limitante, indispensable pour l'équilibre de l'enfant.

L'écoute de ces pères est d'autant plus importante que les représentations qu'en ont les mères sont soutenues par des idées singulières. L'équipe soignante doit pouvoir impliquer le père et permettre une écoute de son vécu, de ses angoisses voire de la dépression paternelle. Pour cela il est important de déconstruire les stéréotypes trop souvent admis sur le rôle essentiel du père lié à la mère et sur la notion de secret autour du VIH qui entravent toute communication avec le couple parental. La cohésion du couple, qu'il soit séropositif ou sérodifférent, joue à l'évidence un rôle important pour les prises de décision et le soutien à l'enfant. Reconnaître son identité de père d'enfant malade avec tous les remaniements psychologiques que cela suppose c'est aussi ouvrir la réflexion sur la nécessité de la prise en charge familiale tant au plan médical qu'au plan psychologique.

Bibliographie

- [1] Ala Dago-Akribi, H. « Enfant et VIH : du somatique au psychologique. Expériences à Abidjan, Côte d'Ivoire. », in *Face à Face, L'enfant et la santé*, Bordeaux, France, vol. 10, 2007, pp. 48-57.
- [2] Bowlby J. *Attachement et perte. L'attachement*. Vol.1. Paris : PUR, Le fil rouge, 2002, 540 p.
- [3] Biller, H. B. « Father absence, divorce, and personality development », in M.E. Lamb (éd.), *The role of the father, in child development*, New-York, Wiley et Sons, 1981, pp. 489-552.
- [4] Brazelton T. B., Cramer B. *Les premiers liens*. Paris : Calman-Levy, 1991, 278 p.
- [5] Chiland C. *L'enfant, la famille et l'école*, Paris PUR, 1989, 261 p.
- [6] Desclaux A., Taverne P. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris : éd. Karthala, 2000, 560 p.
- [7] Ferrari P., Epelbaum C. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : Médecine sciences, Flammarion., 1999, 588 p.
- [8] Gaspard B., Goyeau R., Wilputte Ch. « Un écho de la traversée des parents face à la maladie » in *Cancer et Psychologie*, mars 2012, pp.3- 9.
- [9] Houde L. « Être parent: un vécu pluridimensionnel, texte de conférence : Les parents des êtres de ressources, Colloque régional DSC St-Luc, mai 1987.
- [10] Josse E. *Le traumatisme psychique chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, Belgique, De Boeck, 2011, 191 p.
- [11] Lebovici S., Stoleru S. *Le nourrisson la mère et le psychanalyste*, Paris, Le centurion, 1983, 377p.
- [12] Lacharité, C., Éthier, L., Piché, C. « Le stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire: validation et normes québécoises pour l'Indice de Stress Parental ». *Santé mentale au Québec*, XVII, 1992, 183-204.
- [13] Lamb, M. E., ed., *The role of father in child development*, 4th ed., New York, John Wiley et Sons, 2004, 552p.
- [14] Lamouroux A., Magnan A., Vervloet D. « Compliance, therapeutic observance and therapeutic adherence : What do we speak about ? » *Rev Mal Respir* 2005 ; 22 : 31-4.
- [15] Msellati « La tache aveugle de l'infection par le VIH en Afrique : la prise en charge de l'infection pédiatrique. L'expérience d'un programme pilote : le Programme enfant Yopougon », In *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-La-Neuve, Belgique, Bruylant-Academia, 2007, pp. 332-359.
- [16] Naouri A. *Une place pour le père*, Paris : Edition du Seuil, 1985, 364 p.
- [17] OMS *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez le nourrisson et l'enfant : vers un accès universel : recommandations pour une approche de santé publique – Mise à jour 2010*. Classification NLM: WC 503.2. Genève : OMS, 2011.
- [18] Papalia, D.E., Olds, S.W. *Human Development*. McGraw Hill, New-York; traduction française par Bélanger et Bélanger, Le développement de la personne, HRW, Montréal, 2e éd., 1983, 556 p.
- [19] Pauwels C. *Grandir ensemble avec un enfant gravement malade in EPE Repères*, n°1, déc-2005-janvier 2006.
- [20] Porot M. *L'enfant et les relations familiales*, Paris : PUR, 7^{me} éd, 1973, 260 p.
- [21] Poussin, G. *La fonction parentale*, Paris, Dunod, 3^{me} éd, 2004, 280p
- [22] This B. *Le Père : acte de naissance*, Paris : Edition du Seuil, 1980, 316p.
- [23] Tourette-Turgis, C. Rebillon M. *Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique*. Paris : Comment dire, 2002, 174p.
- [24] Winnicott D. W. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989, 256 p.
- [25] Witrouw J. « La souffrance des pères », *Clinique de l'espérance, in Cancer et psychologie*, 2003, 49 :3-10.
- [26] Yogman M. W., « La présence du père » in *Objectif bébé*, Paris, Seuil, Autrement Points actuels, 1985, pp. 207-222.



Ekissi Orsot Tetchi Eugène Yao Konan Yessonguilana Jean-Marie Yéo-ténéna Roger Charles Joseph Delafosse Drissa Koné

Le conseil de dépistage volontaire du VIH améliore-t-il les pratiques sexuelles des séropositifs ?

Auteur : Ekissi Orsot Tetchi¹, Eugène Yao Konan¹, Yessonguilana Jean-Marie Yéo-ténéna², Odile Aké³, Franck Kokora Ekou⁴, Parfait Stéphane Sablé⁴, Dénise Kpébo¹, Ladjji Kouyaté⁵, Roger Charles Joseph Delafosse⁶, Drissa Koné

Résumé : les centres de conseil et le dépistage volontaire (CDV) en matière de VIH contribuent-ils à la réduction de pratique sexuelle à risque des séropositifs ? Cette étude transversale à visée descriptive et analytique menée auprès des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) suivies au centre de CDV du Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké de janvier à mars 2010 tente de répondre à cette question. Sur un effectif total de 950 séropositifs suivis, les données ont été recueillies sur un échantillon de 140 PVVIH sélectionnées de manière aléatoire simple. En majorité de sexe féminin (60,7%) les PVVIH avaient un âge moyen de 35,5 ans. La tranche d'âge de 20 à 39 ans représentait 62,9% des enquêtées. Les célibataires, les veufs (ves) et les divorcés représentaient respectivement 33,6% ; 22,1% ; 10% de notre population d'étude. Le dépistage du VIH était effectué au décours d'une maladie chez 117 enquêtés soit (83,6%). L'analyse des comportements sexuels avant et après le CDV montrait une différence statistiquement significative ($p < 0,05$). Les pratiques sexuelles à risque étaient plus observées avant le CDV, avec au niveau : de l'activité sexuelle : 96,4% contre 67,1% ; du multipartenariat sexuel : 85% contre 30% ; de la fréquentation des prostituées : 17,1% contre 1,1% ; de la consommation de substances psychoactives avant les rapports sexuels : 22,2% contre 3,2%. En dehors de transmission mère-enfant du VIH, Les connaissances générales des PVVIH sur le VIH étaient satisfaisantes. Plus de la moitié des PVVIH (59,3%) n'avaient pas déclaré leur résultat à leur entourage, de peur d'être rejetée (47,8%). Face à la situation du VIH en Côte d'Ivoire, l'organisation de l'offre de services de CDV se justifie puisqu'elle contribue à la réduction de pratiques sexuelles à risque des séropositifs.

Mots clés : Conseil Dépistage Volontaire ; Personne Vivant avec le VIH, Bouaké (Côte d'Ivoire).

Summary : do the centers of council and voluntary tracking (CDV) as regards VIH contribute they to the reduction of sexual practice at the risk of the HIV positives? This cross-sectional study with descriptive and analytical aiming carried out at the PVVIH followed to the center of CDV of the Hospital and Academic of Bouaké from January to March 2010 tries to answer this question. On a total staff complement of 950 followed HIV positives, the data were collected on a sample of 140 selected PVVIH in a simple random way.

As a majority of female sex (60.7%) the PVVIH had a 35.5 years median age. The age bracket from 20 to 39 years accounted for 62.9% of surveyed. The single people, the widowers (ves) and divorced accounted for 33.6% respectively; 22.1%; 10% of our population of study. The tracking of the VIH was carried out with the surveyed wanings of a disease at 117 either (83.6%). The analysis of the sexual behaviors before and after the CDV showed a statistically significant difference ($p < 0,05$). The sexual practices at the risk were observed before the CDV, with on the level: sexual activity: 96.4% against 67.1%; multiple sexual partners: 85% against 30%; of the frequentation of the prostitutes: 17.1% against 1.1%; consumption of psychoactive substances before the sexual intercourses: 22.2% against 3.2%. Apart from transmission mother-child of the VIH, general knowledge of the PVVIH on the VIH was satisfactory. More half of the PVVIH (59.3%) had not declared their result with their entourage, of fear of being rejected (47.8%). Against the situation of the VIH in Ivory Coast, the organization of the service offering of CDV is justified since it contributes to the reduction of sexual practices at the risk of the HIV positives.

Keywords : the Voluntary Council Tracking; Nobody Alive with the VIH, Bouaké (Ivory Coast).

1 : Assistant de Faculté, UFR Sciences Médicales Abidjan, Institut National de Santé Publique (INSP)

2 : Professeur Agrégé de psychiatrie, UFR Sciences Médicales Abidjan, Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan(INSP)

3 : Professeur Agrégé de Santé publique, UFR Sciences Médicales Abidjan, Service d'Hygiène Mentale d'Abidjan(INSP)

4 : Interne des Hôpitaux de Côte d'Ivoire, Institut National de Santé Publique(INSP)

5 : Médecin, Institut National de Santé Publique (INSP)

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

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

Introduction

Le Conseil de Dépistage Volontaire (CDV) du VIH est actuellement reconnu par la communauté scientifique médicale comme une stratégie efficace située au centre de la prévention et de la prise en charge du VIH/SIDA [1]. Les recherches conduites au Kenya et en Tanzanie ont donné la preuve que le CDV est une stratégie à la fois efficace et économique dans le cadre de la facilitation du changement de comportement [2]. Le CDV est aussi un point d'entrée pour les soins et le soutien des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Ces résultats suscitent au sein des organisations internationales et des Programmes Nationaux lutte contre le Sida, l'intérêt et le soutien du CDV en tant que composante valable de tout programme VIH/SIDA. En Côte d'Ivoire, le CDV occupe une place importante dans la politique nationale de lutte contre le Sida, à travers la promotion du dépistage auprès des populations et des agents de santé, la formation des agents de santé au conseil dépistage, l'extension des activités de dépistage à tous les niveaux du système de soin [3]. Le dépistage est donc proposé à l'ensemble de la population avec ou sans notion d'exposition à un risque, et plus régulièrement pour certaines populations ou dans certaines circonstances (telles que la grossesse). En vue de montrer l'effet du CDV dans la réduction de pratique sexuelle à risque, la présente étude a été initiée.

Patients et méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée en janvier à mars 2010 dans le CDV du Centre hospitalo-universitaire de la ville de Bouaké en Côte d'Ivoire. Ce CDV de Bouaké a pour missions : La prise en charge thérapeutique des PVVIH, le conseil dépistage volontaire des populations de Bouaké et des environs La prise en charge psychosociale et nutritionnelle des PVVIH. Au moment de l'enquête, 950 PVVIH étaient régulièrement suivis dans ce centre. La taille de l'échantillon a été par la formule suivante :

$$N = \frac{\Sigma^2 p q C}{\alpha^2}$$

Avec,

N = taille de l'échantillon

Σ = écart relatif au risque α consenti. $\Sigma = 1,96$ pour un intervalle de confiance $\alpha = 5\%$.

p = Prévalence de l'infection à VIH dans la ville de Bouaké (Côte d'Ivoire) au moment de l'enquête

p = 4,7% [4].

q = 1 - p

C = coefficient correcteur = 2

Ce qui nous a donné :

$$N = \frac{(1,96)^2 (0,047) (0,953) \times 2}{(0,05)^2}$$

N = 137,66 que nous avons arrondi à : 140

À partir de la base de sondage constituée de la liste PVVIH suivi au CDV de Bouaké, les 140 patients ont été sélectionnés de manière aléatoire simple. En fonction de leur disponibilité, un chronogramme d'interview était établi et leur consentement était obtenu. Chaque PVVIH retenue a fait l'objet d'un questionnaire s'enquérant :

- des caractéristiques socio démographiques des PVVIH,

- des pratiques sexuelles avant et après connaissance du statut sérologique,
- des circonstances de découverte de la maladie et l'âge sérologique des PVVIH.

Des données complémentaires ont été obtenues à partir de l'analyse de dossier médicaux.

La saisie des données a été effectuée grâce au logiciel Epi-Data ; quant à l'analyse des données elle a fait intervenir le logiciel SPSS. À l'aide de ce logiciel, nous avons réalisé dans un premier temps une description simple des différentes variables étudiées, puis dans un second temps une analyse utilisant le test statistique du Chi2 au seuil de signification de 5 %.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques : sur un échantillon de 140 PVVIH enquêtées, 85 soit 60,7% étaient de sexe féminin. L'âge moyen était de 35,5 ans. La tranche d'âge de 20 à 39 ans représentait 62,9% des enquêtées. Les célibataires, les veufs (ves) et les divorcés représentaient respectivement 33,6% ; 22,1% ; 10% de notre population d'étude. Tous les niveaux d'étude étaient représentés avec toutefois 69,5% des PVVIH qui avaient au plus le niveau d'étude primaire. Le tableau I décrit les caractéristiques sociodémographiques des PVVIH dépistés au CDV de Bouaké.

Caractéristiques sociodémographiques	Effectif	Pourcentage
Tranches d'âge en année		
< 20 ans	7	5
20-39 ans	88	62,9
40-59 ans	37	26,4
> 60 ans	8	5,7
Sexe		
Masculin	55	39,3
Féminin	85	60,7
Statut matrimonial		
Marié(e)	48	34,3
Célibataire	47	33,6
Veuf (ve)	31	22,1
Divorcé(e)	14	10
Profession		
Profession libérale (commerçant, couturier, ...)	48	34,3
Payans	31	22,1
Sans profession	29	20,7
Élèves et étudiants	17	12,1
Militaires	5	3,6
Agents administratifs	4	2,9
Agents d'entretien	3	2,1
Agents de santé	3	2,1
Niveau de scolarisation		
Non scolarisé	46	32,9
Primaires	51	36,2
Secondaire	38	27
Supérieur	5	3,5

Circonstances de découvertes : le dépistage du VIH était effectué au décours d'une maladie chez 117 enquêtés soit (83,6%). La fièvre au long cours (48,7%), le Zona (18,8%) et la tuberculose (17,1%) étaient les principales maladies révélatrices. La moitié des PVVIH (50%) reconnaissait avoir contracté une IST avant la connaissance de leur statut sérologique. La majorité des PVVIH (83,6%) avait un âge sérologique inférieur ou égal à 2 ans.

Circonstances de dépistage	Effectif	Pourcentage
Maladie	117	83,6
Dans quelle circonstance avez-vous connu votre statut sérologique ?		
Volontaire	14	10
Maladie ou mort d'un conjoint	6	4,3
Grossesse	2	1,4
Mariage	1	0,7
Maladies révélatrices (N= 117)		
Fièvre au long cours	57	48,7
Zona	22	18,8
Tuberculose	20	17,1
Diarrhée chronique	7	6
Tosoplasmos	6	5,1
Fièvre typhoïde	4	3,4
Hémorroides	1	0,9



Joue ton rôle !

FAIS LE TEST DU VIH

pour protéger ta famille.

Arouna KONE

International Ivoirien
Attaquant des Éléphants
de Côte d'Ivoire CAN 2013

Ne fais pas la passe au sida, choisis ta tactique de jeu.

Affiche ivoirienne de prévention du risque VIH

Comportement sexuel avant et après le dépistage du VIH :

l'analyse des comportements sexuels avant et après le dépistage du VIH montrait une amélioration significative des pratiques sexuelles des PVVIH après la connaissance du statut sérologique ($P < 0,05$). Le tableau III résume les pratiques sexuelles des enquêtés avant et après le dépistage du VIH.

Comportements sexuels		Avant le dépistage		Après le dépistage		Test de significativité
		Efficacité	%	Efficacité	%	
Activité sexuelle	Oui	135	96,2	94	67,1	0,0000
	Non	3	1,8	46	32,9	
Nombre de partenaires sexuels	0	3	1,8	46	32,9	0,0000
	1	16	11,4	64	45,7	
	Au moins 2	119	85	36	21,4	
Types de partenaires	Aléatoire	35	40,7	31	35,3	0,0000
	Conjugal	25	18,6	3	3,4	
	Aléatoire + conjugal	33	40,7	8	8,3	
Types de rapports sexuels	Anal	2	1,8	0	0	0,0000
	Vaginal	133	94,3	94	66,7	
	Oral	5	1,6	47	33,3	
Pratiques sexuelles	Sodomie	36	19,3	3	3,2	0,000578
	Fellation	28	20,7	12	12,8	
	Cointimité	134	90,3	94	66,7	
Utilisation régulière du préservatif	Non	95	70,4	39	27,8	0,0000
	Oui	40	29,6	55	39,2	
Concentration des exécutants avant les rapports sexuels	Oui	20	22,2	3	3,2	0,000055
	Non	105	77,8	91	96,8	
Préparation des partenaires	Oui	24	17,8	1	1,1	0,000066
	Non	118	82,2	93	66,8	

Connaissance des PVVIH sur le VIH :

Seuls 39,3% connaissaient la différence entre le séropositif et le sida ; 94,3% ignoraient la transmission mère-enfant. Par ailleurs, la transmission par des rapports sexuels non protégés était connue par la quasi-totalité des PVVIH (99,3%) et 97,9% savaient que les ARV augmentaient l'espérance de vie. Au moins 70% connaissait les principaux moyens de prévention du VIH.

Vécu de la séropositivité :

plus de la moitié des PVVIH (59,3%) n'avaient pas déclaré leur résultat à leur entourage. La raison essentielle était la peur d'être rejetée (47,8%). Parmi celles qui avaient partagé le résultat avec l'entourage, 3 soit 5,3% affirmaient être rejetées par l'entourage familial. Toutefois, 47 soit 82,5% affirmaient bénéficier de soutien moral de la part de l'entourage.

Discussion

Les jeunes de 15 à 25 ans représentent aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète [5]. Dans notre étude, la majorité des PVVIH (62,9%) avait un âge compris entre 20 ans et 39 ans. En effet, l'assertion selon laquelle, « le VIH affecte ceux dont la société a le plus besoin : enseignants, professionnels médicaux, administrateurs et travailleurs - tous à l'âge le plus productif. » [6] semble se confirmer. L'ignorance du risque, l'insouciance, le sentiment d'invulnérabilité et le désir de s'affirmer qui caractérisent la jeunesse, favorisent le changement perpétuel de partenaires sexuels et donc l'exposition aux risques de contamination par les IST notamment le VIH-SIDA [7]. La prédominance féminine (60,7%) était nette. La vulnérabilité des femmes vis à vis du VIH s'explique par des facteurs biologiques et physiologiques mais aussi par des pressions sociales et économiques, voire affectives qui ne leur permettent pas toujours d'assurer leur prévention [8]. Certaines caractéristiques socioéconomiques méritent également une attention particulière et des actions spécifiques. Il s'agit de la profession des enquêtés, notamment des paysans (22,1%), des militaires ou combattants des Forces Nouvelles (12,1%), des séropositifs qui résidaient hors de la ville de Bouaké (21,4%) et des agents de santé (2,1%). Concernant le cas spécifique des agents de santé, ils peuvent s'infecter non seulement en cas de comportement sexuel à risque mais également lors des accidents professionnels exposant au sang. La conjugaison de l'information, de la mise sur le marché de

matériels sécurisés, de l'apprentissage de nouveaux gestes et procédures permet de réduire le risque de contamination. Les veufs (ou veuves) et les divorcé (es) représentaient respectivement 22,1% et 10%. S'agit-il de victimes du VIH/SIDA ? Nous ne saurions répondre à cette question.

La moitié des PVVIH (50%) avait déjà contracté une IST. Dedorney [9] notait un pourcentage de 66%. Il est important de signaler qu'il existe un lien entre les IST et le VIH. En effet, la présence d'IST peut aggraver de 2 à 9 fois le risque d'infection par le VIH [10]. Ce résultat est le reflet d'un comportement sexuel à risque de transmission du VIH. En effet, avant la connaissance du statut sérologique, nos enquêtés avaient un comportement sexuel à risque. Il s'agissait du multipartenariat sexuel (85%), de l'utilisation non systématique du préservatif lors des rapports sexuels (70,4%), de la fréquentation des prostituées (17,8%). Seul 10% des enquêtés avaient effectué de façon libre et volontaire le dépistage du VIH. Soulignons que le retard au diagnostic réduit les bénéfices du traitement malgré une prise en charge adéquate. Le traitement des personnes par les thérapies antirétrovirales baisse la charge virale de 90% et donc réduit le risque de transmission du VIH, renforçant l'intérêt du dépistage précoce [11]. Dans cette étude, 83,6% séropositifs suivis avaient été dépistés au décours d'une maladie.

Grâce aux efforts de sensibilisation, les connaissances des séropositifs sur le VIH/SIDA sont généralement satisfaisantes à l'instar de la population générale. Toutefois, il est important de constater que la majorité méconnaissait la transmission de la mère à l'enfant au cours de la grossesse, l'accouchement et l'allaitement. Les PVVIH doivent rechercher auprès des professionnels de santé et des personnes ressources les connaissances disponibles afin d'avoir tous les atouts pour faire face à sa situation.

Mais une bonne connaissance sur le VIH/SIDA augure-t-elle forcément d'un comportement sexuel responsable des personnes vivant avec le VIH ?

L'analyse des comportements sexuels avant et après la connaissance du statut montrait une différence statistiquement significative. Le comportement sexuel à risque s'observait beaucoup plus avant la découverte de la maladie. A titre d'exemple :

- L'activité sexuelle : 96,4% contre 67,1%
- Le multipartenariat sexuel : 85% contre 30%
- La fréquentation des prostituées : 17,1% contre 1,1%
- La consommation de substances psychoactives avant les rapports sexuels : 22,2% contre 3,2%.

Dans le cadre d'un essai randomisé conduit au Kenya, en Tanzanie et à la Trinité sur un échantillon de quelque 4.000 adultes, on a pu observer que les sujets ayant bénéficié d'un CDV étaient nettement plus enclins à se protéger avec leurs partenaires secondaires que ceux n'ayant reçu qu'une information de base sur la prévention du VIH. La différence constatée était significative au plan statistique [12].

Toutefois, certains de nos enquêtés continuent d'adopter des comportements sexuels à risque. Par exemple, seuls 37,2% des PVVIH sexuellement actives utilisaient systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels. Dans l'enquête Vespa conduite en France et dans les départements d'outre mer, parmi les 60% des personnes séropositives déclarant avoir des relations sexuelles avec un partenaire ou une partenaire stable, 32 à 45% disaient avoir eu des ruptures dans leur prévention [13].

La stigmatisation et la discrimination pour les malades du SIDA sont d'une réalité tangible. Les personnes infectées préfèrent se terrer en cachant leur mal et esquiver toute conversation à ce sujet [14]. Dans notre étude 59,3% des PVVIH n'avaient pas partagé le secret de peur d'être rejeté (47,8%) et par peur de perdre les amis (41,8%). Les malades du SIDA vivent, en effet un véritable enfer. Non seulement, ils souffrent de leur maladie, mais sont rejetés au sein de la société par leurs proches. Dans notre étude 5,3% des PVVIH qui avaient partagé le secret ont affirmé être rejetés par leur entourage. La majorité ignorait le statut sérologique du partenaire sexuel (75,6%). Face à la persistance de comportement sexuel à risque, il faut craindre une contamination du partenaire, si celui-ci ne l'est pas déjà. En effet, parmi les 34 patients qui connaissaient le statut du partenaire sexuel les couples discordants représentaient 5,8% (2/34). Les PVVIH sont le plus souvent confrontées à une insuffisance d'autonomie financière. Dans notre étude les difficultés financières (78%) représentaient les principales difficultés évoquées. Par ailleurs, 21,4% avaient tenté de se suicider pour cause de désespoir. Ces conduites suicidaires doivent amener les agents de santé à mettre un accent particulier sur la prise en charge psychologique des patients. Le rôle des psychiatres et des psychologues s'avère indispensable dans la prise en charge des PVVIH.

Conclusion

Le CDV est bénéfique pour les personnes dépistées aussi bien séropositives que séronégatives. Le dépistage est donc un enjeu fondamental dans la lutte contre le sida, au carrefour de la prévention et du soin. L'apparition des multithérapies a permis de transformer l'infection à VIH à pronostic mortel en une maladie chronique. L'état de santé des personnes vivant avec le VIH s'est considérablement amélioré grâce au traitement et beaucoup d'entre eux ont pu réinvestir une vie affective et sexuelle. Les traitements ne suppriment pas toutefois le risque de transmission. Leur diffusion génère même une inquiétude quant à la possible recrudescence de comportements à risque devant la disponibilité de thérapeutiques efficaces. Une prise en charge efficace, prolongeant la vie des personnes atteintes, exige que le suivi médical s'intéresse à la prévention secondaire.

NE FAITES PAS LA PASSE AU SIDA

PROTÉGEZ-VOUS !

TOURÉ Yaya Gnagnéry
Footballeur international ivoirien
Ambassadeur de *SPORT POUR LA VIE*

AIDUCOP 2007 - Avec le soutien financier du PEP/PAF



Affiche ivoirienne de prévention du risque VIH

Références

- 1- UNAIDS/WHO. Policy statement on HIV testing [Déclaration de politique de l'ONUSIDA/OMS sur les tests VIH]. Disponible sur <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf>
- 2- Michael Sweat, Steven Gregorich, Gloria Sangiwa, Colin Furlonge, Donald Balmer, Claudes Kamenga, Olga Grinstead, Thomas Coates. Cost-effectiveness of voluntary HIV-1 counselling and testing in reducing sexual transmission of HIV-1 in Kenya and Tanzania. *The Lancet*, Volume 356, Issue 9224, Pages 113-121
- 3- République de Côte d'Ivoire, Ministère de la santé et de la population. Politique nationale de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans le secteur santé. Abidjan, 1^{ère} édition : Novembre 2005.
- 4- République de Côte d'Ivoire, Conseil National de lutte contre le Sida. Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010. Abidjan, Juin 2006.
- 5- NICEF, ONUSIDA, OMS. Les jeunes et le VIH/Sida une solution à la crise. Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2002. 27p.
- 6- ONUSIDA. Riposte des entreprises au VIH/sida : impact et leçons tirées. Genève, Suisse, avril 2002. 88p.
- 7- MAIA M. *Sexualités adolescentes*, Paris, Éditions Pepper, 2004, 256 p.
- 8- ONUSIDA. Les femmes et le Sida : point de vue ONUSIDA (Collection meilleures pratiques de l'ONUSIDA). Genève, ONUSIDA, Octobre 1997, 8p.
- 9- Dedomey E. Perception de l'entourage sur les Personnes vivant avec le VIH. Thèse Méd. Abidjan: 2005, n°113/ 05, 60 p.
- 10- Grosskurth H. Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomised Controlled Trial. 1995. *Lancet* ; (346) : 530-36.
- 11- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *New England Journal of Medicine*. 2011 Aug 11;365(6):493-505.
- 12- The Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomized trial. *Lancet* 2000;356(9224):103-12.
- 13- Lert F, Obadia Y, et l'équipe de l'enquête VESPA. Comment vit-on en France avec le VIH/sida ? *Population et Sociétés*, Novembre 2004, n°406.
- 14- Mbengue C. T. SIDA et discrimination sociale : l'enfer de la stigmatisation. Groupe Sud Communication, Sud quotidien, Dakar. lundi 5 novembre 2007.



Sarah Bendiouis

Impact d'un entraînement à l'imitation sur le développement de la communication chez les enfants avec Trouble du Spectre Autistique : une étude menée en Algérie

Auteurs : Sarah Bendiouis¹, Ali Mcherbet², René Pry³, Yamina Bendiouis⁴

Résumé : notre étude teste les effets d'un entraînement à l'imitation sur le développement des compétences communicatives chez les enfants avec trouble du spectre autistique. Nous avons sélectionné un groupe composé de 21 enfants avec autisme, âgés entre 4 et 9 ans, et diagnostiqués selon les critères de la CIM-10, de l'ADOS et de l'ADI-R. Nous avons suivi une procédure en trois temps : évaluation du niveau d'imitation à l'aide de l'échelle d'imitation de Nadel, du niveau de communication au moyen du PEP-3, ainsi que du degré de sévérité de l'autisme; entraînement à l'imitation à l'aide d'un protocole basé sur le développement de l'imitation chez les enfants tout-venant ; et en fin, réévaluation du niveau d'imitation, de communication et de l'intensité de u trouble après les séances d'entraînement. La comparaison des scores avant et après l'intervention, indique une progression significative du niveau de l'imitation et de la communication des enfants, ainsi qu'une diminution du degré de sévérité de l'autisme.

Mots clés : autisme, communication, intensité, imitation spontanée, imitation provoquée, reconnaissances à être imiter, entraînement.

Abstract : our study tests the effects of training to imitation on the development of communicative skills of children with autism spectrum disorder. We selected a group of 21 children with autism, aged between 4 and 9 years, and diagnosed by the criterions of ICD-10, ADOS and ADI-R. We followed a three-step procedure: assess the level of communication with the PEP-3; and the level of imitation using the scale of imitation of Nadel; to train each child at imitation using a protocol based on the development of imitation for typical children; and finally, we revalue the communication and imitation level's after imitation sessions. The Before-After comparison of scores shows a significant increase in the level of imitation and communication of children with autism after training.

Keywords : autism, communication, spontaneous imitation, provoked imitation, recognition of being imitated, training.

¹Docteur en psychopathologie du développement, université Abou Bekr Belkaid, 22, Rue Abi Ayad Abdelkrim, Fg Pasteur BP 119 Tlemcen (Algérie).Email :sarah.bendiouis@gmail.com

² Professeur à l'université Abou Bekr Belkaid Tlemcen, Algérie.

³ Professeur émérite de psychologie. Institut de psychologie, Lyon2 et CRA de Montpellier, France.

⁴ Doctorante en psychologie clinique, université Abou Bekr Belkaid, 22, Rue Abi Ayad Abdelkrim, Fg Pasteur BP 119 Tlemcen (Algérie).

Introduction

Le phénomène d'imitation a fait l'objet de plusieurs recherches en psychologie et en psychopathologie du développement.

Certains auteurs (Uzgiris, 1975) confirment que plus les enfants se développent, plus leur intention à imiter évolue. Cette évolution se fait en harmonie avec deux fonctions : une fonction « d'apprentissage », qui permet aux jeunes enfants d'apprendre de nouvelles actions en observant les actions des autres ; et une fonction « sociale », qui conduit les enfants à communiquer et à créer des échanges réciproques entre eux.

Bien entendu, cette capacité peut apparaître sous différentes formes (imitation d'actions simples et d'actions complexes ; imitation d'actions familières et d'actions nouvelles ; imitation d'actions avec objets et sans objets), et différentes facettes (imitation spontanée ou immédiate, imitation provoquée, imitation différée et la reconnaissance à être imité).

Par ailleurs, Nadel (1986) confirme que l'imitation est une composante essentielle des échanges sociaux, faisant partie des premiers outils de communication, non verbale et verbale, à disposition des jeunes enfants. Aussi, elle implique un échange de tours de rôles et de partage de thèmes, en mettant en œuvre trois composantes essentielles dans tout type d'interaction : la synchronie, le tour de rôle et l'attention conjointe.

De même, l'imitation provoquée joue un rôle dans l'apprentissage de nouvelles actions (apprentissage par observation), tandis que l'imitation immédiate est utilisée comme un système puissant de communication entre les jeunes enfants de deux à quatre ans.

On sait aujourd'hui que cette modalité de communication et d'apprentissage peut se présenter de façon altérée ou déficitaire chez les personnes ayant un développement atypique, en particulier dans le cas du Trouble du Spectre Autistique, (Nadel, Guérini, Rivet, 1996). Un trouble de l'imitation pourrait, donc, avoir des conséquences tant au niveau des apprentissages, qu'au niveau des habiletés communicatives et sociales.

Bien entendu, parmi les symptômes qui constituent le tableau clinique du TSA : l'altération de la communication et des interactions sociales. Ces perturbations sont présentes chez toutes les personnes ayant un autisme, quelque soit leurs âges, leurs niveaux de développement, et le degré de sévérité de leurs troubles. Certains auteurs tentent d'expliquer ce trouble, en pointant différentes anomalies en rapport avec les modalités essentielles des interactions communicatives et sociales, qu'il s'agisse de la théorie de l'esprit, la cohérence centrale, des fonctions exécutives ou de l'imitation (Lainé, et al., 2008).

En effet, des chercheurs (De Meyer et al., 1972) qui ont souligné pour la première fois l'existence d'un déficit de l'imitation chez les personnes avec autisme, suggèrent que l'imitation est un déficit central qui caractérise le syndrome autistique. D'autres, (Nadel & Aouka, 2006) confirment l'existence de l'imitation chez les enfants avec TSA, avec l'argument que certains d'entre eux arrivent à produire quelques formes d'imitation, comme l'imitation vocale, appelée « écholalie ». De même, ces mêmes auteurs ont mis en évidence, à l'aide d'une épreuve d'imitation de gestes non significatifs, que des enfants avec autisme sont

de bons imitateurs, seulement ils sont sélectifs dans ce qu'ils imitent. Cette position rejoint celle de Hammes et Langdell (1981) qui soulignent que les imitations provoquées d'actions simples et concrètes sont préservées dans le cas de l'autisme.

Problématique et objectif de la recherche

Les données de la littérature indiquent que, l'existence de spécificités de l'imitation dans le cas de l'autisme, pourrait expliquer en grande partie les perturbations dans le domaine de la communication et des interactions sociales. Améliorer le niveau d'imitation de ses enfants, pourrait les aider à maîtriser un moyen efficace de communication verbale ou non verbale, « il suffirait que les enfants avec autisme imitent spontanément, et reconnaissent être imités pour qu'ils soit capables de communiquer par l'imitation » (Nadel, 2011).

Suite à ces travaux, nous cherchons, à présent, étudier le rôle des compétences imitatives dans le déclenchement ou l'amélioration de la communication chez les enfants atteints d'autisme. En d'autres termes, ce travail vise, d'une part, à vérifier si une progression des capacités imitatives peut induire une facilitation de la communication chez un groupe d'enfants avec TSA, et d'autre part, à évaluer le degré de l'intensité du trouble autistique après l'intervention.

Nous faisons donc l'hypothèse qu'un entraînement à l'imitation, pourrait avoir un effet positif sur : les niveaux d'imitation, le développement de la communication chez les enfants avec autisme, ainsi que le degré d'intensité de leurs troubles.

Cette hypothèse a déjà été testée et confirmée dans une étude pilote réalisée par Nadel et son équipe en 2011. L'objectif de cette étude était de conduire progressivement un groupe de 8 enfants avec autisme, âgés de 30 mois à 7 ans, à alterner leurs rôles d'imitateur et de modèle, afin de les aider à maîtriser efficacement un moyen de communication non verbale. Les résultats ont révélé, d'une part, une augmentation significative des niveaux d'imitation et des comportements sociaux positifs, confirmée par les appréciations des parents, et d'autre part, une baisse du degré de sévérité du trouble du spectre autistique.

Méthodologie

Participants

Le groupe expérimental est composé de 21 enfants avec TSA (15 garçons et 6 filles). Le diagnostic d'autisme a été établi sur la base de trois critères de la CIM-10 (Classification Internationale de la maladie), du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders), de l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview) et de l'ADOS (Autism Observation Schedule). L'âge chronologique des enfants varie de 4 à 10 ans. Ainsi, l'âge du développement varie de 17 à 70 mois (tableau 1).

Notre recherche s'est déroulée dans un centre de prise en charge, une structure dans laquelle des enfants atteints d'autisme sont accueillis et bénéficient d'une prise en charge à temps partiel. Toutefois, le recueil des données s'est étalé sur une période de neuf mois.

Tableau 1 : Présentation de la population étudiée

	Moyenne	Ecart-type	Etendue (mois)
Age chronologique (mois)	79	30,09	48 - 120
Age développementale (mois)	33	15,25	17 - 70

Outils

Trois outils d'évaluation ont été utilisés afin de comparer les performances des enfants avant et après l'entraînement à l'imitation : l'échelle d'évaluation de l'imitation (Nadel, 2011). Cet outil, conçu dans le but d'évaluer le niveau d'imitation des enfants avec autisme, se compose de trois sous échelles : évaluation de l'imitation spontanée ; de la reconnaissance d'être imité et de l'imitation sur commande. Chaque partie de l'échelle comporte 12 épreuves qui permettent d'évaluer les compétences imitatives simples et complexes, familières et non familières et de gestes significatifs et non significatifs. Un tableau récapitulatif des scores, présenté à la fin de cette échelle, permet à l'examinateur de d'effectuer une comparaison entre les scores obtenus dans les trois sous échelles, c'est-à-dire de voir si l'enfant examiné est plus performant en imitation spontanée, en imitation provoquée ou dans la reconnaissance d'être imité. Nous avons utilisé, également, le CARS (Childhood Autism Rating Scale ; Schopler, Reichler, 1980), une échelle composée de 15 items, permettant d'apprécier le degré de sévérité de l'autisme. Ainsi que le Profil Psycho Educatif-3 (PEP-3), élaboré et développé par Schopler et al., (2010). Cet instrument permet, non seulement, de calculer les âges développementaux dans deux domaines principaux : la communication et la motricité, mais aussi, d'élaborer des profils qui font apparaître les forces et les faiblesses de l'enfant dans ces deux domaines.

Procédure

Nous avons suivi une procédure en trois temps : une évaluation ; une intervention ; puis une réévaluation. En ce qui concerne la première procédure, nous avons commencé par évaluer l'âge du développement dans le domaine de la communication au moyen du PEP-3, puis les niveaux d'imitation dans ses trois dimensions : spontanée, provoquée et la reconnaissance à être imité, à l'aide de l'échelle d'imitation (Nadel, 2011). Nous avons, dans un second temps, mis en place un protocole d'entraînement à l'imitation. Pour cela, nous avons établi un plan de progression en s'inspirant des séquences développementales typiques de l'imitation. Chaque enfant a donc bénéficié de 20 séances d'entraînement, étalées sur une période de trois mois. Le but de cette intervention focalisée était d'améliorer le niveau des conduites imitatives de chaque enfant en présentant une succession d'exercices aux enfants. Toutefois, tous les objets que nous avons utilisés pour l'entraînement étaient en double exemplaire.

Puis, nous avons réévalué, lors de la troisième procédure, le niveau d'imitation et de communication, en repassant le PEP-3 et l'échelle d'imitation. L'objectif de cette procédure était d'estimer, la présence ou non, des changements sur le plan de la communication après l'intervention sur les compétences imitatives.

Résultats

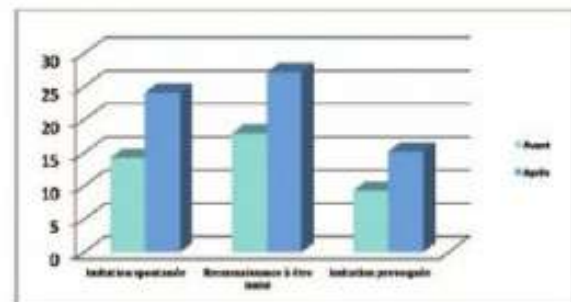
Une fois les passations des tests et les cotations réalisées, nous avons effectué une comparaison des scores obtenus par chaque enfant concernant les trois variables : le niveau d'imitation, l'âge développemental dans le domaine de la communication, et l'intensité du trouble autistique. L'ensemble des analyses a été effectué par le test T de *Student*. Ainsi, le logiciel utilisé pour l'analyse statistique des données était le SPSS.

Comparaison des scores à l'imitation avant et après l'entraînement

L'analyse révèle que les scores moyens ont significativement évolué dans les trois épreuves de l'échelle d'imitation. En ce qui concerne l'épreuve d'imitation spontanée, on note une augmentation des scores moyens après la passation du protocole d'entraînement ($t(20) = 4,33, p < 0,05$). Les scores ont également évolué après l'entraînement pour l'épreuve de la reconnaissance à être imité ($t(20) = 5,17, p < 0,05$), ainsi que pour l'épreuve d'imitation provoquée ($t(20) = 3,08, p < 0,05$), (tableau1). Toutefois, on constate que les scores à l'épreuve de la reconnaissance à être imité sont plus élevés que ceux à l'épreuve de l'imitation spontanée et l'imitation provoquée (figure 1).

Tableau 2 : Moyennes et écarts-types des scores obtenus à l'échelle d'imitation

	Avant	Après	Valeur du <i>t</i>
Imitation spontanée	14,23 (12,35)	24,09 (11,59)	4,33*
Reconnaissance à être imité	17,9 (12,00)	27,14 (10,03)	5,17*
Imitation provoquée	9,28 (8,85)	15,14 (11,59)	3,08*



*Significatif

Figure 1 : Evolution des scores moyens à l'échelle d'imitation

Comparaison des scores de la communication au PEP-3 avant et après l'entraînement

En ce qui concerne la variable de la communication, on note une augmentation significative des âges moyens du développement dans le domaine de la communication après l'entraînement ($t(20) = 2,52, p < 0,05$). On constate que l'âge moyen des enfants en communication est passé de 20,6 mois à 25,7 mois (figure 2).

Tableau 2 : Moyennes et écarts-types des scores de la communication évalués par le PEP-3

	Avant	Après	Valeur du <i>t</i>
Âge de développement à la communication (mois)	20,6 (10,47)	25,7 (11,4)	2,52*

*Significatif

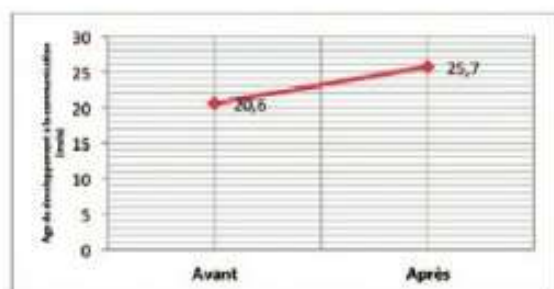


Figure 2 : Evolution des âges développementaux dans le domaine de la communication

Intensité du trouble autistique avant et après l'entraînement

Les résultats montrent une diminution significative des scores moyens de l'intensité évalué par la CARS après les séances d'entraînement à l'imitation ($t(20) = 5.30, p < 0.05$).

Tableau 3 : Moyennes et écarts-types des scores de l'intensité de l'autisme évalués par la CARS

	Avant	Après	Valeur du t
Intensité à la CARS	37 (7,1)	30 (8,3)	5,30*

*Significatif

Discussion

Cette étude avait pour objectif de tester l'efficacité d'une intervention focalisée sur l'imitation, sur le développement de la communication chez un groupe d'enfants avec autisme. Les scores des enfants en imitation, ont significativement évolué après l'entraînement. Et ce, dans ces trois formes : spontané, provoquée et la reconnaissance à être imités. Par ailleurs, nous avons constaté, lors des séances d'entraînement, que tous les enfants que nous avons évalués, même ceux ayant un bas niveau de fonctionnement, ont été capable d'imiter, à un niveau ou à un autre.

De plus, cette amélioration sur le plan de l'imitation a entraîné, par la suite, une augmentation significative des scores dans le domaine de la communication. Autrement dit, les âges développementaux en communication, ont nettement évolué après l'entraînement. Nous avons également évalué le degré de sévérité du trouble après notre intervention. Les résultats obtenus indiquent une diminution notable de l'intensité de l'autisme après l'entraînement.

Les résultats de notre étude rejoignent les données de la littérature, en particulier l'étude pilote menée par Nadel (2011) portant sur l'imitation et la communication non verbale dans le cas de l'autisme.

En effet, l'étude de Nadel avait pour objectif de conduire progressivement les enfants avec autisme à alterner les rôles d'imitateur et de modèle, de façon à maîtriser un moyen efficace de communication non verbale. Les résultats, tout comme ceux de notre étude, indiquent une augmentation des imitations produites évaluées avec l'échelle d'imitation ainsi qu'avec le PEP-R. De même, l'auteur a constaté une amélioration spectaculaire des comportements sociaux positifs évalués par la grille des Comportement Physiques, Sociaux et Emotionnels (CPSE),

ainsi qu'une baisse de la sévérité de l'autisme pour 7 enfants sur 8.

Rogers et Dawson (2013), confirment que, c'est par le biais de l'imitation que l'enfant reproduit des expressions faciales qui lui facilitent la synchronisation émotionnelle, acquiert de nouveaux sons et mots, qui lui serviront de base pour le développement du langage, apprend l'efficacité des gestes communicatifs pour s'exprimer et pour comprendre les actes communicatifs d'autrui.

Certains programmes de prise en charge de type comportemental comme la méthode ABA, (l'Analyse de Comportement Appliquée, Rivière, 2006), utilisent l'imitation, ou les « guidances par modelage », comme procédures d'enseignement de nouveaux comportements. D'autres interventions, telles que l'ESDM (le modèle de Denver pour jeunes enfants avec autisme, Rogers & Dawson, 2013) estiment que les jeunes enfants atteints d'autisme sont capable d'apprendre à imiter un large éventail de comportements, et ce, dans une variétés de domaines, à savoir ; l'imitation bucco-faciale, l'imitation gestuelle ou l'imitation vocale. Cet apprentissage ciblé, doit donc avoir comme objectif, de développer les modalités de communication non verbale chez les enfants avec autisme qu'il s'agisse de gestes conventionnels, de l'usage du pointer, des tours de rôles ou de l'attention conjointe.

Limites de l'étude

Des limites méthodologiques devraient être prises en considération dans notre travail. Tout d'abord, l'échantillon de la population n'est peut être pas représentatif (21 participants), il serait judicieux d'appliquer le protocole d'entraînement à l'imitation et d'évaluer son efficacité sur un échantillon beaucoup plus large. Toutefois, au même moment de notre étude, les enfants examinés bénéficiaient d'une prise en charge éducative et comportementale. Cette intervention de type « global » pourrait influencer certains paramètres de notre recherche à savoir le niveau de communication ou l'intensité du trouble autistique. De ce fait, il aurait été préférable d'effectuer une comparaison intragroupe : un groupe contrôle (enfants autistes avec entraînement à l'imitation), et un groupe témoin (enfants autistes sans entraînement à l'imitation). Cette hypothèse n'a pas pu être testée, à cause de la taille réduite de notre population.

Conclusion et perspectives

L'examen des données recueillies permettent d'approfondir les résultats de la littérature concernant la place de l'imitation dans le développement de la communication chez les enfants avec trouble de spectre autistique. Améliorer les conduites imitatives des enfants atteints d'autisme, leurs permet d'acquérir de nouvelles actions et de nouveaux gestes s'inscrivant dans le cadre d'un apprentissage des actes communicatifs et sociaux. Les perspectives offertes par ce travail pourraient favoriser, à l'avenir, l'élaboration des programmes de prise en charge essentiellement ciblées sur le développement des compétences imitatives chez les enfants avec trouble du spectre autistique.



Université de Tlemcen.

Bibliographie

- Baron-Cohen, S. (2000). *Theory of mind and autism*. Oxford : University Press.
- Barr, R., & Dowden, A. (1996). Developmental changes in deferred imitation by 6 to 24 month-old-infants. *Infant Behavior and Development* (19), pp. 159-170.
- De Meyer, M., Alpern, G., & Churchill, D. W. (1972). Imitation in autistics, early schizophrenic and nonpsychotic subnormal children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* (2), pp. 264- 287.
- Field, T., Nadel, J., Branda, L., & Escalona, A. (2002, April). Imitation Effects on Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders* , 32.
- Guidetti, M., & Tourette, C. (1995). Un nouvel outils d'évaluation des compétences cognitives du jeune enfant: l'ECSP et sa validation. *Enfance* (48), pp. 173-178.
- Guillaume, P. (1928). *L'imitation chez l'enfant*. Paris: Alcan.
- Lainé, F., Tardif, C., Rauty, S., & Gepner, B. (2008). Perception et imitation du mouvement dans l'autisme : une question de temps. *Enfance* (60), pp. 140-157.
- Meltzoff, A., & Moore, K. (2005). Imitation et développement humain: les premiers temps de la vie. *Terrain* (44), pp. 71-90.
- Nadel, J. (1996). Imitation et autisme. *Les Cahiers du Cerfée: Autisme et régulation de l'action*, p. 57.
- Nadel, J. (1986). *Imitation et communication entre jeunes enfants*. Paris: PUR.
- Nadel, J. (2011). *Imiter pour grandir : développement du bébé et de l'enfant avec autisme*. Paris: Dunod.
- Nadel, J., & Potier, C. (2001). Imiter et être imité : leur rôle dans le développement de la communication. *Le bulletin scientifique de l'arapi* (7), pp. 19-21.
- Nadel, J., Guérini, C., & Rivet, C. (1996). L'imitation, format évolutif de communication. *Enfance* (1).
- Rivière, V. (2006). *Analyse du comportement appliquée de l'enfant et de l'adolescent*. Presses Universitaires de Septentrion.
- Rogers, S., & Pennington, B. F. (1991). A theoretical approach to the deficits in infantile autism. *Developmental Psychopathology* (4), pp. 137-126.
- Shopler, E., Lansing, M., Reichler, R., & Marcus, L. (2010). *Profil Psycho-Educatif, PEP-3*. Bruxelles: De Boeck.
- Tardif, C. (2010). *Autisme et pratiques d'intervention*. Marseille: Solal.
- Uzgiris, I., & Hunt, J. (1975). *Assessment in infancy: Ordinal scales of psychological development*. Urbana : University of Illinois Press.
- Zazzo, R. (1988). L'imitation immédiate: bilans et perspectives. *Enfance* , 41 (02), pp. 125-126.



Faten Ellouze



Mohamed Fadhel M'rad

Tabagisme, dépendance à la nicotine et schizophrénie

Auteurs : Faten Ellouze¹, Leila Robbana², M El Karoui³, Kafa Ben Salah³, H Aouina⁴, Mohamed Fadhel M'rad⁵

Auteur correspondant : Ellouze Faten, 10 Rue Ahmed Tlili, Rades. Mail : dr.ellouze.faten@gmail.com

Résumé :

Introduction : le tabagisme est très fréquent chez les patients souffrant de schizophrénie, il constitue un problème de santé publique important. Dans ce travail, on s'est proposé de relever la prévalence du tabagisme dans une population de patients schizophrènes et de mesurer leur dépendance à la Nicotine selon le test de Fagerström.

Matériels : nous avons réalisé une étude transversale qui a concerné 100 patients souffrant de schizophrénie. Les patients inclus ont répondu à un questionnaire comportant 3 parties : des données sociodémographiques, des données cliniques et thérapeutiques ainsi que des données concernant un éventuel tabagisme. Nous avons complété l'exploration parmi les sujets tabagiques par le test de Fagerström de la dépendance nicotinique.

Résultats : Notre population se composait majoritairement d'hommes, célibataires, de bas niveau scolaire et socio-économique, sans profession. 72% étaient fumeurs. La moyenne d'âge d'initiation au tabagisme était de 15,2 $\pm$ 8,1 ans. La consommation quotidienne moyenne en cigarettes était de 29,3 $\pm$ 14,6 cigarettes par jour. 26 de nos patients ont réalisé auparavant des tentatives de sevrage. La passation du test de Fagerström a montré que les patients tabagiques étaient en moyenne fortement dépendants avec un score moyen calculé à 7,1 $\pm$ 4,3. Une forte dépendance à la Nicotine (FTND $\geq$ 6) a été observée chez 23 patients.

Conclusion : L'arrêt du tabac pose des difficultés majeures pour les patients souffrant de schizophrénie, des mesures d'aide spécifiques et des programmes d'aide au sevrage adaptés devraient être mis en place afin d'assurer la prise en charge de ces conduites.

Mots clés : tabagisme, schizophrénie, nicotine, test de Fagerström.

Abstract :

Introduction : smoking was frequent among schizophrenic patients. The aim of our study was to seek for the smoking prevalence in a sample of patients with schizophrenia. Our second objective was to evaluate the Nicotine's dependence using the Fagerström test.

Methods : it was a transversal study including 100 schizophrenic patients. Patients were asked about social, clinical and therapeutic data. For Nicotine dependence, patients were evaluated using the Fagerström test.

Results : 72% of our sample was smokers. The mean age of becoming smoker was 15, 2 $\pm$ 8, 1 years. 13 patients have tried to stop tobacco. The mean dependence score was 7, 1 $\pm$ 4, 3. A great Nicotine dependence (FTND $\geq$ 6) was observed among 23 patients.

Conclusion : stopping tobacco was difficult for schizophrenic patients. Program aiming to help them was needed.

Keywords : Smoking, schizophrenia, nicotine, Fagerström test.

Service de psychiatrie « Ibn Jazzar », Hôpital Razi, Manouba, Faculté de médecine de Tunis.

1-Professeur agrégé en psychiatrie,

2-assistants en psychiatrie,

3-psychiatres,

4-professeur en pneumologie,

5-professeur en psychiatrie

I. Introduction

La schizophrénie est le trouble psychiatrique où l'on retrouve la plus grande proportion de fumeurs. Les patients schizophrènes présentent un taux de mortalité lié à des causes évitables, comme le tabagisme, cinq fois plus élevé que celui de la population générale [14]. Ils présentent également une plus forte dépendance à la nicotine que les autres fumeurs et le taux de succès du sevrage tabagique est environ deux fois moindre que dans la population générale [2].

Malgré ce constat, la plupart des mesures prises dans la lutte contre le tabagisme ont plutôt ciblé la population générale, et n'ont pas porté de manière spécifique sur les personnes présentant des troubles mentaux sévères. D'un autre côté, le tabagisme a longtemps été et continue d'être toléré parmi ces patients [11].

Dans ce travail, on se propose de relever la prévalence du tabagisme dans une population de patients schizophrènes et de mesurer leur dépendance à la Nicotine selon le test de Fagerström.

II. Méthodes

L'étude, de type transversal, a concerné 100 patients souffrant de schizophrénie et suivis en ambulatoire au moment de l'enquête. Le but de l'étude a été précisé et les patients invités à donner leur consentement.

Pour chaque patient nous avons relevé des données socio-démographiques, les caractéristiques cliniques et thérapeutiques de la maladie schizophrénique et les données concernant un éventuel tabagisme.

Nous avons complété l'exploration parmi les sujets tabagiques par le test de Fagerström de la dépendance nicotinique (FTND) à six items [8]. Nous avons considéré un score supérieur ou égal à 6 au FTND comme une forte dépendance à la Nicotine.

III. Résultats

Notre population se composait majoritairement d'hommes, célibataires, de bas niveau scolaire et socio-économique et sans profession. (Tableau I)

L'âge moyen du début de la maladie était de 24,4 $\pm$ 6,9 ans, avec un nombre moyen d'hospitalisation de 3 $\pm$ 5 ans, une ancienneté de 12,2 $\pm$ 7,8 ans. La forme clinique la plus répondue était celle indifférenciée et un traitement à base d'antipsychotiques classique a été le plus souvent prescrit. (Tableau I)

Parmi les 100 patients recrutés, 72 étaient fumeurs (72%). La moyenne d'âge d'initiation au tabagisme parmi les 72 fumeurs de notre échantillon était de 15,2 $\pm$ 8,1 ans. La consommation quotidienne moyenne en cigarettes était de 29,3 $\pm$ 14,6 cigarettes par jour. 50 patients étaient considérés comme étant de gros fumeurs.

75% des sujets tabagiques étaient motivés par l'effet antistress du tabac, 52% par son effet stimulant, 13% par son effet convivial, 36% estimaient que le tabac remontait leur moral, alors que 58% avaient besoin du geste. 26 patients ont fait des tentatives de sevrage. Les patients tabagiques étaient en moyenne fortement dépendants avec un score

moyen calculé à 7,1 $\pm$ 4,3. Une forte dépendance à la nicotine (FTND $\geq$ 6) a été observée chez 46 patients.

IV- Discussion

1- Prévalence du tabagisme

La prévalence du tabagisme retrouvée dans notre population était de 72%. Dans le même contexte Tunisien, la prévalence du tabagisme varie entre 73% et 79,7% [7, 17] (Tableau II). Au niveau mondial, la prévalence élevée du tabagisme chez les personnes souffrant de maladie mentale, particulièrement de schizophrénie, a été documentée à travers de nombreuses études au cours des vingt dernières années. Cette prévalence oscille généralement entre 60% et 90%. (Tableau III)

Des études comparant la prévalence du tabagisme chez les sujets avec schizophrénie versus personnes souffrant d'autres troubles mentaux sévères (trouble dépressif, trouble bipolaire et troubles anxieux ou retard mental) ont montré que le risque d'être un fumeur régulier, pour les schizophrènes, est de 1,9 à 3,5 plus important. [3]. De même et comparativement à la population générale, on retrouve deux à trois fois plus de fumeurs parmi les patients suivis pour schizophrénie. L'analyse de 42 échantillons provenant de 20 pays différents et évaluant 7593 patients schizophrènes a mis en évidence un risque de fumer régulièrement 5,3 fois plus élevé que celui de la population générale [3]. En comparant la prévalence relevée dans notre étude par rapport à la population générale, on note que cette prévalence est pratiquement le double de celle enregistrée au niveau de la population générale en Tunisie [6].

Par ailleurs, les patients souffrant de schizophrénie semblent être :

- de plus gros fumeurs,
- plus susceptibles d'avoir fumé pour une période de temps prolongée,
- plus exposés à la nicotine extraite et absorbée,
- incapables d'arrêter le tabac.

2- Nombre moyen de cigarettes par jour

Dans notre étude, il s'avère que le nombre moyen de cigarette/j était de 29,3 $\pm$ 14,6. 25 patients étant même considérés comme étant de gros fumeurs. Ce résultat est proche de celui signalé dans une étude antérieure et où le nombre de cigarette/j était de 27,13 $\pm$ 16,8 [11]. La proportion de « gros » fumeurs a tendance à être plus importante dans la population des personnes présentant une schizophrénie comparativement à la population générale [11].

Il s'avère que le sujet présentant une schizophrénie a tendance à absorber plus de Nicotine que les autres « gros » fumeurs. De telles observations seraient en faveur de l'existence de récepteurs nicotiniques de faible affinité chez les patients souffrant de schizophrénie. Normalement les fumeurs chroniques présentent une augmentation de l'up-régulation des récepteurs nicotiniques, un effet supposé prévenir le risque de survenue d'une désensibilisation totale



Fumeurs de narguile à Sidi Bou Saïd, Photo Psy Cause, 2009.

suite à l'usage de nicotine. Cette augmentation est un reflet de la quantité de cigarettes fumées, elle est réversible à l'arrêt du tabac. L'étude de ces récepteurs chez les patients souffrant de schizophrénie montre que contrairement aux autres « gros » fumeurs, les patients schizophrènes ne montrent pas l'up-régulation des récepteurs nicotinique normalement observée après la consommation chronique de nicotine [11, 13].

Une autre particularité est observée parmi les fumeurs schizophrènes qui expirent plus de nicotine de chaque cigarette fumée par différentes techniques d'inhalation comme :

- serrer le filtre avec les lèvres ou les doigts et garder l'inhalation profondément plus longtemps,
- fumer la cigarette jusqu'au mégot,
- prendre plus de bouffées sur chaque cigarette.

Ces observations cliniques ont été corroborées par la mesure de la Conicotine, un métabolite de la Nicotine, dont la concentration urinaire est plus élevée chez les fumeurs schizophrènes par rapport à des fumeurs de la population générale [20].

3- Âge d'initiation au tabac

Dans notre étude, les patients ont commencé à fumer à partir d'un âge moyen 15,2 $\pm$ 8,1 ans, cet âge ne semble pas différer de celui enregistré au niveau de la population générale. Ce résultat est à l'opposé des données de la littérature, qui estiment que les patients schizophrènes, sont plus susceptibles d'avoir fumé sur une période de temps plus prolongée comparativement à la population générale [19]. La très grande majorité des fumeurs schizophrènes ont commencé à fumer durant l'adolescence, soit la plupart du temps, avant que le diagnostic de la maladie ne soit posé. Certains auteurs se sont posé la question de savoir si le tabagisme prédispose les patients à développer la schizophrénie ou encore si la maladie prédispose les patients à fumer [11].

4- Tentatives de sevrage

Dans notre étude, 26% des patients ont fait des tentatives de sevrage. Dans l'étude de Jaziri [11], les auteurs ont rapporté 57% de tentatives de sevrage parmi les patients fumeurs atteints de schizophrénie. En individualisant trois niveaux de motivation au sevrage tabagique, 77,5% des sujets enquêtés dans cette étude avaient une motivation moyenne ou faible. Dans une revue de littérature de Leon et al [3] ont montré que la prévalence du sevrage tabagique chez les patients atteints de schizophrénie était significativement moindre que celle enregistrée en population générale (9% versus 14 à 49%).

Plusieurs facteurs ont été avancés pour expliquer le moindre taux de sevrage tabagique parmi les patients atteints de schizophrénie [11] :

- plusieurs hôpitaux ne renforcent pas l'interdiction du tabagisme voire même utilisent la cigarette comme un moyen de renforcement positif,
- la faible perception, dans ce groupe de sujets, des effets néfastes du tabac sur leur santé, affecte leur motivation à arrêter,

- un trouble au niveau des motivations et des habiletés à gérer le stress, ce qui altère la capacité à mettre en pratique des méthodes aidant au sevrage,
- des facteurs sociaux tels que la pauvreté, le faible niveau éducationnel ou un support social inadéquat.

La conjonction de tous ces facteurs rend donc la participation l'adhésion aux programmes de sevrage réalisés pour la population générale difficile pour les personnes avec schizophrénie.

5- Motivations

Dans notre étude, 75% des sujets tabagiques étaient motivés par l'effet antistress du tabac, 52% par son effet stimulant, 13% par son effet convivial, 36% estimaient que le tabac remontait leur moral, alors que 58% avaient besoin du geste.

Plusieurs explications ont déjà été avancées pour élucider l'appétence des patients souffrant de schizophrénie au tabac comme [1, 9, 11] :

- Utilisation de la cigarette pour agir sur les symptômes dépressifs et anxieux.
 - Utilisation de la cigarette pour réduire les symptômes psychotiques.
 - Utilisation de la cigarette pour réduire les symptômes extrapyramidaux induits par les neuroleptiques.
 - Utilisation de la cigarette pour réduire les troubles cognitifs observés dans la maladie.
 - Utilisation de la cigarette pour combattre l'ennui, l'isolement.
- À cela s'ajoutent des facteurs sociaux comme le faible niveau d'éducation et le manque d'information sur les méfaits du tabagisme.

6- Dépendance à la nicotine

Le score moyen au test de Fagerström retrouvé dans notre étude était de 7,1 $\pm$ 4,3 ce qui correspond à une forte dépendance à la nicotine. Nos résultats rejoignent ceux de l'étude faite par Jaziri qui ont retrouvé un score moyen au FTND à 6,23 [11]. Dans notre étude 23 des individus tabagiques ont une forte dépendance à la nicotine (FTND $\geq$ 6). Trois études réalisées en Tunisie, ont trouvé, pour la première une prévalence de 91,4% de dépendance moyenne ou forte et pour la seconde 83,5% [7, 17] et de 62,5% pour la troisième [11].

Les données de la littérature sont en faveur d'une dépendance à la nicotine plus importante chez les patients atteints de schizophrénie. Ces patients étant également plus à risque de devenir des fumeurs réguliers et de fumer quotidiennement. De plus, ils fument en général des cigarettes avec un taux de nicotine plus élevé [16].

V. Conclusion

Le tabagisme est fréquent parmi les patients souffrant de schizophrénie, ces patients se caractérisent par une forte consommation de tabac, une importante dépendance à la Nicotine et plus de difficultés au sevrage. L'arrêt du tabac

pose en effet des difficultés majeures dans ce groupe particulier de la population générale, des mesures d'aide spécifiques et des programmes d'aide au sevrage adaptés devraient être mises en place afin d'assurer la prise en charge de ces conduites.

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population d'étude

Âge	Moyenne = 38,6 ± 7,7 ans		
Sexe	Féminin 24	24%	Masculin 76 76%
Niveau d'instruction	Analphabète ou primaire 66	66%	Secondaire ou supérieur 34 34%
Etat civil	Célibataire 74	74%	Marié 26 26%
Profession	Sans profession 84	84%	Avec profession 16 16%
Niveau socio-économique	Médiocres 76	76%	Bonnes 24 24%
ATCDP de conduites addictives autre que tabagisme	22	22%	Pas de conduites addictives 78 78%
Âge de début de la maladie schizophrénique	24,4 ± 4,9 ans		
Nombre moyen d'hospitalisations	3 ± 4,5 ans		
ancienneté des troubles	12,2 ± 7,8 ans		
Sous-types cliniques selon le DSM-IV	Indifférenciée 62	62%	Paranoïde 26 26%
Médicaments antipsychotiques	Antipsychotiques classiques 68	68%	Nouveaux antipsychotiques 12 12%

Tableau II: prévalence du tabagisme parmi les patients schizophréniques dans les études tunisiennes

Autours/années	Type de la Population	Prévalence
Louiz H et al 1998 [17]	Population masculine de patients schizophréniques	79,7%
Ghodhane S 2003 [7]	Population masculine de patients schizophréniques 50	72%
Jaziri I 2005 [11]	Patients schizophréniques suivis en ambulatoire 66	60,6%
Sijil I 2010 [23]	Population masculine de patients schizophréniques 157	---

Tableau III: Etudes des prévalences du tabagisme chez les patients souffrant de schizophrénie

Etudes	Lieu	Type de population	prévalence	Différence significative avec la population générale
Hughes et al 1986 [10]	Etats unis	Ambulatoire	58%	X
El Guedaly et al 1992 [15]	Canada	Ambulatoire	61%	X
Kelly et al 1999 [12]	Ecosse	Ambulatoire et hospitalière	58%	X
De Leon et al 2002 [14]	Etats unis	Hospitalière	75%	X
Liao et al 2002 [15]	Taiwan	Hospitalière	41%	—
Poirier et al 2002 [21]	France	Ambulatoire et hospitalière	66%	X
Srinivasan et al 2002 [24]	Inde	Ambulatoire	38%	—
Mori et al 2003 [19]	Japon	Ambulatoire	34%	—
Uzun et al 2003 [22]	Turquie	Ambulatoire	50%	—



Cour du service du Pr M'rad à l'Hôpital Psychiatrique Universitaire Razi de Tunis. Photo Psy Cause, juin 2015.

Bibliographie

- [1] Anfang MK, Pope HG. Treatment of neuroleptic induced akathisia with nicotine patches. *Psychopharmacology* 1997; 134: 153-6.
- [2] Brown S, Inskip H, Barraclough B. Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiat* 2000; 177: 212-217.
- [3] De Leon J, Diaz FJ. A metaanalysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behavior. *Schizophr Res* 2005; 76 :135-57.
- [4] De Leon J, Diaz F, Rogers T, Browne D, Dinsmore L. Initiation of daily smoking and nicotine dependence in schizophrenia and mood disorders. *Schizophr Res* 2002; 56: 47-54.
- [5] El Guedaly N, Hodgins D. Schizophrenia and substance abuse: prevalence issues. *Can J Psychiatry* 1992; 37: 704-710.
- [6] Fakhfakh R, Hsairi M, Achour N. Epidemiology and prevention of tobacco use in Tunisia: Behavior and awareness. *Bull World Health Organ* 2002; 80: 343-348.
- [7] Ghodhane S. Schizophrénie masculine et usage de substance en Tunisie. Mémoire pour la capacité Parisienne interuniversitaire d'addictologie clinique. 2003-2004
- [8] Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerstrom KO. The Fagerstrom test for nicotine dependence: A revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *Br J Addict* 1991; 86: 1119-27.
- [9] Henning SE, Kiss JP, Vizi E. Nicotine acetylcholine receptor antagonist effect: evidence for a genetic influence on smoking persistence. *Addict Behav* 1993; 18 :19-34.
- [10] Hughes JR, Hatsukami DK, Mitchell JE, Dahlgren LA. Prevalence of smoking among psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 993-997.
- [11] Jaziri I. Comportement tabagique chez les schizophréniques à propos de 66 cas, thèse de médecine. Faculté de médecine de Tunis, 2005.
- [12] Kelly C, McCreadie RG. Smoking habits, current symptoms and premorbid characteristics of schizophrenic patients in Nithsdale, Scotland. *Am Journal Psychiatry* 1999; 156: 1751-1757.
- [13] Kumari V, Postma P. Nicotine use in schizophrenia: the self medication hypotheses. *Neurosci biobehav Rev* 2005; 62: 41-5.
- [14] Lasser K, Boyd J W, Woolhandler S, Himmelstein DU ; Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *JAMA*. 2000; 20: 2606-10.
- [15] Liao DL, Yang JY, Lee SM, Chen H, Tsai SJ. Smoking in chronic schizophrenic inpatients in Taiwan. *Neuropsychobiology* 2002; 45: 172-175.
- [16] Lohr JB, Flynn K. Smoking and schizophrenia. *Schizophr Res* 1992; 8 : 93-102.
- [17] Louiz H, Hammouda M, Sahi JF. Schizophrénie et tabagisme: Les secrets de la Nicotine. *Annales Tunisiennes de psychiatrie* 1998; 3 :69-72.
- [18] Masterson E, O'shea B. Smoking and malignancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1984; 145: 429-432.
- [19] Mori T, Sasaki T, Iwanami A, Araki T, Mizuno K, Kato T. Smoking habits in Japanese patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2003; 120: 207-209.
- [20] Olincy A, Young DA, Freedman R. Increased levels of the nicotine metabolite cotinine in schizophrenic smokers compared to others smokers. *Biol Psychiatry* 1997; 42: 1-5.
- [21] Poirier MF, Canceil O, Bayle F, Millet B, Bourdel MC, Moatti C. Prevalence of smoking in psychiatric patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26: 529-537.
- [22] Uzun O, Cansever A, Basoglu C, Ozsahin A. Smoking and substance abuse in outpatients with schizophrenia a 2 year follow up study in Turkey. *Drug Alcohol depend* 2003; 70: 187-192.
- [23] Sijil I. Etude de l'imputabilité du tabagisme dans la survenue des dyskinesies tardives des neuroleptiques. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Tunis, 2010.
- [24] Srinivasan TN, Thara R. Smoking in schizophrenia all is not biological. *Schizophr Res* 2002; 56: 64-74.

Œuvres d'ateliers à médiation créative

Pour ce numéro 72, Psy-Cause publie deux œuvres proposées par Carla van der Werf qui a cofondé avec Jean-Marie Cartereau l'atelier d'Art de l'Hôpital psychiatrique de Pierrefeu du Var.

Ces deux œuvres, réalisées par des personnes qui fréquentent cet atelier d'Art, sont :

- «*L'arbre*» de Miguel Garcia, fusain et pastel sur papier 65 x 50 cm, 2016

- «*Portrait*» Daniel Xhaard, acrylique sur papier 29,7 x 21 cm, 2016

L'atelier d'Art de l'Hôpital psychiatrique de Pierrefeu du Var a la particularité d'être animé par les artistes qui l'ont créé le 4 Juin 1987, et qui ont été, plus tard, intégrés parmi le personnel du Centre Hospitalier auxquels se sont adjoints au fil des ans d'autres artistes pour former l'équipe actuelle : Jean-Marie Cartereau, plasticien, formateur en art-thérapie, responsable culturel de l'Établissement ; Jean-Christophe Molineris, artiste peintre, formateur en art-thérapie ; Sandrine Monson, céramiste, animatrice ; Stéphanie Salaün, art-thérapeute ; Carla van der Werf, plasticienne, art-thérapeute.

Cet atelier, qui s'adresse aux patients, accueille aussi des stagiaires des écoles d'art-thérapie privées ou universitaires (Paris, Tours, Bordeaux, Avignon, Arles) et des étudiants d'écoles d'art.

L'atelier expose ses œuvres dans divers lieux de la cité, en France et à l'étranger, et, en 1992, dans un projet d'aide à la "re-création du lien social", l'hôpital a transformé le sous sol d'un de ses pavillons en une galerie d'exposition de 400m² qui a été distinguée en tant que site pilote par le comité européen de coordination du projet l'Art à L'Hôpital, projet placé sous l'égide de l'UNESCO et qui s'inscrit dans le cadre de la Décennie Mondiale du Développement Culturel.

Thierry Lavergne





L'équipe de Psy Cause

II Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon et Zaris)

II Directeur adjoint

Thierry Laverne (Aix-en-Provence)

II Rédacteurs en chef

Coordonnateur : Jean Paul Bossuat

Marie-José Pahn (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

II Comité universitaire francophone de lecture

Samuel Mampunza (Université de Kinshasa, RD Congo)

Gérard Pirlot (Université Toulouse II, France)

Aïda Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

André Tabo (Université de Bangui, Centrafrique)

Raymond Tempier (Université d'Ottawa, Ontario, Canada)

Jean-Marie Yéou-Ténéna (Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

II Secrétaires de Rédaction

Afrique subsaharienne :

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

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Amérique du Nord :

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Adjoint à l'Amérique du Nord :

Jean-Paul Olivier (Belfort, France)

Europe :

Yves Chmielewski (Avignon, France)

II Comité de Rédaction Francophone

Charles Akondé (Cotonou, Bénin)

François Daniel Alberola (Phnom Penh, Cambodge)

Alfredo Ancora (Rome, Italie)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec, Canada)

Valérie Aubin (Monaco)

Geneviève Ayach (Paris, France)

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse, Tunisie)

Isabelle Benoiston (Victoria, Seychelles)

Réda Bénosmane (Tlemcen, Algérie)

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 Fiozzi-Kapdonou (Cotonou, Bénin)

Thierry Fouque (Nîmes, France)

Martine Fournier (Marseille, France)

Ivan Galuszka (Bila voda, Tchéquie)

Jean-Louis Griguer (Valence, France)

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)

Samuel Mampunza (Kinshasa, RD Congo)

Gilbert Mananga (Kinshasa, RD Congo)

Alain M. Mouanga (Brazzaville, Congo)

Corentin Nascimento (Chaumont, France)

Valère Nkelzok (Douala, Cameroun)

Marc Oeynhausen (Avignon, France)

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto, Japon)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville, Congo)

Arouna Ouédraogo (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)

Salio Salifou (Lomé, Togo)

Ousmane Sall (Nouakchott, Mauritanie)

Anne Sarrassar (Nice, France)

Sophie Sauzade (Île de la Réunion)

Kiyoshi Shiraiishi (Fukukoa, Japon)

Dominique Schneider (Strasbourg, France)

Othman Sentissi (Genève, Suisse)

Kokou Messanh Agbémélé Snédjé (Lomé, Togo)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh, Cambodge)

Aïda Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

André Tabo (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 Videlaïne (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 Botrai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Boutet (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)

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.....

Femmes, développement et psychopathologie en Afrique

2^{ème} congrès de la Société Africaine de Santé Mentale
avec la présence d'un atelier Psy Cause



**Du 6 au 9 mars 2017 à Yamoussoukro
(Côte d'Ivoire)**

Partenaire officiel de la SASM depuis février 2014, Psy Cause animera, à Yamoussoukro, un atelier qui sera l'occasion d'échanges à propos de la revue, du projet de congrès international Psy Cause à Lomé (Togo) en 2018, et permettra plus particulièrement l'expression d'acteurs de la sous région. Ce congrès associe également la Société de Psychiatrie de la Côte d'Ivoire.

Contact : spcicongres2017@gmail.com

Président du Comité d'Organisation : Pr Drissa Koné (Abidjan),
par ailleurs membre du Conseil d'Administration de Psy Cause International depuis 2012.