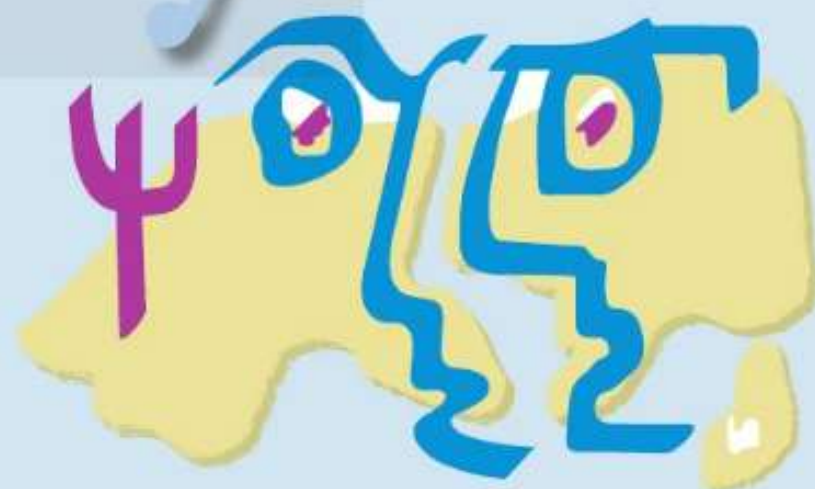


Psy

Psy Cause 73

3^{ème} quadrimestre 2016



en francophonie, les psy causent

Cause



Sommaire

Psy Cause I : Art Thérapies et Œuvres d'ateliers à médiation créative

Introduction au dossier..... 3

France : L'intérêt d'installer un service d'art-thérapie en psychiatrie

François Granier 4

Bénin : Thérapie à médiation artistique au Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou : à propos de deux cas

Dèdonougbo Mémègnon Awohouedji, Grégoire Magloire Gansou, Elvyre Klikpo, Houedjoudjo Sègbédé Emilienne Aligbonon, Codjo Djankpa, Moïse Dossa, Sonia Kanekatoua, Guillaume Alowanou, Mireille Njanjo, Victoire Foundohou, André Tabo 9

France : La place de l'œuvre dans le processus d'art-thérapie.

Alain Gleize 16

France : Créativité et art thérapie

Thierry Lavergne 20

Psy Cause II : Auteurs francophones

Introduction au dossier 24

Côte d'Ivoire : Mourir à soi, effet de la guerre sur la femme en Côte d'Ivoire

Madjara Akesse Pokou N'guessan Anoumatacky, Anna-Corinne Bissouma, Alain-Maxime Mouanga, Yessonguilani Jean-Marie Yéo-Ténéna 25

Côte d'Ivoire : Etude des déterminants de l'agressivité chez les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweit de Yopougon (Abidjan)

Atta Kouamé, Félicien Yomi Tia 33

Burkina Faso : Automutilation en psychiatrie : à propos d'un cas clinique à Ouagadougou

Désiré Nanéma, Patrice Goumbri, Patrice Tapsoba, Boubacar Bagué, Kapouné Karfo, Jean Gabriel Ouango, Ousseini Diallo, Arouna Ouédraogo 41

Centrafrique : Facteurs influençant les itinéraires thérapeutiques chez les patients suivis en psychiatrie au CNHU de Bangui

André Tabo, Anselme Djidonou, Grégoire Magloire Gansou, Saliou Salifou, Grégoire Caleb Kette, Alain Maxime Mouanga, Sylvain Gomossa, Nathalie Agnès Koutou, François Touadera, Kolou Simliwa Dassa, Mathieu C Tognidé, René Gualbert Ahyi 46

Cameroun : Traumatisme initial et passage à l'acte sexuel déviant sur les enfants au Cameroun : une étude de deux cas de sujets incarcérés à la Prison Centrale de Yaoundé

Emilie Clarisse Tchokote 51

France : Vitamine C et troubles cognitifs dans un contexte d'imprégnation éthylique

Damega Wenkourama, Chloé Meslin, Alexandre Baguet 60

Algérie : Croyances socioculturelles et attributions religieuses de l'épilepsie à Tlemcen

Djaouida Berrahil 64

Psy Cause

73

Septembre-Décembre 2016

Revue quadrimestrielle

Dr J.-P. Bossuat

3 rue de la Balance - 84000 Avignon

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

Prix du numéro : 20€

Infographie : BAZILIC INSTINCT - Avignon 84

04 90 22 25 95

Imprimeur : MC Caractère - Avignon 84

04 90 27 08 09

ISSN 1245-2394



Plaidoyer pour une matérialité de l'écriture

Ce N°73 clôture, avec quatre mois de retard, l'année 2016. Il est le cinquième édité en couleurs par Psy Cause. Rappelons les trois numéros à thématique géographique : le 69 sur le Sénégal, le 70 sur le Japon et le 71 sur le Canada. Il a été convenu de publier ensuite un numéro hors thématique (le 72) afin de permettre à de nombreux auteurs d'articles de qualité en attente, de faire connaître leurs travaux. Nous avons maintenu une référence géographique en précédant le titre de l'article, du nom du pays d'origine de l'auteur principal. L'originalité de notre revue, et ce qui fait son identité, est de donner une image de la clinique et des pratiques soignantes en santé mentale dans divers espaces francophones.

Ce N°73 est mixte puisque, s'il comprend, pour l'essentiel, une partie athématique ouverte, il regroupe quelques articles sur l'art thérapie et la créativité dans un dossier court. En effet, ce numéro sera présent à Québec du 1^{er} au 3 juin 2017 dans le cadre du second « bloc » Psy Cause lors du congrès annuel de l'AMPQ (Association des Médecins Psychiatres du Québec), dont le thème sera : « De la recherche à la clinique : dialogue entre la science et l'art. » Notre quatrième page de couverture annonce cet événement au cours duquel le Dr Thierry Lavergne, directeur de la cellule d'art thérapie de Psy Cause, communiquera.

Confrontée au virage numérique de notre époque, notre revue donne la possibilité d'un abonnement dématérialisé via le PDF ou, sur notre site, d'une lecture gratuite de numéros parus depuis au minimum une année. Elle propose parfois, également sur le site, des aperçus de certains articles particulièrement intéressants en terme d'actualité. Quant aux numéros papiers, ils s'inscrivent dans une place nouvelle pour une civilisation du livre, elle même au cœur de la dialectique, si justement retenue par l'AMPQ, du « dialogue entre la science et l'art ». La matérialité du support de communication introduit le message dans la temporalité et, pour ce faire, s'habille d'esthétique.

De l'accès à une banque de données via son écran d'ordinateur ou de Smartphone à la propriété personnelle d'un ouvrage imprimé, il y a un saut qualitatif dont notre monde n'a pas encore pris la mesure. Imprimer un journal pour diffuser de l'information sera, dans un avenir proche, du seul registre du numérique. L'impression du résultat d'une recherche apporte un plus à son auteur lorsqu'il se présente à un concours, pouvant argumenter d'un support matériel. Mais c'est un phénomène de culture car rien ne dit que dans le moyen terme, la matérialité demeure un argument significatif. En fait, l'impression établit une relation personnelle avec l'objet qui accompagne notre propre existence matérielle faite de chair, que l'on range, que l'on retrouve, que l'on déménage, qui doit avoir au regard mais aussi au toucher une dimension esthétique.

L'histoire des rapports de l'homme à l'écriture nous en donne des exemples. L'un d'entre eux est celui des Textes des Pyramides. Des siècles durant, les prêtres funéraires pratiquaient, à la mort du pharaon, la récitation dans la pyramide de textes religieux et magiques censés assurer la survie du défunt et la poursuite, dans un autre contexte, de sa mission dans le fonctionnement du cosmos. Ces textes étaient lus à partir des livres de l'époque qui avaient la matérialité technique de rouleaux de papyrus. Vers l'an 2350 avant notre ère, les prêtres procédèrent à une révolution conceptuelle en gravant ces textes à l'aide de beaux hiéroglyphes sur les surfaces en pierre du dispositif architectural abritant le sarcophage, c'est à dire le corps matériel du défunt. Dans l'esprit des prêtres, réalisée avant que le tombeau ne soit clos pour l'éternité, la matérialité des textes renforçait considérablement l'efficacité magique recherchée. Ce travail n'était évidemment pas destiné aux futurs égyptologues mais à un colloque singulier avec le propriétaire de la tombe.

Nous avons fait le choix de conserver une publication papier, en y ajoutant une dimension esthétique nouvelle. Les articles sont illustrés en couleur et nous remercions les auteurs qui acceptent de jouer le jeu par l'envoi de photographies de qualité. L'impression est soignée de même que la qualité du papier. Cela a évidemment un coût que n'aurait plus la dématérialisation : la réponse est avant tout entre les mains de nos lecteurs, et de nos auteurs, qui posent l'acte de s'abonner.

Jean Paul Bossuat et Thierry Lavergne

Art Thérapies et Œuvres d'ateliers à médiation créative

C'est avec le numéro 71 que nous avons inauguré notre rubrique d'Œuvres d'ateliers à médiation créative. Pour ce numéro 73, nous avons choisi de faire de la rubrique un dossier qui regroupe des œuvres et des articles ouvrant une réflexion pratique et théorique sur l'art thérapie.

Le premier article est d'un auteur qui fait référence dans ce domaine : le Dr François Granier, psychiatre, Praticien Hospitalier Universitaire au CHU Purpan de Toulouse. Il dirige le Diplôme d'Université et de Formation Continue intitulé « Psychiatrie, Psychothérapies Médiatisées, Art-thérapie ». Lequel a été délivré à de nombreux professionnels de la Région Occitanie. Il a installé, au CHU Purpan, un « service d'art-thérapie » en psychiatrie. Son article est sa communication au XVII^e Colloque interrégional de Psy Cause en France, au Château de Rochemure, le 9 avril 2016. Cette troisième édition de notre rassemblement dans ce château de la Drôme Provençale, avait pour thème « Les processus de création ». Le Dr François Granier nous fait part de son expérience à Toulouse et nous présente ainsi quelques principes de base qui sous-tendent son travail.

Le second article nous invite à la découverte de l'ARSEA (Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique) installé au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (Bénin). L'auteur principal, le Dr Dèdonougbo Mémègnon Awohouedji, a effectué en 2014/2015 un stage dans cet atelier alors qu'il était étudiant en spécialité de psychiatrie. Il nous livre une analyse de cette expérience, principalement à titre de témoignage car le fondateur de cet atelier et alors directeur du CNHUPC, le Pr Mathieu Tognidé, décédait en septembre 2015. Ce dernier fut, rappelons le, à l'origine de la dimension francophone de notre revue puisqu'en 2010 il obtenait l'agrément de Psy Cause par le CAMES (Conseil Africain et Malgache de l'Enseignement Supérieur). Il nous avait très fortement incités à changer d'échelle, ce qui fut une réalité dès les derniers mois de l'année 2010 avec la mise en place d'un comité de rédaction francophone. Le Dr Dèdonougbo Mémègnon Awohouedji se réfère, dans son article, à l'atelier d'art thérapie du CHU de Fann Dakar dont une œuvre illustre l'affiche de notre colloque d'avril 2016 à Rochemure. L'art thérapie est une pratique bien présente en Afrique.

Le troisième article est le témoignage théorique et pratique d'Alain GLEIZE, plasticien, art-thérapeute et président fondateur de l'IRFAT, l'école d'art thérapie d'Avignon, qui nous fait part de sa riche expérience et dont nous publions les œuvres d'élèves qu'il nous a transmises. Son article questionne la place de l'art-thérapeute, témoin du processus complet de création et du matériel psychique en jeu. L'ouverture à soi-même provoquée par la création artistique permettra l'accès à une possible élaboration à l'aide de la création artistique, le soin étant un objectif et l'art, un moyen. Son école essaime cet automne aux Antilles...

Le quatrième article s'appuie sur ma contribution au colloque de Rochemure sur les processus de création. J'y rappelle l'évolution libidinale de l'enfant qui l'amène à élaborer des processus créatifs qui restent à l'œuvre tout au long de la vie de chacun et qui sont, aussi, en jeu dans la création artistique d'une œuvre. C'est suite à ce colloque que j'ai créé, au sein de l'association Psy Cause, la « cellule d'art thérapie » qui sera discutée lors de notre assemblée générale du 13 Mai 2017.

Thierry Lavergne



François Granier

L'intérêt d'installer un service d'art-thérapie en psychiatrie⁽¹⁾

Auteur : François Granier

Résumé⁽²⁾ : la pratique de l'art-thérapie exige du thérapeute un intérêt pour l'art mais également une solide formation technique de psychothérapeute. L'intérêt est de guider le patient dans un processus de créativité engageant avec le thérapeute une relation transférentielle. La thérapie se déroule avec la médiation formelle de l'œuvre.

Mots clés : art-thérapie, créativité, médiation, psychiatrie.

Summary : the practice of art therapy requires that the therapist has an interest for art, but he also must have a solid technical training in psychotherapy. The purpose is leading the patient through a creative process involving a transferential relationship with the therapist. The therapy takes place within the formal mediation of the art work.

Keywords : creativity, art therapy, mediation, psychiatry.



Place Saint-Esienne. Toulouse. Photo Psy Cause.

Dr François GRANIER

Président d'Honneur SFPE-AT

Responsable DU-FC Psychiatrie, Psychothérapies Médiatisées, Art-thérapie, CHU Purpan - 330 avenue de Grande-Bretagne - TSA 70034 - 31059 Toulouse Cedex 9.

Tél : 05 34 55 75 06 - Fax : 05 34 55 75 16 - Mail : granier.f@chu-toulouse.fr

(1) Communication au XVIII^e Colloque interrégional de Psy Cause en France Château de Rohegude. 09/04/2016.

(2) Les résumé et mots clés sont de la rédaction.

Dans l'intérêt porté à installer un service d'Art-thérapie en psychiatrie, il y a d'abord le facteur personnel, un intérêt précoce pour l'art, suivre ses évolutions et ses modes, avoir reçu une culture classique, par exemple pour les langues anciennes. Ceci étant repéré par un vieux maître, qui a les mêmes goûts, qui oriente son élève, et lui donne carte blanche. Si possible dans le cadre universitaire qui permet le travail dans la durée et l'exigence à l'évaluation. Donc l'art-thérapie arrive précédée d'une préhistoire, qui est même transgénérationnelle. Cet intérêt est une orientation psychique, qui ne s'accompagne pas obligatoirement d'une pratique artistique. Mais cette sensibilité particulière va bien avec l'exploration du monde de la psyché. La psychopathologie freudienne classique en est un excellent exemple. Enfin le choix professionnel médical témoigne du besoin de la réflexion sur l'organisation du dispositif.

Donc le facteur personnel indéniable, mais contrôlé, c'est le chemin ensuite de l'analyse personnelle, à côté des exigences des responsabilités du soin. Ce facteur est parfois trompeur, il laisse croire à certains qu'il suffit de pratiquer l'art pour être automatiquement thérapeutique ou thérapeute. Ce sont les dangers de la compassion et de l'empathie, piège que l'art ouvre tout grand. Ce facteur individuel est donc fondamental pour la pérennisation de l'installation d'un service, mais il ne peut concerner tous les praticiens ou soignants.

D'autre part, installer l'art-thérapie a d'autres motivations possibles. Choisir parmi toutes les sous-spécialisations de la psychiatrie, spécialité qui se parcellise, se clive, où l'on ne peut exceller partout. Mais aussi le constat de l'ennui. Le nôtre, car il faut reconnaître que de nombreuses situations cliniques se ressemblent et se répètent, y compris dans les pratiques de psychothérapie. Et celui aussi des patients couplé à celui de l'institution où ils vivent. L'art-thérapie vient alors apporter un moyen de stimulation, d'émulation, autant individuel que groupal.

De plus, le rapport à la culture a évolué avec le temps. La culture classique, le recours au mythe par exemple, la métaphore disparaissent chez les jeunes générations, non seulement de nos élèves médecins, mais aussi des jeunes patients. Le rapport à l'objet culturel s'en trouve transformé. Il est plus distant voire même absent. Où en est leur culture générale ?

Qu'il est loin le temps où l'on venait peindre en atelier, alors qu'aujourd'hui nous sommes envahis par les graffiti. Le travail thérapeutique comprend donc maintenant une dimension qu'il faut bien appeler éducative ou pédagogique. Révéler la situation artistique, l'être-en-atelier, ces formes de disponibilités particulières inconnues, la découverte des supports, des gestes, jouer un nouveau personnage. Enfin, dans cette même logique de rencontre avec un univers que ne développent pas les modes de vie actuels de plus en plus précaires, socialement et culturellement parlant, doit se pratiquer l'heureuse rencontre, le dépistage d'une propension insoupçonnée pour la chose esthétique.

Rapport esthétique au monde plus que pratique de création artistique. Découverte qui concerne autant les nouveaux

soignants ou collaborateurs, que les patients eux-mêmes. Il est évident que pour tenir cette position, il faut un engagement personnel, être un modèle, une conviction qui tienne dans la durée, et des qualités pédagogiques autant que transférentielles particulières.

En effet, il s'agit d'une certaine façon d'une position de retrait, de maïeutique, et non d'activisme ou de professionnalisme artistique. C'est-à-dire position réflexive de psychothérapeute, derrière le tableau pourrait-on dire comme derrière le divan, sans parasitage par l'excès de présence de l'image. Inutile de dire que toute idéalisation de l'art, toute illusion de ce qui en serait un pouvoir thérapeutique exclusif, doivent être bannies. Ce qui compte c'est la créativité et non la création, comme la guérison on pourrait dire qu'elle vient en plus. Ce n'est pas l'objet beau qui est produit qui résume l'effort thérapeutique, tout au plus peut-on en être satisfait, c'est la cerise sur le gâteau. Mais c'est le procès, la difficile quête de la beauté, avec ses insatisfactions et ses échecs, donc cette mise en travail psychique. L'art n'est qu'un moyen, non un but, il faut à la fois savoir tenir les pinceaux, et les lâcher. L'art-thérapie n'est qu'une voie de traverse, quand l'affrontement de la résolution des problèmes est un impossible.

On nous parlera aussi de raisons cliniques pour installer un tel service, l'expression, la déstigmatisation, la socialisation, l'occupation. Nous ne sommes pas dupes, il s'agit souvent de mots-valises, qui ne reflètent pas le vrai fonctionnement institutionnel. Car l'alliance thérapeutique doit se gagner, jour après jour, en recommençant avec chaque nouveau patient.

L'art-thérapie peut y trouver sa place comme moyen de modifier l'image du soin et celle de soignant. On nous a même reproché parfois de porter une double casquette, artiste et soignant, ce qui serait inconcevable. Erreur grossière, car les patients ne se trompent jamais sur ces rôles, ils le disent bien assez. Par contre ils apprécient le changement de position, les dédoublements de facettes, qui humanisent, sortent de la rigidification des rôles, illustrent que nous tous pouvons tirer bénéfice de ces métamorphoses à l'intérieur de la vie du service. Particulièrement quand ils sortent de milieux ou d'histoires familiales ou sociales où les rapports étaient bloqués, figés. La confiance, base du transfert, se nourrit de ce sentiment de sécurité qu'apporte paradoxalement le changement de rôle. Winnicott insiste sur ce sentiment de fiabilité que nous devons inspirer. Il s'agit d'un processus d'exploration, de détachement qui pourra ensuite s'être autorisé à soi-même, faciliter la lente sortie de ses propres contraintes. Exercice de souplesse, et de transformation grâce à ces profils d'identification multiples.

Nous insistons bien là sur notre expérience d'art-thérapeute soignant, et non la délégation à des acteurs externes clivés de la vie institutionnelle. Il s'agit de faire respirer ce besoin fondamental à l'homme d'avoir une relation esthétique au monde et à sa propre existence. Forme particulière d'altruisme, où nous devons donner l'exemple à l'intérieur du cadre du soin.

Nous avons toujours regretté que l'art-thérapie n'ait pas eu son ouverture anthropologique. Cela a été impossible pour ce microcosme, ce domaine particulier de la création, car il ne s'est jamais structuré, ne s'est pas défini une identité interne, et s'est rapidement externalisé dans le monde du culturel, de la communication, qui n'a rien à voir avec les arcanes du transfert. Comme le disait Philippe Jeammet, la « médiation c'est le transfert ». Et cela vaut pour tous les médium. Et elle n'a pas davantage tiré profit de la philosophie contemporaine de l'esthétique, comme celle de Jean-Marie Schaeffer, avec toutes les fonctions de l'émotion, de l'affect comme acteurs de la thérapie. Encore une lacune qui est une véritable béance, tant l'on ne vivrait que pour l'agir.

Quant au transfert, il est particulier en art-thérapie, car son objet est double. Tout d'abord la personne, le soignant qui est autant dans le langage verbal, que de celui des gestes, des attitudes dans la vie institutionnelle. L'intonation en dit plus long que le mot. D'un autre côté, le médium dont le langage est autre.

Si le langage verbal se prêterait, croirait-on souvent, plus facilement à l'activité symbolique et à l'interprétation, il reste souvent prisonnier d'un réseau de langage convenu, et d'associations toutes prêtes. C'est qu'il doit se travailler longuement, ce qui est précisément difficile avec nos patients hospitalisés chroniques, en particulier psychotiques ou opératoires. Avant de s'interroger sur le sens des mots, encore faut-il souvent en trouver.

De son côté, le langage du médium se prêterait à une lecture plus facile, ou plus immédiate, sorte de réification de l'expression dans la réalisation de l'œuvre. Mais souvent c'est une erreur, l'image aveugle ou assourdit. L'expérience des expositions d'art-thérapie avec sa double visite possible, soit le simple défilé devant les œuvres, soit avec les commentaires du créateur, montre à quel point l'image perd de suite de son intérêt quand elle laisse la place à l'écoute de son histoire. Il est illusoire de croire que le médium apporte en lui-même un potentiel de langage plus accessible.

Cependant l'œuvre a alors un intérêt, elle crée un décalage qui dans le commentaire aide à faire changer le discours. Nous sommes alors loin de la simple plainte, du symptôme. Cette image que le sujet s'est appropriée, souvent étrangère à lui-même à son origine, l'amène enfin à parler de lui différemment. Un discours plus distancié peut naître, c'est le pouvoir réflexif de l'œuvre, qui de loin en loin pourra s'instituer même sans elle, sans sa présence.

Ne nous y trompons pas, c'est ce que nous nous souhaitons, ce qui arrive parfois. Mais le processus pathologique est toujours là. Il ne demande qu'à rechuter. Prudence donc sur le progrès que l'on nous affirme.

Par contre le médium a un autre avantage, il permet un tout autre type de langage, le langage formel. C'est la structure formelle de l'œuvre, quelque soit le médium, composition de l'espace, traitement de la couleur, production musicale, type d'écriture (prose ou poésie qui n'ont rien à voir), faci-

lités variables dans l'expressivité corporelle, etc.... Cette structure reste et est visible, perceptible, même quand le langage verbal disparaît dans la crise, ou quand son contenu se banalise au fil de l'évolution. Or ce style formel est étroitement lié aux types de pathologies, passons ici sur les aspects cognitifs. D'avoir suivi pendant de longues années de tels auteurs, dans leurs réalisations artistiques, comme dans leurs évolutions cliniques, est un verdict sans appel. La structure ne change pas. Par contre elle s'habille, se maquille. L'expérience des expositions avec changements de thèmes est exemplaire. Les contenus thématiques peuvent changer, le style de la structure est un invariant.

L'art-thérapie alors est un terrain privilégié pour percevoir nos effets et nos limites. Le sujet peut travailler, améliorer, et surtout s'investir de plus en plus, bien que sa structure ne change pas. Parfois cela devient un objectif existentiel. Ceci ne fait que nous renvoyer à ce que l'on appelle l'efficacité dans l'évaluation de leurs progrès. Cette efficacité est le gain en capacité d'adaptation autour d'un noyau psychopathologique qui lui ne bouge pas. Cela vaut bien sûr aussi parallèlement pour les compétences sociales.

Cet abord des différents types de langage révélés dans l'art-thérapie, fait que notre pratique est bien loin des préoccupations de la culture. On ne produit pas, on ne sublime pas, mais on répare ce qui est tout à fait différent. Ces productions ne sont pas avec ces patients des translations, des changements d'objets symboliques, mais une tentative de réunification, de contention d'un objet brisé. Le travail de l'œuvre est un support de réparation de ce qui y est projeté, venant du self meurtri.

Dès lors, quelle est la place de l'art-thérapie dans un service. C'est un espace, un *no man's land* mal délimitable, une friche après les dégâts, une entreprise de récup' de matériaux psychiques, une néoréalité en apparence (seulement) gratuite, une image trouble ou troublée de la fonction soignante et du soignant, entre rectification symptomatique, renormalisation, réadaptation, orthodoxie, et ineffable expérience relationnelle à un individu et à la matière qu'il propose, anomie sans code défini.

Elle est terrain d'observation, c'est-à-dire apprendre à regarder avec un recul, passer du regard réflexe primaire (les sensations de la matière) au réflexif secondaire (la construction). Elle est travail spéculatif du regard, avec la même distance qu'au théâtre, ou devant un objet à théoriser. Elle est temps de contemplation, dont on ne sait s'il apprécie les lignes ou les fonctions, les sens de l'image. L'œuvre en est le support différé, au-delà de l'actualité des symptômes, avec la part d'énigme. A condition de ne pas en devenir fétichiste, idéaliste, de ne redevenir qu'un artiste, celui de l'ars latin, ou de la *techné* grecque, du temps où artisan et artiste étaient confondus.

Le terrain de l'art-thérapie, c'est l'atelier, affranchi, sans obligation de production, lieu de l'espace à soi, où la présence-absence de l'art-thérapeute respecte sa forme de vide,

de silence, de non parasitage. C'est « l'arrière-boutique » de Montaigne, un vide-plein, remue-ménage interne dans l'attente. Surtout pas espace de rêverie, tant les patients les plus graves en sont incapables, tout au plus celle du soignant, c'est-à-dire celle de la mère-environnement de Winnicott. Passivité active, *vita contemplativa* qui prépare à la *vita activa*. Permise par la difficile attitude à apprendre, de la « vigilance effacée » winnicottienne.

L'illusion de l'art n'a pas sa place dans cette psychothérapie. Rien à voir, comme derrière le divan. Sauf qu'ici souvent les matériaux ne sont même pas oniriques, mais bien plus archaïques, se résumant dans les meilleurs des cas à des compétences formelles, qui ont leurs propres logiques associatives. « L'ordre caché de l'art » d'A. Ehrenzweig, avec son balayage interne des formes. « La logique des sensations » disait Cézanne, qui ne voyait dans la nature, que cônes, cylindres et cubes. Et pourtant ils étaient chargés de vie. L'œuvre en était la synthèse. Comme l'Art Brut, cet art par définition sans destinataire, non sublimatoire, faisait vivre son auteur, n'était que trace de son autisme, de son asocialité, mais si vivant qu'il en a paradoxalement conquis un public, ce qui le rend humain dans sa déshumanisation, et respectable à ce titre.

Plus tard toutes ces productions peuvent être secondairement requalifiées d'œuvres d'art. Ce sont toutes les récupérations ultérieures, les réutilisations des productions pour le moi social. Affirmation de soi, empowerment, communication. Mais la communication n'est pas le transfert. Consciente, et d'utilité immédiate, elle n'en connaît pas la profondeur, la durée indéfinie.

Le véritable travail de l'art-thérapie se situe avant, avant qu'elle ne s'acoquine avec la culture, les médiations culturelles ou sociales. L'art-thérapeute n'est pas un acteur, un professionnel, mais un élément du cadre thérapeutique. Celui-ci vient s'interpénétrer avec les failles du patient. Ce cadre, et son représentant dans l'atelier, vient réchauffer du froid de la maladie, mobilise l'énergie éteinte par l'excitation qu'apporte le médium, et le travail qu'il impose. Comme la glaise se transforme par la chaleur, le plaisir tactile et ductile. Au risque souvent au début d'effrayer, l'atelier peut faire peur et se vider. La familiarisation est un long processus, de la défense à l'appropriation.

L'important n'est pas l'objet fini, mais le procès, la mise en œuvre. Le soin global est le hors-d'œuvre, étymologiquement l'à côté, le cadre disponible et préparatoire. L'atelier est le chantier du gros œuvre. L'œuvre finie attend la suivante.

Avant que les artistes dans l'histoire de l'art ne revendiquent leur autonomie, pour mieux être reconnus et mieux se vendre, l'œuvre était communautaire, anonyme, elle n'était pas devenue un objet narcissique. Elle exprimait une foi, une croyance et une espérance partagées. L'art-thérapie suit les mêmes évolutions. Passer de la collégialité dans le cadre de soin, à l'ouverture personnelle. Perdre ses sources nourricières partagées, pour se dessécher sur les cimaises. Passer

de l'espace tiers de l'atelier, aux projecteurs du monde de la culture. Oublier que l'art-thérapie est co-création. Au risque de voir l'inspiration s'éteindre, comme ce fut le cas pour Aloïse, Séraphine de Senlis, Réquichot qui se suicida, ou Robert Walser qui n'écrivit plus.

L'art-thérapie reste en deçà. Elle ne saurait dénier la maladie, le temps de la vraie souffrance, celui de l'hôpital. Elle est un autre temps, avant celui de l'atelier de production du handicap, qui lui vit d'un statut social et de ses bénéfices. Ainsi Gugging et tant d'autres institutions tournées vers l'art, s'accaparent les handicapés mentaux, surtout ceux dont la valeur du consentement est douteuse, et les font produire, au nom d'une reconnaissance, eux qui n'ont aucune notion des valeurs du marché. Mais alors qui travaille pour qui ? L'institution pour le malade, ou l'inverse ? Le véritable malade, celui du handicap psychique et non du handicap mental, a la capacité de dire non, d'abandonner l'art-thérapie selon les stades de son évolution, de tenter son épreuve de réalité dans les circuits de l'art extra-muros.

Il faut bien insister sur ces questions d'éthique de l'art-thérapie. Elle est faillible, aléatoire, souvent sans lendemain, ou seulement étape transitoire dans le long cheminement du soin. C'est peut-être même ce qu'on peut lui souhaiter de mieux, pour qu'elle ne devienne pas une nouvelle forme d'emprise au prétexte de se vouer au travail du beau. L'art est séduction, infernale, pas tant pour les patients que pour ses intervenants, surtout quand ils n'ont pas analysé leur propre contre-transfert. Beaucoup oublient aujourd'hui, ou en fait n'ont jamais connu que l'art-thérapie n'est en effet qu'un domaine particulier qui obéit aux règles des psychothérapies institutionnelles. Si la médiation n'est pas considérée comme un réseau de transferts multiples (sujet, thérapeute, médium, œuvre) à analyser, elle mène à une art-thérapie opératoire uniquement vouée à la production. Une dilution des concepts s'est opérée depuis les psychothérapies classiques. Ainsi un terme comme « accompagnement » par sa facilité peut recouvrir autant une authentique relation psychothérapique au long cours, qu'un encadrement vers la découverte de soi, le coaching, le bien-être sans aucune préoccupation pour l'interprétation. C'est bien là la frontière, car alors qui la ferait, à quel titre, de quelle position et avec quel bagage ?

Mais le patient et ingrat travail des psychothérapies institutionnelles (et individuelles tout aussi bien) ne coûtera-t-il pas bientôt trop cher à nos économistes par rapport aux simples interventions culturelles. Bien plus faciles à gérer, et d'un meilleur effet vitrine. Souvent l'art-thérapie installée dans le cœur de l'institution leur est incomprise. Elle leur paraît isolée, inaccessible, obscure. Mieux vaut pour eux la clarté des projets des commissions culturelles, l'entrôlement dans la bonne action artistique, les nouvelles formes du patronage d'antan. Agir, avoir un résultat bien visible, au lieu de s'arrêter sur les questions de l'être. Parole d'emprunt, d'un sujet soumis. Projets artistiques clé en main, et de surcroît au seul bénéfice matériel des droits d'auteurs pour ces

intervenants, alors que la spécificité de l'art-thérapie n'est toujours pas reconnue.

Dans le double mot art-thérapie, il y a art. Or l'art est institué, institutionnalisé. Qui suit l'actualité du monde artistique n'entend que ce mot. L'adjonction de thérapie vient brouiller cette simplicité. D'ailleurs il n'existe toujours pas en tant que telle une reconnaissance spécifique de l'art de l'art- thérapie, celle issue de l'atelier soignant. Au début, dans les années 80, la règle était encore que rien ne devait sortir de ce lieu, nous payons encore aujourd'hui les consé-

quences de cette erreur. Son environnement socioculturel est passé outre, l'a contourné. Les nouvelles art-thérapies peuvent se passer de psychothérapeutes. Nous en sommes ainsi arrivés à l'âge des albums de coloriage pour résoudre le stress. L'art-thérapie dans les rayons des journaux, à côté des revues d'art. Décidemment l'art-thérapie est un objet qui reste insaisissable. Il faut avoir eu la chance ou la malchance de la grave maladie pour la comprendre de son intérieur. C'est aux malades de juger, et à nous de protéger ce domaine si spécifique de la création.



Musée des Augustins. Toulouse. Photo Psy Cause



Dèdonougbo Mémègnon Awohouedji

Thérapie à médiation artistique au Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou : à propos de deux cas

Auteurs : Dèdonougbo Mémègnon Awohouedji¹, Grégoire Magloire Gansou¹, Elvyre Klikpo¹, Houedjoudjo Sègbédé Emilienne Alighnon¹, Codjo Djankpa, Moïse Dossa, Sonia Kanekatoua¹, Guillaume Alowanou¹, Mireille Njanjo¹, Victoire Foundohou, André Tabo²

Résumé : le dessin, l'écriture, la photographie, les groupes de parole constituent des modes d'expression de l'émotion chez l'Africain. Au Bénin, ces modes d'expression sont expérimentés par certains patients du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC) au cours d'un atelier (Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique). À travers l'analyse des situations cliniques de Marie et de Roger, les auteurs vont déterminer l'impact de cet atelier sur les patients du CNHUPC. L'ARSEA est une activité thérapeutique de réinsertion sociale et d'expression à travers l'art. Logé au sein de l'Unité de Soins aux Toxicomanes, son objectif est de permettre aux usagers du centre de s'exprimer, voire si possible de se réinsérer. Le taux de fréquentation de l'atelier en 2014 est en moyenne de 10 personnes par séance pour un sexe ratio de 8,5 en faveur des hommes. Les principales activités de l'ARSEA sont le dessin, la photographie, le groupe de parole et l'écriture. Marie (schizophrène) et Roger (polytoxicomane) participent à l'atelier. Marie a exprimé à travers ses dessins, "son amertume, sa galère, son désir de l'argent et son désir de posséder une paire de crêpes pour faire le sport". Roger a traduit l'étiopathogénie de la toxicomanie et sa reconnaissance à l'équipe de soins aux toxicomanes. Les séances se déroulent dans une ambiance conviviale permettant aussi bien aux participants qu'aux animateurs d'échanger un instant de bien-être. L'ARSEA n'est pas un mythe mais une réalité au CNHUPC. L'atelier, outil d'expression et de traitement, permet à la fois aux patients et aux animateurs d'assouvir une passion et d'avoir une bonne santé mentale. Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer à long terme l'atelier.

Mots clés : atelier, expression artistique, CNHUPC, Bénin.

Summary : the drawing, writing, photography, discussion groups are ways of expressing emotion of the African. In Benin, these modes of expression are experienced by some patients of the Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC) during a workshop (Social Reintegration Workshop and Artistic Expression). Through the analysis of clinical situations of Mary and Roger, the authors will determine the impact of this workshop for patients of CNHUPC. The therapeutic activity is ARSEA reintegration and expression through art. Housed within the addiction care unit, his objective is to allow users of the center to express themselves, and maybe to be reintegrated. The workshop attendance rate in 2014 is an average of 10 people per session for a sex ratio of 8.5 in favor of men. The main activities of the ARSEA are drawing, photography, speech and writing group. Mary (schizophrenic) and Roger (drug addict) participate in the workshop. Mary expressed through his drawings, "her bitterness, her galley, her desire to get money and desire to own a pair of pancakes for sport." Roger translated the pathogenesis of drug addiction and its recognition in addiction care team. The sessions take place in a friendly atmosphere allowing both participants as facilitators to share a moment of well-being. The ARSEA is not a myth but a reality at CNHUPC. The workshop, expression and treatment tool, allows both patients and animators to indulge a passion and to have good mental health. Further study is needed to assess the long-term workshop.

Tags : workshop, artistic expression, CNHUPC, Benin.

- Docteur AWOHOUEJJI Dèdonougbo Mémègnon, DES de Psychiatrie¹
- Docteur GANSOU Grégoire Magloire, Psychiatre, Maître de Conférences Agrégé² et Directeur du Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC)
- Docteur KLIKPO Elvyre, Psychiatre¹ au CNHUPC et responsable de l'Unité des Soins aux Toxicomanes
- Mme ALIGHNON Houedjoudjo Sègbédé Emilienne, Psychologue¹ au CNHUPC et responsable de l'ARSEA
- Mr DJANKPA Codjo, Psychologue¹ au CNHUPC et animateur de l'ARSEA
- Docteur DOSSA Moïse, Psychiatre
- Docteur KANEKATOUA Sonia, DES de Psychiatrie¹
- Docteur ALOWANOU Guillaume, DES de Psychiatrie¹
- Docteur NJANJO Mireille, DES Psychiatrie¹
- Docteur FOUNDOHOU Victoire, Pédiopsychiatre
- Docteur TABO André, Psychiatre et Maître de Conférence Agrégé²

1 : Département de Santé Mentale Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi (Bénin)

2 : Université de Bangui (Centre Afrique)

Auteur correspondant : AWOHOUEJJI D M. Courriel : memegnon@gmail.com

Introduction

«L'art brut se foment dans la dissidence, parmi les sujets rebelles à la société moderne et industrielle naissante. Dans une première partie du XX^{ème} siècle, les lieux d'exclusion et de réclusion, l'hôpital psychiatrique, l'établissement pénitentiaire, généraient en effet plusieurs formes d'expression artistiques sauvages et autistiques» (LUCIENNE P., 2010). Henri Ey parle de psychothérapie de créativité et y regroupe « les techniques qui prennent appui sur l'activité créatrice du sujet : dessins, modelage, peinture, musique, expression corporelle, etc. » (Henry EY, 2013) L'art-thérapie en fait partie.

L'art-thérapie, aujourd'hui psychothérapie à médiation artistique, a été une découverte "accidentelle". Adrian Hill s'en revendique la paternité dans son ouvrage "Art versus illness" (J-D GUELFY, F. ROUILLON 2012). Elle peut être définie comme « toute utilisation d'une pratique artistique à des fins thérapeutiques » (DUBOIS AM. 2009). En dehors des pays du nord où elle est bien structurée, l'art thérapie se pratique aussi dans les pays du sud.

Les activités artistiques et occupationnelles à visée thérapeutique se pratiquent dans le service de psychiatrie du CHU de Fann au Sénégal (SYLLA A. et Col. 2002). Au Bénin, le dessin, l'écriture, la photographie, les groupes de parole sont pratiqués par des patients du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC) au cours d'un atelier ; l'Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique (ARSEA).

L'ARSEA est une première expérience dans un centre psychiatrique au Bénin qui suscite plusieurs questions.

Comment fonctionne cet atelier ? Qu'apporte-t-il aux patients ? Est-il opportun de mettre en œuvre un tel atelier ? Pour répondre à ces différentes questions, nous nous sommes fixés pour objectif de déterminer l'impact de l'ARSEA sur les patients à travers l'analyse de deux (2) vignettes cliniques en présentant les œuvres respectives. Il s'agissait d'une étude descriptive qui s'est déroulée au Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou (CNHUPC).

Vignettes cliniques

Cas 1 : Marie

Opératrice de saisie âgée de 37 ans, séparée d'avec son mari et mère de 2 enfants. Elle est adoptée depuis l'enfance et a connu son père biologique il y a 5 ans environ. Marie a été amenée sous escorte des sapeurs-pompiers le 4/12/2004 (date de 1^{ère} consultation) pour tentative d'infanticide sur son enfant de 2 ans par étranglement.

L'entretien et l'examen ont permis de retrouver un syndrome dissociatif et un délire paranoïde. Une schizophrénie paranoïde a été retenue comme diagnostic et elle a été mise sous traitement.

L'évolution s'est faite en dents de scie du fait d'une inobservance thérapeutique. Depuis 3 années, elle est stable sous antipsychotiques. Marie est suivie à titre externe et bénéficie d'une assistance du CNHUPC pour l'achat de ses médicaments. Elle a été reconvertie en vendeuse de yaourt dans le centre.

Marie s'est inscrite à l'ARSEA depuis octobre 2013 et est un membre régulier. Elle y pratique le dessin, la photographie d'art et le groupe de parole (figure 1, 2, 3, 4 et 5).



Source : Marie ARSEA 2014 - *La jalousie* - Figure 1



Source : Marie ARSEA 2015 - *La crêpe* - Figure 2



Source : Marie ARSEA 2015 - *La galère* - Figure 3



Source : Marie ARSEA 2015 - *Le CFA* - Figure 4



Source : NASAM/ARSEA 2015
Marie en séance de photographie d'art - Figure 5

Cas 2 : Roger

Roger aux antécédents d'alcoolisme familial, est un agent d'entretien âgé de 34 ans séparé d'avec son épouse, est père de 3 enfants. Il est le garçon unique de ses parents. Roger a été amené le 10/11/2014 (date de 1ère consultation) par sa sœur et sa mère pour consommation d'héroïne.

L'entretien et l'examen retrouvent :

- une initiation au cannabis et au tabac depuis 2005 avec une dépendance psychique et physique suite à une déception amoureuse,
- une consommation d'alcool et d'héroïne depuis 2012 avec une dépendance psychique et physique suite à sa séparation d'avec sa femme,
- un syndrome dépressif.

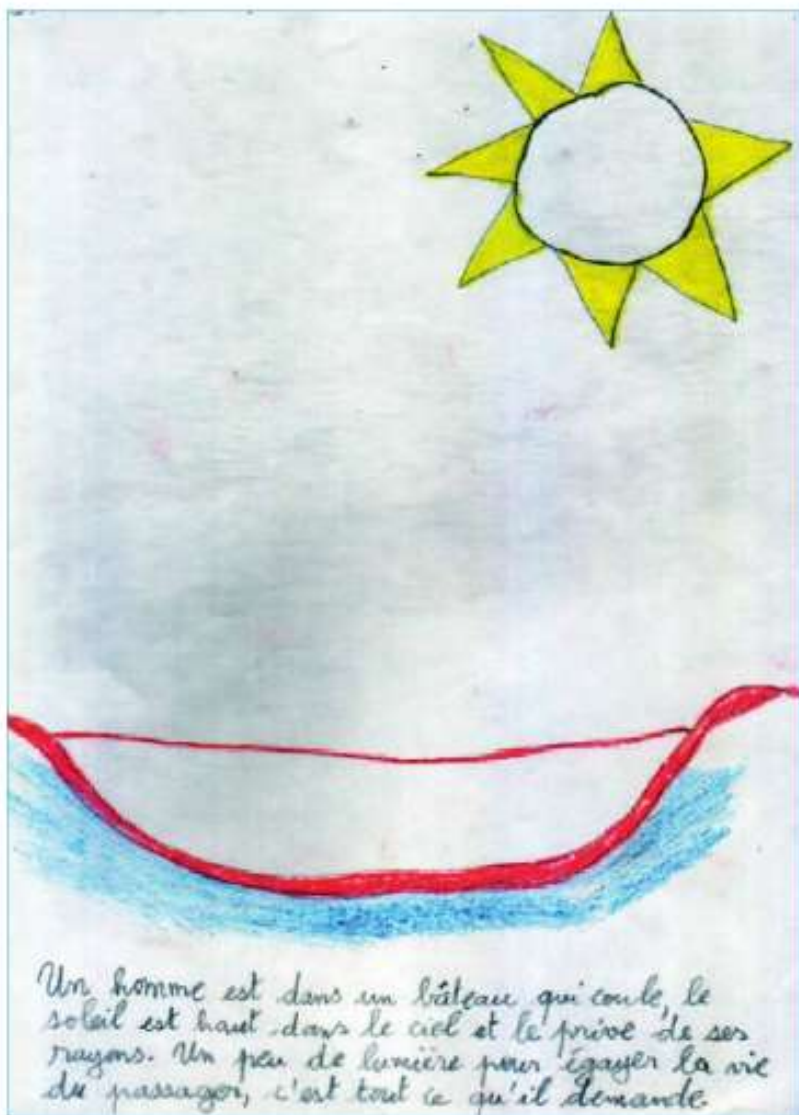
Le diagnostic de polytoxicomanie a été retenu.

Il a bénéficié de :

- psychothérapie motivationnelle et systémique,
- cure de désintoxication pendant 25 jours,
- chimiothérapie.

L'évolution est favorable mais il persiste un craving modéré. Roger est suivi en ambulatoire.

Roger s'est inscrit à l'ARSEA en institution. Il a pratiqué particulièrement le dessin (figures 6 et 7). Marie et Roger participent régulièrement à l'Atelier de Réinsertion Sociale et d'Expression Artistique (ARSEA).



Source : Roger ARSEA 2014 - Un rayon du soleil - Figure 6



Source : Roger ARSEA 2015 - La reconnaissance - Figure 7

Déroulement de l'ARSEA

L'ARSEA est un groupe ouvert lancé officiellement le 11 juillet 2013 par notre cher et regretté professeur TOGNIDE Matthieu qui était le directeur du CNHUPC. Son objectif est de faire ressortir l'intériorité, la créativité, l'esprit d'innovation des patients mais aussi leur apprendre l'art plastique. Par ce creuset, l'atelier va permettre aux usagers du centre de s'occuper, de s'exprimer voire de se réinsérer (Rapport ARSEA N°1, 2013).

L'atelier est animé par des artistes plasticiens, des médecins, des psychologues, des infirmiers, des aides-soignants, les assistants sociaux. Les patients hospitalisés ou non y participent. L'ARSEA se déroule au sein de l'Unité de Soins aux Toxicomanes (UST) du CNHUPC. Patients et animateurs se réunissent deux fois par semaine : les lundis et jeudis de 11 heures à 16 heures. Les principales activités de l'ARSEA sont les arts plastiques, la photographie d'art, le groupe de parole, l'écriture et la lecture.

Au cours de l'atelier de peinture et de dessin, des noms sont donnés aux œuvres et des discours y sont posés par les patients eux-mêmes. À partir de ces éléments, le psychologue engage avec le patient un travail de longue haleine sur la vie du patient, ses difficultés, ses attentes, son diagnostic actuel, ses chances de réinsertion en famille et en société.

Depuis le lancement, en 2013, plus de cinquante patients ont eu l'opportunité de fréquenter cet espace artistique, les uns pour la peinture, les autres pour la photographie d'art ou encore pour les deux (Rapport ARSEA N°1, 2013). Le taux de fréquentation de l'atelier en 2014 est en moyenne de 10 personnes par séance pour un sexe ratio de 8,5 en faveur des hommes. Selon le rapport de l'ARSEA du 1er trimestre 2015, plus de cent (100) personnes ont franchi la porte de l'atelier.

La description de l'atelier associée aux vignettes cliniques nous a permis de mener une discussion.

Discussion

Art-thérapie : une expérience ailleurs et ici

La psychothérapie à médiation artistique se pratique au Centre Hospitalier Universitaire de Libourne. Les ateliers d'expression artistiques y "sont véritablement inscrits dans une perspective de sens et de durée" (ARCHAMBEAU S., 2010). À Libourne, "chaque semaine une quarantaine de participants en franchissent le seuil" (ARCHAMBEAU S., 2010). Ce qui n'est pas encore le cas de l'ARSEA. Car, créé officiellement depuis juillet 2013, il réunit actuellement 10 participants en moyenne par séance. En 2015, plus de 100 patients y ont fait recours (Rapport ARSEA 1er trimestre 2015). Ce faible taux de fréquentation pourrait s'expliquer par le fait que l'atelier se déroule à l'Unité des Soins aux Toxicomanes qui est une unité fermée. Aussi, plusieurs usagers du CNHUP ne sont pas informés de l'existence d'un tel atelier. Il faut y ajouter les difficultés des animateurs à faire déplacer les patients qui sont sortis définitivement et

qui résident loin du centre. L'ARSEA a donc besoin de soutiens des autorités politico-administratives pour son développement.

Malgré ces difficultés, à travers ces diverses activités, l'atelier constitue sans aucun doute un espace vivant occupationnel et thérapeutique à travers l'expression artistique des patients. "Ce sont des espaces de transition, où le contenant et les contenus thérapeutiques sont censés offrir un autre mode d'accès aux angoisses et aux conflits psychiques des patients." (Rachel BOCHER, Catherine PORCHER, 2013). Les participants à Libourne "trouvent le bout du chemin qu'ils veulent. Les effets de vie qui s'y produisent témoignent plus que tout de l'importance de leur existence". (ARCHAMBEAU S., 2010). Au CNHUP, les séances se déroulent dans une ambiance conviviale permettant aussi bien aux participants qu'aux animateurs d'échanger un instant de bien-être. Pour les patients, "des processus d'individualisation et de symbolisation sont possibles. Pour les soignants, c'est une ouverture vers la créativité, un enrichissement à leur pratique quotidienne et la possibilité d'accéder autrement au monde intérieur des patients." (Rachel BOCHER, Catherine PORCHER, 2013).

ARSEA : la parole sans voix

La production artistique est un moyen d'expression lorsque l'expression orale fait défaut. Plusieurs centres psychiatriques ont fait l'expérience de l'art comme moyen d'expression mais aussi comme moyen d'occupation et de réinsertion professionnelle.

Le malade, à travers l'art, crée. Cette création procède "d'un investissement global, d'une nécessité, d'une urgence à donner corps aux formes, aux images qui envahissent leur monde intérieur" (ALBANE S. 2011). Youssef MOURTADA trouve à travers le dessin de son patient que "ce dernier a essayé de colmater ses fractures narcissiques par son savoir botanique... Il a tracé son corps à travers son dessin, qu'on peut qualifier par excellence d'une planche d'embryologie psychique." (Youssef MOURTADA, 2013).

L'art comme une certaine projection de soi sur quelque chose, du graphisme, des peintures, des dessins, l'art oratoire, des mises en scène, crée dans le même temps une parenthèse et un brassage dans le système de soins.

Ainsi, "ils créent dans la solitude, le silence, la clandestinité, parfois dans la rébellion, imperméables aux normes et aux valeurs collectives. À l'aide de moyens et de matériaux généralement inédits, ces artistes proposent des solutions formelles originales et singulières, très construites" (ALBANE S. 2011).

ARSEA : l'expression d'un monde intérieur

Les dessins ne sont pas anodins car "derrière toutes ces œuvres, il y a des histoires très fortes d'hommes et de femmes" (ALBANE S. 2011). À défaut de parole orale, ils se servent de l'art pour s'exprimer et dévoiler les pensées, les désirs intimes de leur cœur. Il s'agit d'une expression de leur monde intérieur.

Certains sont comme Georges ADEAGBO qui collectionne des objets divers et les assemble pour leur donner un sens particulier. "Ses œuvres racontent sa propre histoire et la grande histoire, par exemple celle de l'arrivée des missionnaires en Afrique. C'est une pratique artistique qui le fait passer pour un fou, au point de se voir interner à plusieurs occasions" (CHRISTOPHE D., ANDRE M. 2005).

Ces artistes occasionnels créent sans aucunes notions de l'art et sans se soucier du regard de l'autre. "Ces œuvres sont largement indemnes d'influences issues de la tradition artistique car leurs créateurs ne se préoccupent, ni du regard d'autrui, ni de la destinée de leur production. Ils ne trouvent une raison d'être – ou une issue – qu'à travers leurs fictions et fantasmes, réinventant un modèle de liberté qui n'appartient qu'à eux." (ALBANE S. 2011).

C'est ainsi que Marie et Roger ont pu exprimer leur monde intérieur à travers le dessin et la photographie d'art. Ces différents éléments n'avaient pu être décelés par les thérapeutes.

« Le visiteur de l'œuvre » des productions de l'art brut invite à une approche émotionnelle et à une participation affective. Aussi, la plupart des visiteurs délaissent des appréciations rapides et simplistes "j'aime" ou "je n'aime pas", éprouvant plutôt le désir de comprendre et de ressentir ces œuvres : « ce sont des tableaux qui parlent, qui bousculent les choses, qui font réfléchir ». (LUCIENNE P. 2010).

C'est à travers cette forme de parole que Marie et Roger nous parlent et nous interpellent.

Marie, femme séparée d'avec son mari depuis le début de la maladie a exprimé la "jalousie". « Un cœur qui voit tout est jaloux » dit elle (confère figure N°1). En effet, elle dessine un cœur qui a un visage et surmonté d'une rose. Selon Marie, pour que la femme soit heureuse dans le couple, elle doit être aveugle et se garder de tout voir.

Marie, est actuellement une dame corpulente mais elle était une ancienne sprinteuse. Pour garder la ligne et plaire à son mari elle désire posséder une paire de crêpes. C'est ce qu'elle a exprimé dans le dessin de la crêpe (figure 2).

Seule, elle doit se réinsérer dans la vie. Face à ses difficultés financières, elle a dessiné la "galère" (confère figure 3). Il s'agit d'un arbre mort. Paradoxalement, sur cet arbre mort, elle dessine deux oiseaux. Est-ce un signe d'espoir ?

Oui, un espoir de posséder de l'argent. Son désir de l'argent serait tellement si fort qu'elle le manifesta par le dessin de l'icône du CFA (figure 4).

Roger est dans un autre registre.

Son premier dessin est ce que nous avons intitulé : « un rayon du soleil » (confère figure 6). Il inscrit sur son dessin : "un homme (qu'il ne dessine pas) est dans un bateau qui coule, le soleil est en haut dans le ciel et le prive de ses rayons. Un peu de lumière pour égayer la vie du passager, c'est tout ce qu'il demande." Ces mots permettent de comprendre sa peine, son désarroi mais surtout sa difficulté à bénéficier du rayon de soleil qui peut être ici un bien être ; la santé mentale. Il met ainsi en exergue les trois éléments de l'étiopathogénie de la toxicomanie à savoir :

- le sujet lui-même par sa personnalité, sa pathologie
- le produit consommé,
- l'environnement.

Ces éléments ont permis de cerner sa demande et de mettre en œuvre les différentes psychothérapies. Il a donc été secouru par l'UST. Son bateau n'a pas coulé.

Après son hospitalisation, Roger est resté membre régulier de l'ARSEA. Très satisfait de son séjour à l'UST, il manifeste sa reconnaissance à l'équipe de soins. Il représente un homme qui indique sur un panneau que l'UST est la solution à tous les toxicomanes (figure 7).

Conclusion

L'art est une parole. Cette forme d'expression est utilisée depuis le 11 juillet 2013 au CNHUPC. Certains patients ont produit plusieurs tableaux qui nous interpellent. Outre le volet expression, l'atelier est un outil occupationnel thérapeutique et de réinsertion professionnelle. Ces divers faits nous permettent de dire que l'ARSEA n'est pas un mythe mais une réalité au CNHUPC. L'atelier outil d'expression permet à la fois aux patients et aux animateurs d'assouvir une passion et d'avoir une bonne santé mentale. Une étude plus approfondie est nécessaire pour évaluer l'atelier.

Bibliographie

1. ALBANE S. 2011. Art, folie et alentour (Santé mentale). L'empathie dans les soins N°158 mai 2011
2. ARCHAMBEAU S, l'atelier d'expression en psychiatrie. L'expérience de Libourne. Trames éditions Erès, 2010 Page 18
3. CHRISTOPHE D., ANDRE M. 2005 L'art africain contemporain. Edition scala paris p75 à 79
4. DUBOIS AM. De l'art des fous à l'œuvre d'art. Paris : Edite/CEE ; Tome 3, 2009
5. DUBOIS AM, Les psychothérapies à médiation artistique In : GUELFI J-D, ROUILLON F. Manuel de psychiatrie 2e édition Elsevier Masson SAS 2012 : 668 – 672
6. EY Henri et Col. Manuel de psychiatrie paris 6e édition Elsevier Masson 2013 : pp 1003 - 1004
7. LUCIENNE P. 2010 L'art brut nouvelle édition Flammarion paris pp 318
8. Rachel BOCHER, Catherine PORCHER. 2013 L'art en plus. Psy Cause 62 pp 4 - 8
9. SYLLA A., SEYDI A., SENGHOR F., GUEYE M. Les activités artistiques et occupationnelles à visée thérapeutique au service de psychiatrie du CHU de Fann. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2002, 5, 52 : 74-76.
10. Youssif MOURTADA. 2013 L'art du patient et l'art du thérapeute. À propos d'un cas clinique Psy Cause 62 pp 9 - 11



Alain Gleize

La place de l'œuvre dans le processus d'art-thérapie

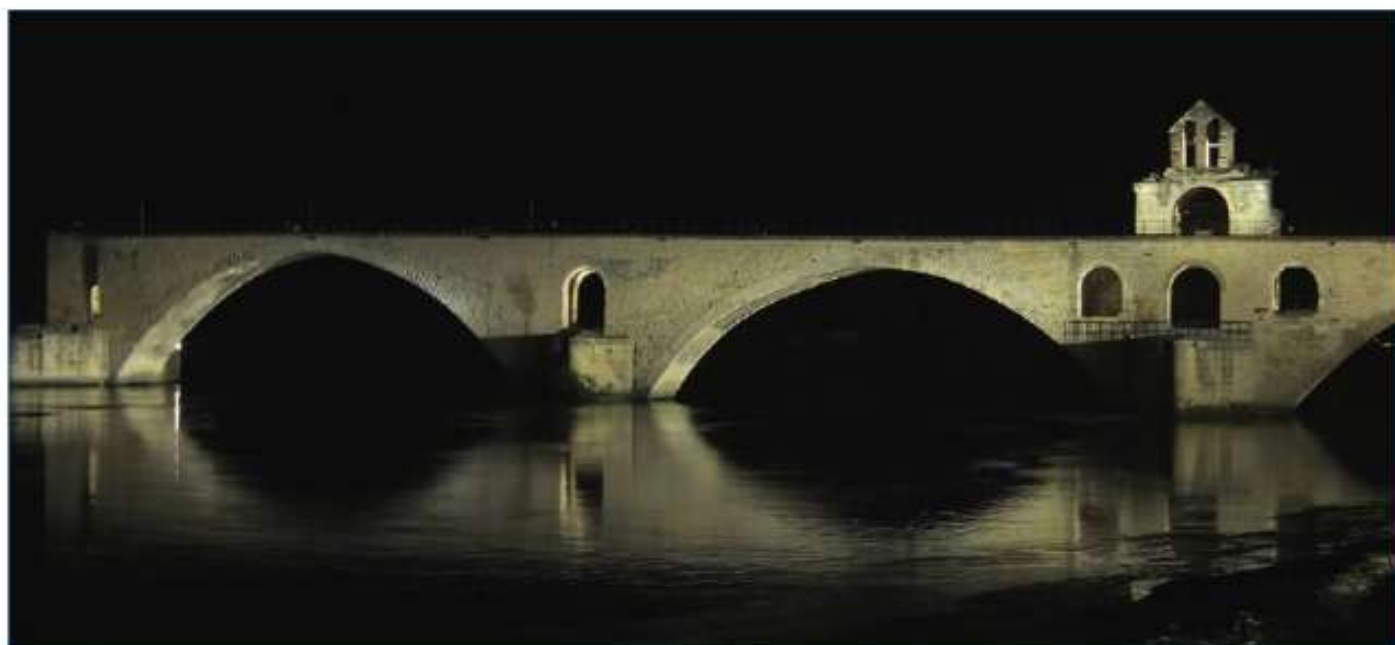
Auteur : Alain Gleize

Résumé : une œuvre terminée n'est qu'une infime partie d'un processus artistique complexe. Le spectateur n'a que cet élément pour contacter l'émotion que l'artiste a espérée transmettre. L'art-thérapeute, témoin du processus complet de création va récolter un matériel psychique considérable. L'ouverture à soi-même provoquée par la création artistique permettra l'accès à une possible élaboration. L'absence d'interprétation suggèrera la réappropriation d'un sens par le patient / artiste. Ici, le soin est un objectif, l'art, un moyen.

Mots clés : art-thérapie, œuvre, processus, émotion, objectif.

Summary : even when completed, an art work is only a small part of a complex artistic process. The viewer has this only work to feel the emotion that the artist has hoped to convey. The art therapist, witness of the entire creation process will reap a considerable psychological material. Self opening caused by artistic creation will allow access to a possible development. The lack of interpretation will suggest the reappropriation of its meaning by the patient / artist. Care is the goal, art is a way.

Keywords : art therapy, work, process, emotion, objective.



Le pont d'Avignon, le 14 juillet 2013. Photo Psy Cause

Alain Gleize :
Plasticien
Art-thérapeute
Président fondateur de l'IRFAT (Institut de Recherche et de Formation en Art-Thérapie)
Avignon
www.irfat.com

Considérons deux personnes : l'artiste et le spectateur. L'artiste élabore un processus complexe que l'on va appeler processus artistique. Processus d'autant plus complexe qu'il est variable selon les artistes, les époques, les écoles de pensée. L'œuvre n'est qu'un de ces éléments. Pour l'artiste elle n'est certes pas l'élément le plus important, c'est l'ensemble du processus qui lui importe. Le spectateur, lui, n'a que l'œuvre.

Pour l'artiste, deux étapes de ce processus sont primordiales : l'émotion qu'il veut transmettre et l'éprouvé de cette émotion par le spectateur. Éprouvé qui pourra se rapprocher du sien sans jamais y correspondre vraiment, tant cela reste de toute façon intime.

C'est un processus artistique long, hésitant, risqué qui va consister à transmettre une émotion dont le sens, pour l'artiste, est plus ou moins connu, ou éventuellement, pas du tout connu. Transmettre non pas le sens ou les causes de cette émotion mais l'émotion brute, hors sens dans une relation plus ou moins éphémère avec un inconnu, le spectateur, inconnu souvent, quelquefois multiple. L'artiste espère, non pas que le spectateur comprenne, mais qu'il éprouve.

Et de ce processus artistique laborieux, le spectateur n'a qu'un seul élément : l'œuvre terminée.

Interpréter l'œuvre d'un artiste consisterait à conceptualiser et mettre en mots une émotion. La confusion provoquée volontairement par le phénomène artistique entre l'émotion de l'artiste et celle du spectateur rend la distinction délicate entre l'une et l'autre.

Par ailleurs, la pauvreté d'un vocabulaire, si recherché soit-il, face à la complexité flamboyante d'une émotion, aussi élémentaire soit-elle, rend toute communication vaine ou la condamne à d'étranges divagations. Pourquoi pas d'ailleurs, car cela est assumé par les auteurs les plus honnêtes qui font œuvre d'écrire sur l'œuvre d'un artiste, à partir de leur propre émotion. Ceux là accusent réception d'une émotion sans la nommer et font œuvre avec, dans un processus de recyclage.

Interpréter l'œuvre consiste à y mettre du sens. Cela n'a assurément aucun intérêt pour l'artiste, ni pour l'art. Mais le spectateur mettant du sens s'éloigne de l'émotion ressentie, et il peut donc ainsi, s'en protéger. Disons que le verbe est à la peinture ce que le contrat est à la poésie.

Dans ce rôle de regardeur, comment se comporter ?

Prendre l'émotion en pleine poitrine, éprouver, oser éprouver. Oser tous les sentiments qui adviennent dans l'instant. Oser se défendre par le rire, les larmes, l'intellectualisation ou la cécité. Laisser monter en nous l'impuissance, la rage, le désir, l'inavouable, l'excitation, la duplicité, le doute, l'inconfort, la révolte, la culpabilité, la jubilation, l'éblouissement, ou l'indifférence. Oser ne rien dire. Oser ne pas comprendre. Oser se laisser sentir.

L'artiste attend que l'on reste là. Que l'on assume d'être envahi. Il espère que l'on prenne le temps de regarder jusqu'au bout, d'écouter jusqu'au bout. Il ne veut pas que l'on vienne mettre des mots là où il n'a pas voulu ou pas pu le faire.

L'explication tue l'art. Seule notre émotion le rassure et le soulage. Il n'est plus seul avec : « ça ».

Alors quelques mots suffisent pour « accuser réception », c'est-à-dire pour signifier à l'artiste que son œuvre nous a émus. Les applaudissements sont peut-être un message codé non verbal suffisamment explicite.

Dans un atelier d'art-thérapie, il sera convenu que l'objectif n'est pas la production d'œuvres d'art mais la production d'un soin. La qualité des productions sera donc variable. Le travail de l'art-thérapeute consistera à transformer un processus artistique en processus thérapeutique. Néanmoins, il peut arriver qu'une œuvre de qualité soit produite en atelier d'art-thérapie.

L'art-thérapeute sera le premier spectateur d'une œuvre, quelquefois le seul. C'est une position privilégiée et délicate. Position délicate car il devra accuser réception de l'œuvre en s'abstenant d'interpréter, de juger. Position privilégiée par rapport au spectateur d'une œuvre car il aura, lui, assisté à tout le déroulement du processus créateur. Il aura vu l'ensemble d'un processus dont l'œuvre n'est qu'un élément. Lors de ce processus il aura pu observer les élans, les repentirs, les éléments d'abord nés du hasard puis récupérés, utilisés, qui vont prendre corps pour finalement venir constituer peut-être la structure de l'œuvre. L'art-thérapeute, parce qu'il est lui-même artiste, va sentir le souffle de la création dans les changements de respiration du patient. Il va observer les silences, les arrêts, les répétitions comme autant de signes qu'à cet endroit de l'œuvre le patient vit une chose plus intense. Il va observer cette harmonie entre la gestuelle du patient, l'odeur qu'il dégage à ce moment là, la couleur qui envahit la toile, les mots murmurés. Il aura entendu les mots jamais répétés, il aura vu des éléments posés sur la toile, puissants, essentiels et révélateurs qui seront ensuite à jamais recouverts, échappant ainsi à l'œuvre achevée. Il aura assisté à ces instants si troublants, lorsque la main décide, les gestes décident, la matière entraîne l'esprit là où il ne serait jamais allé. Pour le patient, des liens se créent sous ses yeux entre son histoire de vie, son désarroi, ses symptômes, ses œuvres passées, sa sueur, ses larmes. Tout ce matériel est infiniment plus riche que la seule observation d'une œuvre terminée. C'est là que l'art-thérapeute récolte les informations qui lui permettront d'accompagner ce patient. Des informations qui passent d'inconscient d'artiste à inconscient d'artiste, d'abord sans analyse, en acceptant de se laisser sentir ce qui est en train d'advenir ici et maintenant dans cette relation hors sens. L'accompagnement sera artistique dans sa forme mais thérapeutique dans ses objectifs. La production artistique terminée, l'art-thérapeute devient spectateur de l'œuvre. Si son discours est donc volontairement limité, les commentaires d'un patient sur sa propre production seront précieux. L'expression de soi grâce à un dessin, d'abord imprécise, peut ouvrir la porte à une verbalisation. Les mots ne seront ceux du patient lui-même. Evocations venant quelquefois confirmer les ressentis de l'art-thérapeute, et d'autre fois, entraînant celui-ci avec bonheur très loin de ses présupposés ou de ses propres stéréotypes.

L'essentiel de la formation d'un art-thérapeute commence dans des ateliers. Des ateliers animés par des art-thérapeutes expérimentés. Car cette profession est une expérience clinique sans cesse renouvelée. Les liens théorico-cliniques viennent ensuite étayer cette perlaboration. L'art-thérapie s'apprend par l'incontournable expérimentation sur soi-même dans un milieu sécurisé. Dans cet atelier d'art-thérapie, point de méthode. Des expériences les plus laborieuses aux réussites les plus spectaculaires, chaque instant est unique et ne sera jamais renouvelé. L'attention doit être simplement intense, la créativité permanente.

Dans ce travail de groupe, la diversité des réalisations à partir d'une consigne commune consolide l'identité de chacun. Curieusement, chacun utilise, en fait, une consigne donnée pour exprimer ce qui affleure aujourd'hui à sa conscience. Les consignes données par le formateur ne servent qu'à canaliser la créativité, à la provoquer, tant il est vrai qu'il n'y a pas d'art sans contrainte. Cette méthode est celle utilisée

dans les écoles d'art où les groupes d'étudiants sont invités à travailler pendant une période de plusieurs semaines sur un thème précis. C'est là un travail d'approfondissement artistique dont on peut s'inspirer en art-thérapie car cette démarche provoque inévitablement un approfondissement du travail d'introspection.

La diversité des émotions exprimées dans un groupe entraîne chaque étudiant devenu spectateur dans une multitude d'univers différents, inattendus, le convoquant à des soubressauts émotionnels quelquefois déstabilisants. Chacun apprend à se laisser traverser par de multiples éprouvés puis à se recentrer ensuite, posture préfigurant la professionnalisation. Après la réponse artistique à une proposition, un espace de parole est ouvert dans l'atelier. Cette verbalisation immédiate sera suivie d'une expression écrite plus en aval dans laquelle, avec le recul, d'autres éléments pourront apparaître.



reconnexion à ce « gardien sévère et menaçant », crachant son feu en cas de menace a sur moi un effet rassurant. Je me sens ainsi reliée à une force vive, à ce « gardien des trésors cachés ».

Ainsi protégée, je me sens soulagée et prête à affronter. Affronter quoi ? La suite de l'atelier. Comme si mon inconscient avait pré-senti les prochaines consignes, me voilà invitée dans des notions de « limite » et « franchissement de limite » (avec tout que cela peut signifier d'intime, d'inconfortable voire de traumatique pour une femme) et qui va me permettre de descendre volontairement dans un souvenir encore plus intime et bouleversant. À cet instant, je réalise que ma migraine a complètement disparue.

Dès le début de cette séance d'art-thérapie, les premiers symptômes d'une migraine se manifestent. Le médium étant la peinture, les deux consignes autour des notions « d'intérieur et d'extérieur » puis « d'intérieur et d'extérieur de moi » visent probablement à resserrer progressivement le champ sur quelque chose de plus en plus intime...

Dans cette peinture relative à la seconde consigne, je commence donc à peindre un cercle à l'aide d'un large pinceau avec du bleu dilué et beaucoup d'eau, voulant représenter mon intérieur, ma féminité. À ce moment là, je sens une inquiétude monter en moi. Je reste un bon moment dans la rondeur de ce geste car la répétition de ce cercle m'apaise. Puis, sur une expression assez intuitive et impulsive, fonctionnant spontanément, par association d'idées, d'autres éléments viennent s'ajouter pour signifier l'extérieur : éléments qui se révèlent saillants, intrusifs, blessants. La précipitation et la rapidité de mes gestes traduisent maintenant une vraie anxiété. Désormais en tension, de façon toujours fortuite, avec le couteau, je viens apposer des picots verts qui au bout d'un certain temps m'évoquent une nageoire dorsale d'un dragon. Je laisse alors se révéler ce dragon en dessinant son profil crachant du feu. Je dois ajouter d'ailleurs une seconde feuille de Canson pour pouvoir peindre les flammes.

Considérant mon dessin, je me dis que ce feu semble retenu, n'occupant pas pleinement l'espace ; ressemblant à ma colère rentrée si longtemps, pas pleinement exprimée ! Ce dragon recroquevillé sur ma sphère intérieure (ma féminité, ma vulnérabilité) s'est ainsi imposé à moi. Cette

Le groupe travaille le portrait avec le contour de la tête sur un format naïf avec en fond une chanson de Youssou'N Dour que j'aime beaucoup. Après qu'Agnès ait tracé mon contour de tête au marqueur, je l'observe et vois de nouveau le lion du fait de mes cheveux lâchés. Ce qui me frappe, c'est le contraste entre mon profil de fonceuse et celui d'un enfant au regard triste que je perçois immédiatement. Il est tourné vers le passé quand l'adulte l'est radicalement vers le futur, battant, assuré, optimiste, souriant à la vie. Je suis impatiente de poser la gouache et mes craies aux couleurs chaudes !! Pour l'enfant, je visualise un gavroche avec sa houppette, un candide croyant naïvement tout ce que lui disent les adultes. Pour faire le lien entre ces 2 êtres qui sont finalement les mêmes, je dessine des traits rose-orangés entre leurs crânes et leurs joues moins prononcés chez l'enfant pour finir par s'affirmer chez l'adulte. Devant ce dernier, je poserai de la gouache rose nacré que j'apprécie tant, ainsi que mes couleurs fétiches signifiant ainsi que l'avenir est bien devant lui à présent.

J'éprouve un réel plaisir à créer et me régale à remplir ce profil de couleurs vives et joyeuses. Je n'imaginais pas un instant que ce dessin est une sorte d'arrêt sur image comme pour faire le point sur un avant et un après le 13 octobre 2014, jour de mon entrée à l'IRFAT. En effet, à travers ce dessin je parcours mon histoire personnelle : l'enfant me représente, petite, manquant de confiance, pleine de doutes, de craintes, s'identifiant trop à sa mère, tissant une image, cheminant dans un processus d'individuation... mais était-ce vraiment le sien ? À l'évidence non d'où sûrement ce regard triste...

Le principal est de réussir à se trouver, de s'accepter telle que l'on est, de se sentir ancrée et d'être en phase avec soi-même. C'est ce que je ressens aujourd'hui après ces 2 années de travail, m'acceptant enfin telle que je suis.

Michaëla MADAR - étudiante en deuxième année - IRFAT



Ces deux étudiantes acceptent de se laisser traverser par l'émotion qu'évoque leur dessin. Elles acceptent de se laisser « embarquer » par l'acte créatif qui va les emmener là où elles ne s'attendaient pas. Cela est le propre de la démarche artistique et de la démarche art-thérapeutique. Puis chacune y pose un regard distancié, osant évoquer plus précisément par l'écriture des événements originels.

Ayant assisté à la réalisation de ces deux dessins, j'avais noté leurs transformations respectives. Dans le dessin d'Agnès, la boule bleue censée la représenter était d'abord seule puis entourée d'éléments extérieurs piquants et menaçants. Devant cette représentation, elle décide d'inverser le sens des piquants et d'en faire une défense.

Dans le dessin de Michaëla, l'opulente chevelure féminine est longtemps restée en l'état jusqu'à ce qu'elle y découvre un profil d'enfant. Ce profil qu'elle va alors mettre en valeur et qui va soutenir sa réflexion.

En art-thérapie la qualité des œuvres n'est pas le but recherché. Mais nous avons quelquefois de belles surprises.

Références

D. ANZIEU, Le corps de l'œuvre, 1998, Editions Gallimard.
S. LE POULICHET, L'art du danger, de la détresse à la création, 1996, Editions Enthropas
B. NOËL, Le journal d'un regard, 1988, Editions P.O.I.

J. GENET, L'atelier d'Alberto Giacometti, 2007, Editions Gallimard
P. KLER, La pensée créatrice, 1974, Editions de Minuit



Thierry Lavergne

Créativité et art thérapie

Auteur : Thierry Lavergne

Résumé : la créativité fait partie de nous depuis l'origine, le « je est un autre » de Rimbaud nous montre le chemin vers plus de liberté dans un lien social épanouissant et ouvert au monde, par notre capacité à sublimer et à créer de l'aire transitionnelle. L'art thérapie est une voie vers un lien social plus fluide.

Mots clés : créativité, objet transitionnel, art brut, sublimation, art thérapie.

Abstract : creativity is part of us since the beginning, when Rimbaud writes «I is another one» he shows the way to more freedom in a fulfilling and opened to the world social link thanks to our ability to enhance and to create transitional areas at any time when need it. Art therapy is one of the path to a more fluid social link.

Keywords : creativity, transitional object, raw art, sublimation, art therapy.

Introduction

« Je est un autre » disait Rimbaud...

Créer c'est se découvrir autre et sortir des habitudes de routine au risque de perdre l'équilibre, sortir de cet équilibre apparemment garant de bonne santé mentale. Et pourtant cet équilibre n'empêche pas chacun de vivre des moments de crise ou de repli sur soi. La démarche médicale hippocratique d'homéostasie vise à aider à retrouver l'équilibre antérieur, mais ces moments sont aussi le signe que cet équilibre fragile demande à être remis en question pour aller vers une autre façon d'être au monde vers plus de liberté, vers « être une autre » tout en restant soi-même auteur de son histoire dans son identité singulière de l'« ipse » au sens de Paul Ricoeur.

Du besoin à l'envie

Le « Qui pourra remplacer le besoin par l'envie ? » de la chanson « Sauver l'amour » de Daniel Balavoine est une façon de rappeler que la créativité ne concerne pas que les artistes, elle concerne chacun d'entre nous, c'est une

liberté que l'on peut s'autoriser tout au long de la vie, et dès la naissance.

À son premier cri, le bébé est nourri, et il en éprouve plaisir et satisfaction.

Plus tard, la faim l'amène à crier encore. C'est donc le **besoin** qui l'anime, mais cette deuxième fois n'est plus comme la première car il attend quelque chose dont il a gardé la trace en mémoire.

Comme il se souvient de ce bien être, il commence par l'halluciner à l'avance et s'en satisfait un temps, jusqu'à ce qu'il réalise que l'hallucination est différente de la réalité... Avant d'être insupportable, l'attente a donc favorisé la création d'une hallucination. C'est donc en ressentant le manque qu'il commence à mieux percevoir le délai entre le ressenti du besoin et sa satisfaction... Cette latence de la satisfaction le conduit à éprouver l'**envie**.

Si l'attente se prolonge trop, l'enfant tombe dans le désespoir, c'est « l'hospitalisme » décrit par Spitz dans lequel retrouver l'appétit ne va plus de soi...

Mais si la mère est suffisamment bonne, l'enfant aura éprouvé l'envie assez de temps pour trouver en lui la capacité à halluciner à l'avance son plaisir, avant de tomber en désespoir.

L'objet transitionnel

Lorsque l'enfant est en manque du sein, il va projeter une image, projeter un ressenti sur les objets qui l'entourent. Il fait l'essai de trouver un apaisement du ressenti du manque auprès d'un des objets qui l'entourent. L'objet choisi et la projection dont il est support deviennent ainsi un objet qui est à la fois interne et externe...

Winnicott définit l'objet transitionnel comme tout ce que l'enfant crée, s'invente pendant cette période de transition entre le principe de plaisir (la satisfaction avec le lait à téter) et l'acceptation de la réalité (la frustration).

L'objet transitionnel sert donc d'intermédiaire. Il aide l'enfant à accepter la frustration de l'absence de réponse

immédiate à sa demande de nourriture. Cet objet créé par l'enfant n'est ni une hallucination ni un objet réel. Il s'agit d'un objet qui est non-moi, mais non-étranger, qui est à la limite du dehors et du dedans. Ce sera le nounours avec lequel il dort, ou bien un morceau de tissu aux odeurs qu'il apprécie, ou bien un jouet qu'il aime porter à la bouche... L'enfant a recours, pour créer son objet transitionnel, à un objet tout prêt, autrement dit, en anglais un objet **ready-made**.

L'artiste Marcel Duchamp invente le terme de « ready-made » dans les années 1910 pour désigner un objet tout prêt que l'artiste choisit de détourner de son usage habituel pour en faire une œuvre d'art.



Roue de bicyclette (1913) de Marcel Duchamp



Fontaine de Marcel Duchamp, alias Richard Mutt (1917)

C'est la façon dont l'enfant a recours à l'objet qu'il choisit « *readymade* » dans son environnement qui fait de cet objet un objet transitionnel, et pas la qualité de l'objet en lui-même.

De même, ce n'est pas l'œuvre en elle-même, mais bien la façon de s'en servir dans un environnement choisi qui aura un effet sur le sujet... on se souvient par-exemple de l'effet de la Fontaine que Marcel Duchamp présente en 1917 à la Society of Independent Artists sous le pseudonyme de Richard Mutt et dont la copie est actuellement présentée au musée Pompidou...

Avec le concept de la mère suffisamment bonne, Winnicott avec le concept de la mère suffisamment bonne, Winnicott veut montrer l'importance d'une distance de la mère en adéquation avec les capacités de l'enfant, ni trop peu là, ni trop là : c'est l'écart temporel et spatial dans la relation entre le sujet et l'objet qui est fondateur de la créativité... Cette élaboration commence très tôt, alors que l'enfant est encore dans la phase schizoïde que décrit Melanie Klein, avec cette profusion d'objets internes, externes, attaquant ou rassurant... L'objet transitionnel est en marge, il n'est ni un objet interne, ni un objet externe ; c'est un objet auquel l'enfant donne une fonction d'objet transitionnel, c'est un objet dont il crée l'effet qu'il aura, c'est un objet qui fait lien... lien dans le temps, avant et après la tétée, et dans l'espace, avant et après la rencontre avec le sein...

De même, l'œuvre artistique est à la fois interne et externe à l'artiste. Elle est un prolongement de son créateur et, à la fois, elle s'adresse aux autres... elle fait lien dans le temps et dans l'espace...

L'œuvre se définit du nom de l'artiste, par-exemple, on dit « c'est un Picasso » pour désigner une œuvre de Picasso... Mais aussi l'œuvre appartient à l'artiste et Picasso a vendu nombre de ses œuvres qui sont aujourd'hui partout dans le monde et connues de nombre d'entre nous... L'œuvre est un objet interne et un objet externe : **l'artiste est son œuvre et il a une œuvre...**

Relation d'amour

Les premiers mois de sa vie, l'enfant vit dans un monde morcelé d'objets divers, externes et internes, bons et mauvais, sur lesquels il s'appuie pour construire son désir. Puis, à force de répéter l'expérience du sein, de son désir et de sa satisfaction, l'enfant mémorise assez d'éléments pour intégrer que c'est la même personne qui porte l'environnement apaisant et l'environnement excitant, et quand il prend conscience de son extrême dépendance à cette unique personne, il entre en position dépressive...

Melanie KLEIN décrit cette position dépressive après la phase schizo-paranoïde pendant laquelle l'enfant vit dans un monde d'objets partiels, dont certains sont bons et gratifiants et d'autres mauvais et frustrants.

L'objet transitionnel est entre les deux, ni dedans, ni dehors, ni persécuteur, ni gratifiant... il aide à apaiser les craintes liées aux mauvais objets et à se remémorer les bons objets...

L'objet transitionnel continue à exister pendant la phase dépressive et plus tard aussi, aux côtés des objets d'amour...

C'est pendant cette phase dépressive que se fonde l'histoire d'amour entre mère et petit enfant... une histoire d'amour et de dépendance, entre désir et complétude...

Fort heureusement, la plupart du temps, un tiers viendra mettre un terme à cette relation exclusive, qu'il soit physiquement incarné par le père ou de façon plus générique inclus dans le discours de la mère ou de son substitut...

Monnaie d'échange

L'enfant a pu expérimenter le dedans-dehors avec son objet transitionnel et quand vient son apprentissage à la propreté, il découvre le plaisir de prendre le contrôle de sa relation à la mère : la satisfaire ou pas, et de contrôler cette partie de lui-même qui est dedans et dehors : son caca !...

L'enfant va répéter régulièrement l'expérience, et faire une collection d'œuvres dont il fera une monnaie d'échange... Comme le ferait un marché de l'art !...

Aujourd'hui, de façon clairement affichée, de plus en plus d'entreprises cherchent des managers créatifs pour leurs postes clés.

On attribue à ces managers le courage, la détermination, un solide positionnement professionnel, la curiosité, et la capacité à emmener leurs équipes plus loin...

C'est un peu sur ce modèle de l'apprentissage à la propreté, à la socialisation pour entrer en maternelle, que le marché de l'art comme le marché du travail ou, plus généralement, le « marché » relationnel, valorisent la créativité.

L'Œdipe

Vers six ans l'enfant chemine vers l'Œdipe et accède aux mécanismes de sublimation qui transforment la curiosité sexuelle en curiosité intellectuelle, qui transforment de l'affectif en cognitif, qui transforment du ressenti en compétence...

Freud décrit les étapes vers l'Œdipe et, notamment, comment le tiers soustrait l'enfant à la toute-puissance du désir de la mère pour lui permettre d'élaborer son propre désir et d'accéder aux mécanismes de sublimation en lien avec l'environnement social...

C'est à cette étape de la sublimation que se structurent les outils de création, que ce soit dans le domaine du lire et écrire, ou dans le domaine du voir, du peindre, de l'écouter...

Les mécanismes de sublimation transforment un ressenti en capacité technique. Par exemple un enfant qui aime écouter la lecture de contes écrits deviendra un meilleur lecteur, mais pas forcément un enfant qui aime lire.

De même, le talent d'écrivain s'appuie sur une sublimation efficace, mais il n'est pas de talent sans une part d'amour enfantin non sublimé, resté brut.

Art brut et art thérapie

DUBUFFET définit en 1945 que faire de l'art brut suppose un artiste autodidacte, hors du système de l'art, avec la volonté de créer, mais sans avoir la conscience d'être un artiste ou de faire de l'art, un artiste qui utilise de nouveaux langages, de nouvelles techniques...

Photo 06d à légender « DUBUFFET 1966 : autoportrait au marker sur papier. Photo adressée par l'auteur. »

L'art thérapie se réfère souvent à l'art brut. La démarche favorise l'accès à une voie personnelle pour les personnes qui fréquentent ces ateliers. L'art thérapie favorise une création spécifique relevant d'une mythologie propre à chacun. L'atelier d'art thérapie permet un lien social par le partage créatif et l'échange d'expériences.

Exposer les œuvres issues d'ateliers d'art thérapie interroge sur la capacité de ces œuvres à toucher l'autre et à en faire une monnaie d'échange social pour interroger le lien social ici et partout.



DUBUFFET 1966 - Autoportraits au marker sur papier

Références

- FREUD Sigmund, Deuil et Mélancolie, Gallimard, 1968
- KLEIN Melanie, La psychanalyse des enfants, PUF, 2013
- LAVERGNE Thierry, Prédiction de l'aptitude à l'apprentissage de la langue écrite. Neuropsychiatrie de l'Enfance, 36(7), 1988
- RICOEUR Paul, Soi-même comme un autre, éditions du Seuil, 1990
- RIMBAULT Arthur : Lettres du voyant, Editions de Londres, 2011
- SPITZ René : De la naissance à la parole, PUF, 2002
- WINNICOTT Donald : Jeu et réalité, Poche, 2015

Auteurs francophones

Sept articles, six pays et sept auteurs principaux africains, dans la seconde partie, athématique, de ce N°73.

Les auteurs du premier article sont des psychiatres ivoiriens qui traitent un sujet en rapport avec l'histoire récente : le conflit armé post-électoral qui s'est conclu à Abidjan le soir du 31 mars 2011. Les femmes sont bien souvent des victimes collatérales des guerres. Deux exemples cliniques étudient les conséquences traumatiques de l'exposition au conflit.

Les auteurs du second article sont des anthropobiologistes ivoiriens qui étudient la question de l'agressivité chez les adolescents addicts aux jeux vidéo dans un quartier d'Abidjan.

Le troisième article traite des automutilations. Cette étude clinique du Burkina Faso est conduite dans le registre médical de façon pluridisciplinaire puisqu'elle associe aux psychiatres un dermatologue et un radiologue, mettant à contribution des services de psychiatrie, de dermatologie vénérologie, et de radiologie et imagerie médicale.

Le quatrième article est une étude menée par des psychiatres sur les itinéraires thérapeutiques des patients suivis en psychiatrie au CNHU de Bangui en Centrafrique.

Le cinquième article nous vient d'une psychologue du Cameroun. Conduite à la prison de Yaoundé, son étude examine le passage à l'acte sexuel déviant des adultes camerounais sur les enfants.

Le sixième article est français et examine les troubles cognitifs liés à la carence en vitamine C dans l'alcoolisme. Son auteur principal est un psychiatre africain, associé dans sa recherche à une neuropsychologue et un psychiatre français.

Le septième article est un travail d'une psychologue algérienne, conduit à Tlemcen, sur les représentations socioculturelles de l'épilepsie dans sa région.

Cette seconde partie du N°73 illustre une spécificité de la revue *Psy Cause* : l'expression pluridisciplinaire d'approches cliniques dans les pays qui constituent l'espace francophone.

Jean Paul Bosmaut



Madjara APN
Anoumatacky

Anna-Corinne
Bissouma

Alain-Maxime
Mouanga

Mourir à soi, effet de la guerre sur la femme en Côte d'Ivoire

Auteurs : Madjara Akesse Pokou N'guessan **Anoumatacky**¹, Anna-Corinne **Bissouma**², Alain-Maxime **Mouanga**³, Yessonguilani Jean-Marie **Yéo-Ténéna**⁴

Résumé : depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire a connu bon nombre de crises politiques internes qui ont connu leur paroxysme lors de l'éclatement du conflit armé à Abidjan au soir du 31 Mars 2011. Toutes ces crises ont eu un impact délétère sur la santé mentale des populations dont l'intégrité physique et psychologique a été mise en danger. L'ampleur du désastre apparaît à l'aube d'une ère nouvelle. De nombreuses maisons, structures et institutions ont été pillées, saccagées voire détruites. C'est l'effondrement de la vie personnelle, familiale et sociale, de la vie professionnelle... Si les biens, les structures et édifices ont été détruits, l'homme aussi est détruit et a du mal à se remettre de ces événements dramatiques car pour bon nombre d'ivoiriens ce sont les efforts de toute une vie qui sont partis en fumée, consumés sur l'autel des enjeux politico-militaires.

Les auteurs présentent ici, à partir d'histoires de vie où soins social, spirituel et psychique se mêlent, des tableaux de dépression narcissique, objectivés dans un contexte de traumatismes de guerre, et les réflexions qui ont nourris leur démarche thérapeutique.

Mots clés : deuil, guerre, dépression, traumatisme psychique, genre, Afrique.

Summary : for over a decade, Côte d'Ivoire experienced many internal political crises that had their climax during the armed conflict erupted in Abidjan on the evening of March 31, 2011. All of these crises have had a deleterious impact Mental health of people whose physical and psychological integrity was endangered. The scale of the disaster appears at the dawn of a new era. Many houses, structures and institutions were looted, vandalized or destroyed. It is the collapse of personal, family and social life, professional life ... If the goods, structures and buildings were destroyed, the man also is destroyed and is struggling to recover from such dramatic events as for many Ivorians are the efforts of a lifetime that were burnt, burnt on the altar of political-military issues.

The authors present here, from life stories where social, spiritual and psychological care mingle, narcissistic depression pictures, objectified in a context of war trauma, and reflections that have fed their therapeutic approach.

Keywords : mourning, war, depression, psychic trauma, genre, Africa.

Auteur Correspondant : Dr Bissouma Anna-Corinne
Chargée de recherche en Pédiopsychiatrie Centre de Guidance Infantile
Institut National de Santé Publique
BP V 47 Abidjan annabissouma@yahoo.fr

1- Psychiatre, UFR Neurosciences, Université FHB, Côte d'Ivoire

2- Pédiopsychiatre, Centre de Guidance Infantile, Institut national de Santé Publique, Côte d'Ivoire

3- Psychiatre, CHU de Brazzaville, BP 32 Brazzaville/ République du Congo

4- Psychiatre

Introduction

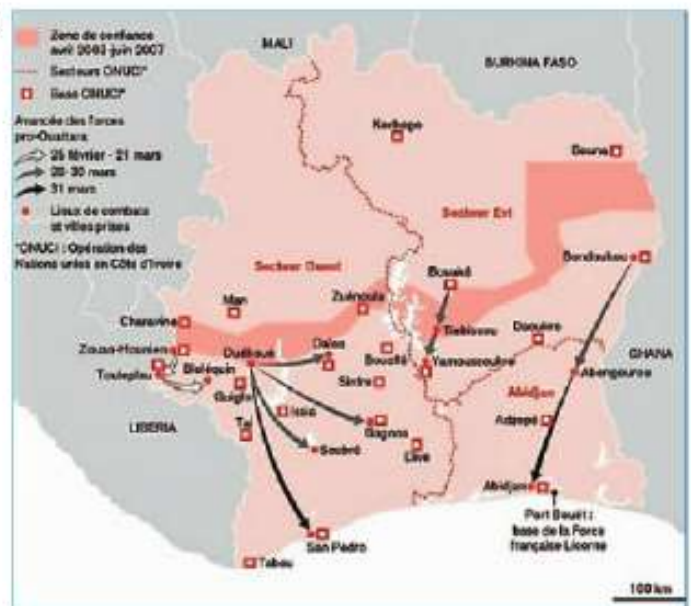
Comme le souligne le rapport mondial sur la santé de l'OMS 2001, consacré à la thématique de la santé mentale, les conflits incluant la guerre civile affectent un grand nombre de personnes dans le monde avec des conséquences sur leur état mental (WHO, 2001). Suite à ces différents conflits, près de 50 millions de personnes sont réfugiées ou déplacées dans leur propre pays. Bien souvent conséquences de luttes intestines sur la base de conflits idéologiques, ethniques ou religieux, ces conflits n'épargnent pas l'Afrique et certains pays africains en ont fait la terrible expérience avec son lot de dégâts aussi bien au plan des infrastructures qu'au plan humain y compris les conséquences physiques et psychologiques sur les populations (Salignon et Legros, 2002). Parmi ces conséquences, les tableaux cliniques les plus graves sont les traumatismes psychologiques, notamment l'état de stress post-traumatique qui fait suite à l'effroi et au vécu de mort ressentis par certains (Lebigot, 2009).

Les différentes crises politiques que connaît la Côte d'Ivoire, pays d'Afrique occidentale, depuis plus de 10 ans, ont entraîné de graves troubles de la santé mentale au sein des populations ivoiriennes, exposant beaucoup des personnes à la survenue de traumatismes psychiques. L'éclatement du conflit armé à Abidjan le 31 Mars 2011, avec les combats, les bombardements et autres bruits de bottes, nuit et jour, sont venus aggraver le sentiment d'insécurité et la menace pour l'intégrité physique et psychologique des individus. Les populations ont dû faire face à de nombreux événements traumatiques.

Quand le silence revient enfin, la vie, celle qui a su subsister et s'adapter, reprend peu à peu... et l'ampleur du désastre apparaît à l'aube d'une ère nouvelle venant ainsi aggraver la souffrance psychologique des individus. De nombreuses maisons, structures et institutions ont été pillées, saccagées voire détruites. C'est l'effondrement de la vie personnelle, familiale et sociale, de la vie professionnelle...

Si les biens, les structures et édifices ont été détruits, l'Homme aussi est détruit et il a du mal à se remettre de ces événements dramatiques car, pour bon nombre d'ivoiriens, ce sont les efforts de toute une vie qui sont partis en fumée, consumés sur l'autel des enjeux politico-militaires. Pour aider ce dernier à remettre du sens dans tout ce qu'il a traversé, afin de pouvoir réunifier son être fortement ébranlé par les divers événements traumatiques, il est impératif de mettre en place une aide spécialisée.

Les auteurs présentent ici, à partir d'histoires de vie, où soins social, spirituel et psychique se mêlent, les tableaux de dépression narcissique objectivés dans un contexte de traumatismes de guerre et les réflexions qui ont nourris leur démarche thérapeutique.



1. Survivre après notre mort

Depuis plus d'une décennie, la Côte d'Ivoire est confronté à des tensions politiques sur fond de clivages ethniques et religieux. Cette guerre civile larvée a abouti à la quasi-partition du pays et mis à mal le tissu social. Le pays en proie à de vives souffrances, vit une agonie lente et crie d'une voix silencieuse sa douleur et son angoisse de voir ses fils et ses filles, fruit d'un enfantement douloureux, se déchirer et s'entretuer... la Côte d'Ivoire se meurt sur l'échafaudage des idéologies... elle se meurt et sa progéniture se meurt aussi d'une mort trop souvent symbolique qui se refuse à s'incarner... Depuis 10 ans, l'ivoirien vit la descente aux enfers et voilà que sonne enfin, au soir du 31 mars 2011, des événements, qui quoique guerriers, seront quelque peu vécus comme une libération pour qu'enfin cesse cette angoisse lancinante, celle de ne pas savoir à quand la fin de la guerre pour que puisse advenir un jour nouveau et des lendemains pacifiés.

Nous nous sommes penchés sur la question des traumatismes psychiques au décours des événements ivoiriens, en faisant une rétrospective depuis 2000, et ce bilan montre les actes et les tentatives d'action (parfois avortées) (Bissouma, Anoumatakky, & Te Bonle, 2012).

En tant que psychiatres, professionnels de la santé mentale, il importait au sortir de la guerre de 2011, que dans une tentative de ne pas passer de l'autre côté du fauteuil et de ne pas se victimiser, nous mettions en place des actions de prise en charge pour la population. Prendre en charge les autres, nous a permis de penser et de théoriser notre propre vécu des événements. Au cours de nos diverses interventions, nous avons rencontré des femmes et des hommes en proie aux affres de la guerre, aux vicissitudes d'une vie qui parfois ne valait plus la peine d'être vécue. La guerre s'était installée dans leur tête avec toutes les destructions psychiques qu'elle entraînait dans ces esprits, le champ étant libre car nulle ne viendrait contrer ses effets (Clervoy, Delage, & Le Fur, 2003). Nous nourrissant psychiquement d'un cadre balisé de réflexions sur notre

vécu des événements, nous avons pu nous tourner vers les autres, faire preuve de « neutralité bienveillante », ne pas nous laisser déborder et envahir par tout ce qui se jouait dans les mouvements transférentiels de la relation thérapeutique avec les victimes que nous rencontrions...

Au cœur de cette prise en charge, la singularité de certaines histoires de vie est apparue, à la fois comme un reflet de ce que nous pouvions avoir vécu, et singulièrement comme femmes, dans nos propres existences au cours des événements, mais aussi comme des terrains favorables à la réflexion et à l'élaboration de pratiques cliniques en adéquation avec le milieu culturel ivoirien dans le contexte de traumatismes de guerre.

Eviter de re-mourir, via une traumatisation vicariante se surajoutant aux traumatismes individuels que nous avions eu à vivre, a été possible par la mise en commun de nos savoir-faire et savoir-être professionnels, le but inavoué étant une tentative « don-quichotique » de contribution à la réduction des coûts psychiques de la guerre.

De toutes ces histoires que nous avons entendues, certaines nous ont marquées... réfléchir à ce que nous avons fait, et comment nous l'avons fait, et nous forger par là-même des modalités d'exercice de la psychotraumatologie en Côte d'Ivoire tel est l'enjeu de cet article. C'est aussi réfléchir et tenter une théorisation de la notion de perte et de deuil dans le contexte de la guerre, c'est faire la part justement de cette notion de deuil et de celle de traumatisme psychique quand le narcissisme du sujet est fissuré et effracté et quand la féminité africaine prend un coup.

Nous avons ainsi rencontré deux femmes dont la vie, dans l'après-coup traumatique, s'est effondrée dans l'effondrement de la crise post-électorale. La blessure moïque qui s'en suit violente et brutale, difficilement élaborable est renforcée par la perte des repères existentiels sans possibilités premières de restauration ou de conservation, en l'absence même de tout support social. Dans un tel contexte, pour ces femmes, nous sommes apparus comme étant des béquilles potentielles, des tuteurs psychiques permettant, progressivement, à la psyché de se remettre en mouvement et de quitter l'effraction du trauma pour tenter une réédification de l'être.

2. Des histoires de vie

a. L'histoire de A., quand le social devient douleur

A. est assistante sociale, elle va bientôt avoir 55 ans, l'âge de la retraite.

Jumelle, elle est issue d'une fratrie de 7 enfants du côté de son père qui a fait des enfants hors mariage, sa femme ne pouvant lui en donner. C'est cependant cette femme-là qui élèvera tous les enfants. Les jumelles occupent le 2^{ème} rang. Du côté de la mère, elles sont également issues d'une fratrie de 7 où elles occupent le 1^{er} rang. Son père est décédé en 1997, sa femme lui a survécu et A. l'a tou-

jours considérée comme sa mère « *papa a dit que c'était notre mère, c'est elle qui nous a élevés. Papa faisait des enfants dehors et les ramenait à la maison* », nous dira-t-elle dès le premier entretien.

Concernant ses antécédents, hormis quelques rhumatismes, A. n'a aucun antécédent médicochirurgical ni psychiatrique particulier. Elle se décrit comme étant une femme engagée, active, généreuse, sociale et à l'aise dans son existence, même si elle regrette de ne pas être mariée. Elle a un fils de 28 ans et une fille adoptive qui en a 26 - elle l'a recueillie quand elle avait 9 ans à la suite du décès de ses parents d'origine burkinabè, ces derniers étant morts du sida. Au décès de la mère, celle-ci demande à A. de ne pas ramener l'enfant au Burkina mais de la garder car au pays il n'y aurait personne qui pourrait la recueillir. À cette époque A. œuvrait dans le domaine de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).

Au moment où nous rencontrons A., elle travaille dans une entreprise qui, au décours de la crise ivoirienne, met en place une intervention psychiatrique en vue d'aider les agents traumatisés par la guerre. C'est dans ce cadre que nous la recevons en consultation début juin 2011. La passation de l'IES (*impact of events scale*) a mis en évidence un score de 71, témoin d'une traumatisation importante. Avant cette rencontre, elle n'avait vu personne ni religieux ni spécialiste en santé mentale pour l'aider à la gestion du traumatisme.

Elle relate d'une voix douloureuse, les faits marquants de son histoire...

Quand la guerre éclate à Abidjan, nous sommes le jeudi 31 mars 2011, A. tente de quitter son domicile. Avant de partir, elle prend juste un sac avec quelques affaires, prend les dossiers des agents de la compagnie qui l'emploient puis les repose : « *comment partir avec les dossiers sociaux des agents ? Et si je les perds ?* ». Alors elle les range avec précaution dans sa chambre, ferme tout et part. Elle fuit son domicile littéralement sous les balles des belligérants.

Dans les temps qui suivent, sa maison est pillée puis brûlée avant d'être quelques jours plus tard à nouveau pillée et incendiée : TOUT brûle, les photos souvenirs (*la photo de papa, les photos des enfants et des petits enfants...*), ses pagnes, ses uniformes de chorale et d'église, ses bijoux, ses dentelles, ses kitas!... brûlés !

Sa maison, c'est une villa en duplex, dans un quartier quasiment pauvre. Cette maison était l'objet de convoitise et avait un emplacement stratégique. La maison, sa maison, sert maintenant de base aux Forces Républicaines de Côte d'Ivoire (FRCI), groupe armé vainqueur de la guerre civile (Fofana, 2011). Le disant, son visage porte le masque du désespoir.

Après ces événements tragiques, elle va errer pendant plusieurs semaines, passant d'une maison à l'autre, ayant du mal à se poser quelque part. Au moment où nous voyons

A. pour la 1^{ère} fois (6 semaines après la fin des combats), elle vit réfugiée chez sa sœur à l'autre bout de la ville d'Abidjan, dans un quartier calme, ce qui l'aide beaucoup à panser ses plaies psychiques selon elle. Elle a trouvé un studio dans le quartier où elle travaille mais n'a pas encore déménagé (ce qu'elle ne fera qu'au bout de 7 semaines).

Le premier examen retrouve une patiente logorrhéique. On note une hyper expressivité des affects avec de nombreux pleurs et un sentiment de peur envahissant. Les manifestations physiques sont nombreuses : palpitations, douleurs multiples. Le discours est cohérent et marqué par un fort ressentiment dû aux sinistres et aux préjudices subis. Elle n'a pas de troubles du sommeil, ou du moins ne s'en plaint pas. Les reviviscences sont importantes : « *je revois sans cesse le mur sali, noirci par la fumée...* ». Elle parle du mur de la maison, mur qu'elle n'a vu qu'en photo (image prise par l'huissier pour les constats d'usage) car elle n'a pas encore eu le courage de retourner voir la maison maintenant libérée de ses occupants.

À la fin du 1^{er} entretien, elle sort et revient au bout de quelques minutes pour confier à voix basse, dans le bureau isolé : « *docteur... je n'aime plus ma fille, comment puis-je continuer à l'aimer cette fille ? Elle est issue du peuple cou-*

pable du pillage dont j'ai été victime ? Quand je la regarde, je ne vois plus que la burkinabè qu'elle est »... Tout s'estompe, les années de soins maternels, l'amour filial et même la joie d'avoir eu, de cette fille, une petite fille adorable qui a aujourd'hui 6 ans. Elle porte le poids de ce sentiment de rejet, en culpabilisant de ne plus aimer sa fille et sa petite-fille.

Elle refuse de retourner dans la maison, trop marquée par la vision d'horreur de ce mur sali, noirci, par ces décombres où tout a disparu y compris papa, dont le magnifique portrait a été calciné. Elle n'a qu'un baluchon (un sac et quelques habits), mais « *Dieu va restaurer !* », ce qu'elle répète comme un mantra. Elle poursuit en disant qu'ils n'ont jamais rien fait à personne, que sa famille et elles ont toujours été serviables, ils n'ont pas pris part au débat politique, alors pourquoi ? Et comment alors expliquer une telle barbarie ?

Elle n'a plus envie de faire du bien, de faire des actions sociales, elle ne veut plus aider qui que ce soit, elle se replie sur elle-même. Il y a comme un effondrement de l'image de soi imprégnée des valeurs socioculturelles : « *les biens, les parures, c'est ce qui te fait !* »



Guérite à l'entrée de la résidence de l'ancien président Laurent Gbagbo, avec les stigmates des combats. Photo Psy Cause, Abidjan, 10 mars 2017.

Elle exprime parallèlement, le besoin de restauration de cette image « *je vais racheter les mêmes pagnes, les mêmes dentelles, les mêmes bijoux que ce qu'ils m'ont pris... je vais recoudre les mêmes modèles... même s'il me faut aller au Bénin, je le ferai pour trouver mes pagnes* ».

A l'issue du 1^{er} entretien qui durera près de 90 min, nous mettons en place un traitement reposant sur la Fluoxétine 20mg/j à raison d'une gélule par jour pour soulager les symptômes dépressifs et les troubles du stress post-traumatique.

A. le traduit bien lorsqu'elle dit « *les biens, les parures, c'est ce qui te fait. Ça fait trop mal ! Ça me fait ma-a-a-l-l-l, comme ça (elle montre son plexus solaire), la douleur la transperce, elle précise que si son fils avait été atteint par une quelconque violence la douleur serait descendante (elle fait un geste qui part de son plexus solaire jusqu'à ses entrailles). La bible dit de ne pas s'attacher aux biens qui passent. Je sais que Dieu va restaurer !* » Elle se sent atteinte dans ce qu'elle est, dans l'essence de sa personne. C'est une véritable douleur morale car chaque parole, chaque phrase est ponctuée de soupirs profonds, le faciès est triste, et elle répète régulièrement « *ça fait mal, ils m'ont atteint* » (elle fait un geste qui ressemble à celui d'être transpercé par une dague au niveau des côtes droites en se servant des 4 doigts de la main gauche bien serrés, comme une lame).

Elle a en plus un vécu d'abandon de sa famille paternelle, aucun d'eux n'ayant fait un geste pour lui venir en aide alors qu'elle a tout perdu. Pour elle, la cohésion de la famille est détruite, cette destruction la détruit car elle se représente comme le liant, le ciment, le socle et le pilier de sa tribu. Il y a une fracture du «moi social», comme le dit Proust (1927). C'est cette image que nous donnons de nous-même aux autres, image à laquelle, souvent, nous finissons par nous identifier, et qui est portée par les habitudes. L'atteinte de cette image sociale au travers de laquelle A. se définit porte atteinte dans ce qu'elle est et cet être et équivalent ou juxtaposable à l'Avoir. Elle est ce qu'elle a, elle n'est que parce qu'elle a, car avoir c'est être.

Après cet entretien, commenceront des entretiens à visée psychothérapique.

Au 2^{ème} entretien, une semaine plus tard, elle parle de sa famille détruite avec la destruction de la maison et la noirceur. La cohésion de la famille est détruite car, avant le drame, A. vivait dans cette grande maison avec sa fratrie du côté paternel et leurs familles respectives. La fumée noire sur le mur qu'elle découvre en découvrant sa maison détruite, non seulement la salit, mais salit aussi son nom de famille. Son image personnelle est détruite tout comme l'est celle de son père. Ce mur sali, c'est la salissure de son père, de ce père qu'elle défie malgré la mort ou par-delà la mort. En effet, l'incendie qui a ravagé la maison a détruit le portrait du père qui trônait dans la demeure, avec la destruction de l'image de ce dernier, c'est la salissure de celui-ci à travers la perte de tous souvenirs la reliant à lui. Cette fumée qui noircit, qui obscurcit, qui ternit, altère irrémédiablement le Soi familial. De plus la famille est

disloquée, alors que A. se vit comme le socle et le pilier de celle-ci. Elle a toujours œuvré pour qu'ils restent tous ensemble malgré la mort de papa. Il n'y a plus de maison pour rassembler la famille. Comment continuer à jouer ce rôle si les autres ne sont plus là, comment se reconstruire et continuer à vivre dans ces conditions ?

Au 3^{ème} entretien, elle évoque un rêve fait par sa sœur jumelle en 2010 au cours duquel, cette dernière avait vu le phallus paternel rongé par des vers. A posteriori, elle rattache ce rêve aux événements dramatiques vécus, comme une prémonition que la progéniture de papa serait blessée et dispersée. Sa vie s'est arrêtée alors que sa fratrie a commencé à se reconstruire depuis la crise, chacun s'étant construit un nouveau foyer. Seule A. n'a toujours pas de domicile, elle se sent abandonnée par ses frères et sœurs qui « revivent ». Elle terminera, ce jour-là, l'entretien en montrant tous les bijoux dont elle s'est parée (des bijoux reçus d'amis ou achetés au marché), « *même s'ils m'ont tout pris, je suis encore jolie* » conclut-elle.

Au fil des entretiens, nous constatons qu'elle a du mal à trouver du réconfort auprès de ses coreligionnaires, elle se fait des « listes » de ce qu'elle doit faire pour se reconstruire... son humeur vire à l'hypomanie. Elle tente de se projeter dans un futur incertain en faisant bon nombre de projets (voyage, rédaction d'un livre, ouverture d'une boutique de décoration...). Tout lui apparaît difficile d'autant qu'alors qu'elle se sent au fond du gouffre, sa jumelle n'est plus son reflet car celle-ci a repris le contrôle et rencontre même du succès dans ses entreprises. Au lieu de la motiver, le succès de sa jumelle accroît son désarroi. Nonobstant, progressivement elle prend conscience du fait qu'elle se vit comme l'élément rassembleur et qu'au-delà du drame de la guerre, c'est l'effondrement de ces repères et la destruction de son image, de la perception qu'elle a d'elle-même. Elle se rend compte de son grand besoin de restauration de son image.

Au cœur de ce processus à l'œuvre dans le soin, son état se stabilise peu à peu. À la dernière séance (7^{ème} rencontre), elle finira par demander la permission d'être « libérée » (du lien thérapeutique) et celle de pouvoir tenter de repartir dans sa vie, de se reconstruire d'autant que sa direction a reconduit son contrat pour deux années. La perspective de la retraite étant momentanément annulée, elle se sent prête à réinvestir son existence.

b. Vitres brisées, vie brisée... la vie de B.

B., 55 ans, est enseignante, mariée, mère d'un adolescent de 16 ans. Elle est la 7^{ème} enfant d'une fratrie de 14. Elle occupe un rôle central au sein de sa famille. Les relations avec les parents sont bonnes et surtout elle garde de son père, mort en 1990, l'image idéalisée d'un père présent, devinant ses besoins sans qu'elle les exprime et avec qui elle était en symbiose totale. L'histoire de B. est celle d'une femme mariée depuis 1994 avec un homme de trois ans son cadet (information qu'elle donne à voix basse, comme un secret), qui était un ami de son petit frère et le filleul de

ses parents. Un fils naît de cette union en 1995. Une deuxième grossesse a vu naître un enfant qui décèdera après trois jours suite à des difficultés respiratoires. La patiente lie cette perte à une scène vécue quelques jours auparavant, lorsqu'elle a surpris son époux en fâcheuse position avec sa nièce, vision qui l'a totalement anéantie, avec des sensations physiques intenses. Son ventre en a été déformé, « *comme si c'est dans le ventre que j'ai accusé le coup* ». Après ce décès, elle s'est repliée sur elle-même, baissant ses fréquentations sociales. Elle n'a partagé cette expérience avec personne, même pas avec son mari et a consacré toute son énergie à la construction de son ménage et sa petite famille. Cet équilibre est à nouveau fragilisé quand elle apprend que son mari a une relation extra-conjugale de laquelle est né un enfant âgé de cinq ans. Le choc est terrible : elle est dévastée. Elle se replie encore plus sur elle et s'investit dans les activités religieuses et s'éloigne alors de son conjoint. Elle est catholique et profondément croyante avec une pratique religieuse assidue qui occupe une grande place dans sa vie. Au décours de la crise post-télectorale et de la guerre, elle découvre la toxicomanie de son fils ce qui est une nouvelle source de bouleversements.

Dans ses antécédents médico-chirurgicaux, on note un syndrome de Lyell consécutif à une consommation médicamenteuse, ce qui explique une phobie des prescriptions médicales.

Nous la rencontrons au cours d'une formation sur les états de stress post-traumatiques, en juin 2011, soit deux mois après la guerre. Au cours de cette activité, il lui a été demandé de faire un dessin représentant son vécu de la guerre. Elle réalise le dessin ci dessous.



Dessin réalisé par B. au marqueur sur une feuille blanche, lors de sa formation. Photo des auteurs

Elle explique la voix tremblante et les yeux larmoyants que c'est l'image qu'elle garde de son passage dans son établissement une semaine après la fin des hostilités à Abidjan. Elle explique que quelque chose s'est cassé en elle, quand elle est arrivée à l'école et qu'elle a vu les vitres des fenêtres brisées par les obus et répandues sur le sol, baignant dans des flaques d'eau. Elle exprime sa détresse à ce moment-là de voir « son » école détruite, son bureau dévasté, le sentiment de brisure qui se produit dans son esprit et qu'elle ressent dans son corps, ses pleurs devant l'état des classes et de l'école. Cette image fait effraction dans son psychisme la plongeant en plein traumatisme psychique. Ses yeux deviennent humides, sa voix tremble quand elle en parle. C'est alors que nous lui conseillons un suivi psychiatrique, ce à quoi elle adhèrera après quelques jours de réflexion.

Le premier examen met en évidence un tableau dépressif avec des idées de culpabilité importantes portant sur la mort de son bébé et des sentiments de dévalorisation. On note des troubles du sommeil (globalement perturbé) et une baisse de l'appétit avec amaigrissement. Son score à l'IES (*impact of events scale*) est de 58. Elle refuse tout traitement médicamenteux, du fait de ses antécédents médicaux et une psychothérapie de type cognitive est mise en route. Au cours des séances, les différentes problématiques seront abordées successivement. La guerre semble être venue briser ce à quoi elle se rattachait, sa bouée de sauvetage pour survivre au milieu du chaos de sa vie.

Pour B. la guerre, avec cet obus tombé sur son bureau, est venue réveiller des blessures enfouies au plus profond d'elle-même. La vision du toit effondré et des morceaux de vitres éparpillés sur le sol donnent l'image de ces morceaux de vie sans aucune cohésion, chacun noyé dans un océan de douleur et de culpabilité. La découverte de la toxicomanie de son fils vient conforter ce sentiment d'échec et l'idée qu'alors qu'elle pensait avoir au moins réussi dans ce rôle de mère, elle a là aussi échoué. Ce sentiment prend très vite toute la place dans son psychisme, l'empêchant de penser à autre chose. B., femme très soucieuse des convenances sociales, se trouve confrontée à une nouvelle « trahison » : après son échec en tant qu'épouse, après avoir consacré toute son énergie à démontrer qu'elle peut être une bonne mère en opposition à ce sentiment qu'elle a eu près le décès de son nouveau-né, voilà qu'elle échoue de nouveau avec ce fils qui consomme du cannabis et a de mauvais résultats scolaires. Elle s'attribue toutes les responsabilités et reste soucieuse de démontrer d'abord à son mari puis aux autres qu'elle peut inverser les choses. La honte devient sa compagne quotidienne et elle porte ces poids devant Dieu, multipliant les actes de dévotions cultuelles.

Ainsi l'image des morceaux de vitres témoignant de la destruction de son lieu de travail dans lequel elle s'investit totalement la déstabilise. Le fracas des fenêtres et l'amoncellement de débris ont sonné le glas de sa vie et c'est justement la vitrine de son existence qui semble, dans le même temps, avoir volé en éclats.

B. sera suivie pendant plus de 18 mois, ayant besoin régulièrement de nous revoir pour faire le point.

3. Quelques réflexions sur les principales problématiques auxquelles nous avons été confrontées : traumatismes psychiques, dépression narcissique, deuil...

Ces histoires de vie, ces vignettes cliniques, sont celles de deux femmes, deux mères, qui au décours de la guerre civile qu'a connue la Côte d'Ivoire en mars-avril 2011, au-delà des pertes et des événements traumatogènes, ont vu se modifier le cours de leurs vies respectives : leurs systèmes de valeur et leurs croyances ont été bouleversés, bousculant les équilibres psychologiques et l'image de soi. Les scores élevés à l'Echelle d'Impact des Événements (IES-R) supérieurs 50 sont aussi le témoin du traumatisme psychologique qu'elles subissent dans le même temps.

Si les symptômes cliniques en rapport avec un État de Stress Post Traumatique (EPST) sont réels, la présence de l'humeur dépressive fait pencher le diagnostic vers celui d'une dépression ou plus certainement d'une comorbidité ESPT-Dépression ce qui assombrit le pronostic des troubles du stress post-traumatique. La dévalorisation de l'image de soi que présentent les patientes vient fortifier ce diagnostic.

On découvre à travers le prisme de ces histoires que la guerre, au-delà de la mort physique, est vectrice de mort psychique, de mort narcissique...

Deux femmes, deux histoires, deux blessures narcissiques profondes que viennent ébranler les événements de guerre. Deux blessures qui se révèlent aux protagonistes quand le vernis social se craquelle. D'emblée cet effondrement narcissique n'est soutenu ici par aucun moyen de restauration. Ces femmes expriment le sentiment d'être emportée par des flots ou par un tremblement de terre et rien ne reste de leur vie ancienne auquel elles auraient pu se raccrocher pour continuer à vivre.

Au décours de ce séisme existentiel, A. se recentre sur elle, elle réaménage ses perspectives et investissements, modifie son mode de vie et son regard sur la vie, elle transmue son « social » (et par là même entame une modification de son être au monde) et elle entame ainsi une reconstruction lente et fragile. B. quant à elle, est figée sur sa douleur, avec des difficultés à se restaurer. Elle oscillera entre le désir de reconstruire son mariage et celui de se construire une vie hors de ce mariage.

Cette rencontre avec le réel de la mort est le lieu de la mise à nu de problématiques identitaires antérieures qui n'avaient jamais été abordées et qui n'avaient jamais trouvé ni exutoire ni moyens d'élaboration. Ces problématiques étaient refoulées, logées dans l'impensable.

Tandis que B. souffre énormément du travail psychique auquel la thérapie l'oblige - laissez remonter à la surface un vécu douloureux de perte - et peine à se mettre psychiquement en mouvement, A. - après un temps de repli sur soi et de lamentation où son corps est le théâtre de son mal-être existentiel et de sa quête de survivance - s'appuie

sur le travail psychothérapeutique pour reprogrammer sa vie. En effet, elle arrivera à la 5ème séance avec un document « son plan de vie ». Elle a planifié la vie qu'il lui reste à vivre, en restructurant ses objectifs et ses priorités. Elle s'en servira comme une ligne conductrice.

Le trauma est comme un corps étranger interne (Ferragut, 2005 p73) et la guerre agit comme une puissante force de déliaison. En effet, dans le trauma il y a des processus de liaisons qui se défont en témoigne l'isolement des personnes engluées dans la souffrance psychique et cette situation est renforcée par le peu de recours thérapeutique qui existe en Côte d'Ivoire (Bissouma et al., 2012; Clervoy et al., 2003). Comme le dit Douville (2003), la clinique est aujourd'hui plus précise (à contrario de la clinique qui avait servi à théoriser le trauma du temps de Freud, Ferenczi...), elle est plus fine. Nous l'avons vu au cours de nos prises en charge, la clinique met en lumière les logiques des décompensations et des décompositions des liens entre le sujet et l'autre spéculaire.

Une autre question est celle du deuil, pourquoi l'évoquer ici ?

Ces femmes n'ont certainement vu mourir personne (elles ne l'ont évoqué à aucun moment des entretiens), même si la mort était omniprésente à Abidjan, à la télévision, dans les journaux, dans l'atmosphère et surtout dans la conscience collective. Pour rappel, les mois qui ont précédé les violents événements de la bataille d'Abidjan, ont été émaillés d'attaques en tous genre, de bombardements, de découvertes macabres, d'assassinats... la mort était présente et guettait, sournoise et pernicieuse fauchant le passant au coin de la rue, happé par une balle perdue. Pendant plus de trois mois, les populations abidjanaises ont vécu avec la mort réelle, symbolique ou fantasmatique comme compagnon quotidien. Il ne s'agit donc pas ici de deuil traumatogène et le deuil dont nous parlons n'est également pas envisagé comme deuil traumatique au sens que lui donne Bacqué (2003) car en effet deuils traumatogènes et deuils post-traumatiques ont des conséquences différentes. Pour les premiers, la perte déclenche, le plus souvent, une dépression majeure avec risque suicidaire et difficultés de réadaptation importantes. Pour les deuils post-traumatiques, les troubles sont proches de ceux du syndrome psycho-traumatique, mais compliquent, voire empêchent le travail de deuil (Bacqué, 2003). Ces deux formes de deuils sont liées à la perte de l'autre. L'idée du deuil que nous amenons ici, est celle de la perte d'objet, perte d'objet d'amour, d'objet libidinal support du narcissisme. C'est donc un deuil symbolique. Chez A., le deuil se vit au travers de la destruction de la maison, qui réactualise celui (sans doute traumatogène) de la mort paternelle, et chez B. il se vit à travers la destruction de l'univers professionnel. Mais c'est un deuil de la subjectivité, un deuil de soi... Dans ces histoires de vie, ces femmes décrivent bien comment cette expérience de guerre est vécue comme une mort à elles-mêmes. Une partie de A. meurt dans l'incendie de sa maison tandis que B. meurt dans l'éclatement des fenêtres. Là se trouve matérialisé la perte de liens, de ce lien qui est et qui fait l'unité interne

du sujet, le maintenant en cohésion par rapport à son existence, et de ce lien qui l'unit au monde dans lequel il tente de se maintenir à flot.

En effet, la maison familiale est apparue comme étant le symbole de contenance de A., idem pour B.. La perte de ces lieux fait traumatisme, fracturant la construction de l'édifice du Moi et du socle sur lequel est construite leur vie et ébranlant dans le même temps leur narcissisme.

Ces lieux de vie sont ainsi le support de la libido et la perte d'objet se transforme en perte du moi, perte éminemment narcissique. La perte ouvre une abîme sans fond dans le moi, qui s'appauvrit à mesure qu'il se vide de tout investissement. Ainsi, comme elles ont pu l'exprimer, la perte de ces bâtiments s'est accompagnée d'une désagrégation de leur moi. (Louët, Chabert, & De Luca, 2011). Le moi est voilé, obstrué par cet objet disparu.

Du point de vue du narcissisme, il y a blessure. Cette blessure narcissique va suinter dans le discours fortement imprégné de douleur morale. La situation extérieure réveille, dans l'après-coup, un conflit dormant (le conflit conjugal de B. et la position familiale centrale de A.), qui, à la faveur de cette guerre, réactualisent le rapport douloureux au passé oublié (ou qu'elles tentent d'oublier), en attente de mots pour donner un sens aux faits bruts, a-humains, qui en sont dépourvus (Coen, 2003). Il n'y a en effet jamais eu véritablement de mots mis sur les maux de leur vie, chacune de ses femmes s'étant investi, de façon contra-dépressive, dans un activisme religieux.

Comment continuer à vivre ? Dans une tentative de reconstruction A. s'installe dans l'agir et le paraître - pour être -, elle s'active à réorganiser sa vie selon une nouvelle orientation. A contrario B. est comme une photo noir et blanc, ternie avec le temps, aux bords cornés qu'elle veut continuer à admirer dans une sorte d'apitoiement et de mélancolie.

Conclusion

Prendre en charge ces deux femmes a été pour nous l'occasion de nous replacer nous-mêmes dans l'agir thérapeutique et de contrer ainsi la sidération qui était advenue dans nos propres vies. Ayant nous-mêmes vécu ces événements et étant nous-mêmes des femmes, ces histoires ont fait écho en nous et cela nous a permis, grâce à la distanciation professionnelle, de mieux servir de support à leur réparation narcissique. En effet et par-delà le lien thérapeutique, autant nous nous sommes reconnus en elles, autant elles se sont reconnus en nous. La guerre ivoirienne a réveillé les guerres et les luttes intérieures, et si les bombes et les tirs se sont tus, des obus n'en continuent pas moins d'exploser dans les cœurs et dans les esprits.

Il apparaît important, d'un point de vue clinique, de tenter de sérier la symptomatologie et de faire la part du trauma et du deuil, en vue de mieux aider à la restauration des personnes dont nous avons la charge.



Vue du fleuve, de Bouaflé.
Photo des auteurs

Références

- Bacqué, M.-E. (2003). «Deuil post-traumatique et catastrophes naturelles». *Études sur la mort*, no 123(1), 111-130.
- Bissonna, A.-C., Anoumatcky, A. M., & Te Bonle, M. (2012). «Management of Trauma of War in Côte D'Ivoire: Building on the Past to Build the Futures». In *Advances in Psychology Research*. (Nova Publishers., Vol. 93, pp. 73-91). Alexandra M. Columbus.
- Clervoy, P., Delage, M., & Le Fur, B. (2003). «Deuil et guerres». *Études sur la mort*, no 123(1), 35-44.
- Coen, A. (2003). «Le traumatisme cumulatif». *Figures de la psychanalyse*, no 8(1), 73-81.
- Douville, O. (2003). «Du choc au trauma... il y a plus d'un temps». *Figures de la psychanalyse*, no 8(1), 83-96.
- Ferragut E. (2005). *Emotion et traumatisme- le corps et la parole*. Masson, Paris, 168p
- Fofana, M. (2011). «Des Forces nouvelles aux Forces républicaines de Côte d'Ivoire». *Politique africaine*, N° 122(2), 161-178.
- Lebigot F (2009). «Le traumatisme psychique». *Sress et trauma*. 9 (4), 201-204.
- Louët, E., Chabert, C., & De Luca, M. (2011). «La mélancolie, un destin de la passivité». *Evolution psychiatrique*, 76(1), 31-42.
- Proust, M. (1927). *À la recherche du temps perdu ; 8. Le temps retrouvé*. Tome 8,1 / Marcel Proust. *Ed. de la Nouvelle revue française* (Paris). Retrieved from <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k56794150>
- Salignon P, Legros (2002). Conséquences sanitaires de la guerre sur la population civile - République du Congo, décembre 1998-février 2000. *Med Trop*; 62 : 433-437.



Atta Kouamé

Félicien Yomi Tia

Etude des déterminants de l'agressivité chez les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon (Abidjan)

Auteurs : Atta Kouamé, Félicien Yomi Tia

Résumé : cet article analyse sous un angle étho-anthropologique les déterminants des comportements agressifs chez les adolescents addicts aux jeux vidéo dans le quartier Koweït de Yopougon. Il ressort des résultats de l'étude que les comportements d'agressivité chez ces adolescents se produisent sous l'influence de facteurs psychotropes et psycho-hormonaux induits par l'usage de substances psychoactives (tabac, alcool, pharmacodépendance) avant et pendant les séances de jeu. Ces comportements agressifs sont de nature physique (coups, bagarres) ou verbale (injures, propos déplacés, intimidations) perpétrés sur les pairs ou les gérants des salles vidéo pendant les séances de jeu.

Mots clés : Comportements agressifs, Adolescents, Addiction, Jeux vidéo.

Summary : this article analyzes the determinants of aggressive behaviors among teenagers addicted to video games in the Kuwait neighborhood from an etho-anthropological perspective. The results of the study show that the aggressive behavior of these adolescents occurs under the influence of psychotropic and psycho-hormonal factors induced by the use of psychoactive substances (Tobacco, alcohol, drug addiction) before and during play sessions. These aggressive behaviors are of a physical (blows, fights) or verbal (Insults, intimidations) nature perpetrated on peers or video room managers during game sessions.

Keywords : Aggressive Behaviors, Adolescents, Addiction, Video Games.



*Activité ludique des adolescents addicts aux vidéos dans le quartier Koweït de Yopougon.
Photo des auteurs.*

Dimensions du problème

Il convient d'entrée, de clarifier les concepts clés afin de permettre aux lecteurs peu avertis qui s'intéressent à ce texte de savoir de quoi il est question. Que faut-il donc entendre par « agressivité », et « addiction aux jeux vidéo » ?

Le mot agressivité provient du verbe « agresser » qui signifie « attaquer de façon brutale, physiquement ou moralement un être vivant mobile ». Pour Cloutier, Gosselin, et Tap (2005), l'agressivité désigne l'ensemble des « conduites antisociales qui consistent à agresser les autres physiquement ou verbalement ». En psychologie, l'agressivité est un comportement caractérisé par l'acte d'attaquer ou d'aller de l'avant et s'oppose à celui de refuser le combat ou de fuir les difficultés. Pour les biologistes comme Lorenz (1969), l'agressivité est un instinct naturel lié à tous les autres besoins vitaux, que ce soit pour la prise de nourriture, la fuite devant un danger ou le comportement sexuel. L'agressivité est un mode de survie pour établir ou créer par la relation vainqueur / vaincu, une différence entre les antagonistes, ce qui permet de palier à la confusion. Elle est une disposition innée, phylogénétiquement programmée, ayant une appétence propre, et/ou l'organisme recherche des stimulations qui aboutissent finalement à produire des actes agressifs comme frapper, mordre, combattre. Selon Berkowitz (1972), l'agressivité est tout comportement destiné à blesser la personne qui en est l'objet. Dans cet article, l'agressivité désigne l'ensemble des agissements physiques ou verbaux destructifs et d'intimidations, portant atteinte à l'intégrité physique ou morale de l'autre, exprimés par les adolescents lors des activités ludiques vidéo dans le but de dominer le groupe adverse et de s'imposer à la partie du jeu.

L'addiction, du latin « addictus » veut dire « s'adonner à ». C'est un comportement de dépendance ou d'accoutumance vis-à-vis d'une substance (alcool, drogue...) ou d'une activité (jeu ou achat pathologique). Au sens phénoménologique, c'est une conduite qui repose sur une envie répétée et irrépressible, en dépit de la motivation et des efforts du sujet pour s'y soustraire. Le sujet se livre à des addictions malgré la conscience aiguë qu'il a le plus souvent d'abus et de perte de sa liberté d'action, ou de leur éventualité. En psychanalyse, le terme addiction est utilisé de manière plus large dans la mesure où il relève plus d'une attitude intrapsychique, d'un mécanisme, plutôt que des moyens pour y satisfaire. Des mécanismes parallèles peuvent intervenir dans les déterminants comme celui d'une anorexie mentale. L'addiction se rapporte autant à des conduites telles que le « jeu compulsif », les conduites à risque ou la pratique d'exercices sportifs inadaptés entraînent un syndrome de surentraînement qu'à la dépendance à des produits comme l'alcool, le tabac ou les psychotropes. En psychiatrie, l'addiction désigne tout attachement irrépressible à une substance toxique ou à une activité malgré la conscience aiguë que son abus est nocif. L'addiction se caractérise par l'impossibilité de contrôler un comportement. Après un usage répété, une habitude se crée et peut conduire à un asservissement du sujet à une substance ou à une activité. L'addiction à une activité peut également être expliquée au niveau physio-

logique par une libération d'endorphines dans le sang, en rapport avec le plaisir apporté par une activité. Selon Peele (1985), l'addiction correspond à l'attachement d'une personne à une sensation, un objet ou une personne, tel qu'il réduit l'appréhension et la capacité à prendre en compte les autres éléments de l'environnement, ou elle-même ; de telle façon que la personne devient de plus en plus dépendante de cette source de gratifications. En un mot, nous retenons dans ce texte que l'addiction aux jeux vidéo est une conduite d'asservissement aux jeux vidéo dans une perspective physiologique et psychologique.

Après avoir élucidé les principaux concepts de cette étude, posons à présent les dimensions réelles du problème de l'agressivité dans un contexte d'addiction aux jeux vidéo chez les adolescents du quartier Koweit de Yopougon. À ce propos, les questions souvent posées et qui font l'objet de débats passionnés concernent l'impact de la violence du contenu des jeux vidéo sur la conduite des jeunes joueurs et le risque qu'ils pourraient encourir de se couper de la réalité ou de confondre l'univers « virtuel » du jeu avec le monde réel. Nombreux sont les tragédies rapportées par la littérature, qui illustrent cette réalité. Rappelons le cas de cinq jeunes filles habituées de jeux vidéo qui jubilaient après avoir mis le feu à un cabanon où elles avaient enfermé un élève trisomique et se mirent à rire et à observer le cabanon brûler sans avoir un sentiment d'empathie (Brodeur, 2007). Aussi, en 1999 aux États-Unis, deux adolescents habitués des jeux vidéo de combat et de tirs ont massacré un adolescent avant de se suicider. Pire, ils avaient « modélisé » leur école comme décor du jeu, et ce jeu a donc été une répétition de la tuerie réelle (Valleur, 2005). Ce massacre a ouvert une fois encore beaucoup de polémiques sur la violence dans les jeux vidéo. De même, le 2 avril 2002 à Erfurt en Allemagne, un jeune homme de 19 ans, assidu aux jeux vidéo à contenu violent, fait irruption dans une salle de classe du lycée Gutenberg où se déroulaient des épreuves. Armé d'un fusil à pompe et d'un pistolet, il fait feu, tuant seize personnes avant de se donner la mort (Schmoll, 2003). En fin de compte, les jeux vidéo ont pris une signification psychologique particulière de manière tout à fait informelle dans le monde. Les images violentes sur les écrans amplifient l'idée d'un monde dominé par la violence. Mais en groupe, le climat d'insécurité que suscitent les images violentes des jeux vidéo semble accroître en même temps la représentation d'un monde dominé par la violence et le risque d'y avoir soi-même recours (Bach et al, 2013). Alors que déjà, à la sortie de l'enfance, et souvent bien avant, l'adolescent se voit confronté à son image identitaire et à celle que lui renvoie son entourage. Ainsi, en quittant le monde de l'enfance, l'adolescent doit progressivement parvenir à adopter une vision rétrospective de sa propre vie, puis développer une certaine représentation de l'avenir. Au sortir de l'enfance, il fait donc l'expérience d'une diversité plus ou moins grande d'univers sociaux, familiaux et culturels. Son parcours de vie est entamé, souvent modelé par ses rapports à la famille, à l'école, aux médias ou ici aux nouvelles technologies de l'information et la communication (NTIC). Tous les adolescents ne sont pas égaux face au temps, et leur construction sociale du temps pendant l'adolescence constitue pour eux une étape

charnière et cruciale dans les rapports au temps, de même que dans la définition de leur identité et de leur système de valeurs (Pronovost, 2007). Pendant cette période, le jeune construit sa sécurité intérieure sur le modèle de celle qu'il trouve dans son environnement. Si celui-ci ne permet pas que s'établisse cette sécurité, il y a échec du processus normal d'attachement (Bowlby, 1971).

Ces jeux ont également fait leur apparition dans les centres urbains d'Afrique (The New Yorker, 10 juin 1985 cité par Greenfield et Zeitlin, 1994). Pour les pays en développement, confrontés à la nécessité de préparer les individus au travail sur ordinateur, la pratique des jeux vidéo peut être considérée comme un moyen efficace de sensibilisation informelle à l'univers technologique (ibid.). En effet, les consoles de jeux, très répandues, existent aujourd'hui dans tous les milieux sociaux africains. Les ordinateurs, et plus encore Internet, sont plus utilisés par les adolescents des milieux urbains. Cette « révolution informatique » attire plus les adolescents dans les grandes agglomérations africaines. Dans maintes cultures, les adolescents d'aujourd'hui sont pris dans le tourbillon de l'évolution sociale, fermentation et désorganisation. On voit apparaître des cultures et des sous-cultures de références nouvelles, des normes nouvelles, un sens social nouveau. L'une des caractéristiques les plus constantes du comportement des adolescents, depuis quelque temps, est l'agressivité, la violence, la révolte, la rébellion et le négativisme de masse. Le phénomène est endémique avec, çà et là, des poussées épidémiques. Il y a, de par le monde, une immense vague de frustrations; les adultes et les gouvernements sont visiblement impuissants à contrôler des événements qui menacent leur bien-être. L'anxiété, l'insécurité, le manque de détermination et les conflits de valeurs sont manifestes. Les institutions qui touchent à la socialisation (et à l'identification) n'ont pratiquement pas évolué (Lambo, 1960).

La Côte-d'Ivoire à l'instar des pays africains, n'échappe pas à cette situation. En effet, depuis la révolution informatique en Côte-d'Ivoire et au cours de ces dernières années, on assiste à une multiplication des salles informatiques et de jeux vidéo dans les villes et surtout dans les quartiers populaires d'Abidjan. Aussi face à la paupérisation des couches sociales de ces quartiers, cette activité ludique génératrice de revenus additionnels ne cesse de proliférer dans l'informel. Cette situation entraîne chez les adolescents, principaux clients de ces salles, une nouvelle forme de socialisation basée sur la cyberdépendance. Cette socialisation met parfois en mal les relations entre les adolescents et suscite l'inquiétude des parents. L'utilisation de jeux vidéo concerne principalement la population des adolescents dont l'âge varie entre 10 et 21 ans. Alors que cette frange d'âge, qui se trouve en plein processus de développement, est aussi la plus importante dans la population ivoirienne (51% selon le RGPH de 1998)¹. De ce qui précède, nous déduisons que la question de l'enseignement de la violence par les jeux vidéo en Côte d'Ivoire concerne plus particulièrement les jeunes et par conséquent les adolescents.

Aujourd'hui, la problématique de l'éducation à la violence par les jeux vidéo aux adolescents est une réalité qu'il faut prendre au sérieux vu l'importance de cette couche sociale dans le développement social du pays. En plus, cette situation mérite d'être soulevée au regard de la prolifération des salles de jeux vidéo et de la polarisation de la violence dans les quartiers précaires d'Abidjan dont le plus parlant est le phénomène des jeunes « microbes » (Konan, 2015). Elle mérite d'être traitée dans la mesure où si rien n'est fait, la violence risque de compromettre l'avenir de ces jeunes. Ce qui serait dommageable pour un pays comme la Côte-d'Ivoire qui a besoin de jeunesse bien éduquée et bien socialisée pour relever les défis du développement. Les enfants sont l'avenir de la nation, alors un bon processus d'éducation et de socialisation de ceux-ci occasionnerait des gains en ressources humaines compétentes. Avec une telle conception, la pratique de jeux vidéo devraient permettre aux adolescents de bien se socialiser. Ce qui n'est malheureusement pas le constat dans le quartier Koweït de Yopougon. Notre fréquentation de ce quartier nous a permis de constater que les salles de jeux vidéo sont très souvent des champs de violence et le théâtre d'intolérance entre les adolescents. Il existe donc un réel problème à ce niveau qui nécessite que l'on utilise des ressources scientifiques pour comprendre comment l'ambiance autour des jeux vidéo est vécue par les adolescents, et surtout ce qui explique les comportements d'agressivité exprimés par ceux-ci lors des parties du jeu. Autrement dit quels sont les déterminants de l'agressivité exprimée par les adolescents addicts aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon ?

Nous postulons que l'influence exercée par le contenu des jeux vidéo sur son utilisateur et les effets des transformations psychosomatiques que subit l'adolescent lors de son développement influencent certes l'agressivité chez les jeunes addicts aux jeux vidéo, mais ne sauraient être les seuls déterminants de cette agressivité. Nous soutenons cependant que l'usage de certaines substances psychoactives par les adolescents, clients des salles de jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon, avant ou pendant les séances de jeu, a un impact considérable sur l'expression de leurs comportements d'agressivité. C'est ce postulat qui constitue la trame de notre étude que nous tentons de démontrer dans cet article.



La pharmacie Koweït à Yopougon

1. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat effectué en 1998 la population ivoirienne a 51% de sa population a moins de 20 ans.

Notes méthodologiques

Dans cette étude, nous avons combiné la méthode éthologique et les méthodes socio-anthropologiques de collecte et d'analyse des données. L'approche éthologique a consisté en l'observation de vue en milieu habituel (observation directe) et a mobilisé la technique d'échantillonnage du comportement et la technique d'échantillonnage de l'individu focal. Selon Altmann (1974a), la première technique consiste à observer l'ensemble des individus et à s'intéresser à l'occurrence à certains comportements. Mise dans le cadre de notre contexte, cette technique a consisté à observer tous les adolescents présents dans les différentes salles de jeux lors de l'enquête afin de nous intéresser aux comportements agressifs sélectionnés dans notre répertoire comportemental. La seconde technique (technique d'échantillonnage de l'individu focal) a permis de noter le moment d'apparition des unités, ou uniquement l'ordre d'apparition ou de transition. Pour Altmann (1974b), il s'agit d'observer, pendant une durée prédéterminée, tous les comportements pertinents émis ou reçus par l'individu choisi. Tous les individus du groupe, ou certains d'entre eux, sont successivement observés de la même façon et pendant la même durée. Cette technique a consisté dans notre étude à observer chaque adolescent pendant dix (10)² minutes et à enregistrer les comportements exprimés.

Les méthodes socio-anthropologiques de collecte dans l'étude, concernent des entretiens semi-structurés à partir d'un guide d'entretien administré aux adolescents sélectionnés au cours de la phase d'observation directe. Celle-ci complète la technique éthologique et permet la description de situations et de comportements précis qui ne peuvent être appréhendés par l'observation de vue.

Nous avons limité notre échantillon à 50 adolescents sélectionnés dans les salles de jeux vidéo des 5 secteurs du quartier où il y a une prédominance de salles de jeux vidéo. Il s'agit entre autres des secteurs du terrain Romario, de l'hôtel N'zassa, de la pharmacie Koweït, les environs du marché de Koweït et les abords de la grande voie du quartier Koweït.

L'analyse statistique et l'analyse de contenu nous ont permis de traiter les données recueillies. La première a permis le regroupement et le traitement des variables quantifiables et leur présentation sous forme de fréquence dans des tableaux et des graphiques. La seconde est une analyse qualitative des témoignages recueillis au sens défini par Aktouf (1987). Dans cette analyse de contenu, l'importance accordée aux mots, aux termes et aux autres expressions rapportés par les enquêtés ne se mesure pas à leur fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier et au poids sémantique par rapport à l'agressivité en contexte d'addiction aux jeux vidéo.

La dernière phase de la démarche méthodologique concerne l'interprétation des données. Cette interprétation a consisté d'une part, à organiser les résultats obtenus et à effectuer les inférences en vue d'évaluer le degré de validité générale de notre postulat et d'autre part, à comparer ces résultats à ceux d'autres recherches, pour évaluer la validité théorique

de l'hypothèse posée. La méthode déterministe et la théorie éthologique ont été utiles pour la phase d'analyse et de discussion des données recueillies. La première, recherche les facteurs nécessaires et suffisants à la production régulière d'un phénomène dans le contexte de sa manifestation (Hempel, Popper et Bunge cité par Hermann, 1994, p 23). Cette méthode permet ici d'identifier les facteurs ou du moins les déterminants responsables de l'agressivité chez les adolescents addictifs aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon. La théorie éthologique au sens défini par Tinbergen (1953 ; 1963) incrimine, quant à elle, la conjugaison de deux facteurs essentiels dans la production d'un comportement : les facteurs endogènes (génétiques, physiologiques ou hormonaux) et les facteurs exogènes (les conditions de l'environnement). Cette théorie a permis d'analyser les comportements agressifs comme conséquence de l'effet des substances psychoactives sur le système nerveux et neuro-hormonal des adolescents. Cette démarche méthodologique exposée a permis d'aboutir aux résultats ci-dessous.

Présentation des résultats de l'étude

Données quantitatives

Types et fréquence des comportements agressifs identifiés chez les adolescents addicts aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon

Tableau 1 : Type et fréquence des comportements agressifs verbaux exprimés par les adolescents addicts aux jeux vidéo.

Types d'agressivité verbale	COMPORTEMENTS AGRESSIFS VERBAUX				
	CSA	CSG	PPI	DDG	Total
Fréquence des unités comportementales	1,42	2,2	1,21	1,17	6

CSA : Crier Sur son Ami ; CSG : Crier Sur le Gérant ; PPI : Prononcer des Paroles pleines d'Injure à l'autre ; DDG : Dire des Grossièretés.

Les résultats montrent que les adolescents addicts aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon développent quatre types de comportements agressifs verbaux : Crier Sur son Ami (CSA); Crier Sur le Gérant (CSG); Prononcer des Paroles pleines d'Injures à l'autre (PPI) ; Dire des Grossièretés(DDG). Parmi ces comportements agressifs verbaux exprimés, les adolescents addicts aux jeux vidéo obtiennent des scores plus élevés lorsqu'il s'agit de crier sur le gérant de la salle de jeu (MCSG = 2,2) sachant que $M = \sum x_i / N$ avec $\sum x_i$ est égal somme des comportements exprimés par unité comportementale et N est égal à l'ensemble de tous les comportements exprimés.

Tableau 2 : Type et fréquence des comportements agressifs physiques exprimés par les adolescents addicts aux jeux vidéo.

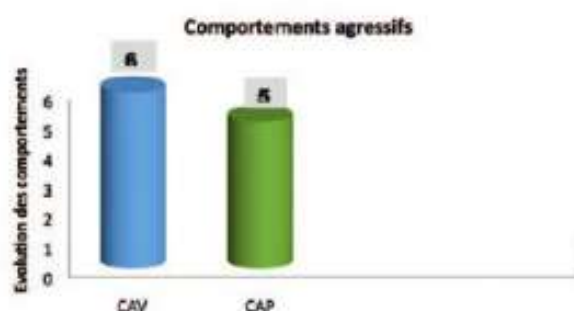
Types d'agressivité physique	COMPORTEMENTS AGRESSIFS PHYSIQUES				Total
	DCA	PVA	JMT	TVP	
Fréquence des unités comportementales	0,95	0,78	1,95	1,32	5

DCA : Donner un Coup sec à son Ami ; PVA : Pousser Violamment son Ami ; JMT : Jeter la Manette par Terre TVP : Taper Violamment son ami avec le Pied

Il ressort de l'étude que les adolescents addicts aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon développent quatre types de comportements agressifs physiques qui

sont : Donner un Coup sec à son Ami (DCA) ; Pousser violemment son Ami (PVA); Jeter la Manette par Terre (JMT) et Taper violemment son ami avec le Pied (TVP). Les résultats obtenus au test des unités des comportements agressifs physiques montrent que les adolescents addicts aux jeux vidéo obtiennent des scores supérieurs lorsqu'il s'agit de Jeter la Manette par Terre (MJMT = 1,95).

Comparaison des comportements agressifs exprimés par les adolescents addicts aux jeux vidéo au quartier Koweït de Yopougon.



CAV : Comportements agressifs verbaux ; CAP : Comportements agressifs physiques

Graphique 1 : Histogramme présentant la comparaison de fréquence des comportements agressifs exprimés par les adolescents addicts aux jeux vidéo.

En définitive, les résultats de l'étude montrent que les adolescents addicts aux jeux vidéo obtiennent des scores supérieurs pour les comportements agressifs verbaux ($M = 6$) que les comportements agressifs physiques ($M = 5$). Par ailleurs, l'agressivité est plus orientée vers le gérant quand il s'agit de l'agression verbale et vers les manettes quand il s'agit de l'agression physique.

Usage de substances psychoactives par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Tableau 3 : Répartition des adolescents addicts aux jeux vidéo en fonction de l'usage ou non des substances psychoactives.

	Usage de substances psycho-actives	Non usage de substances psycho-actives
Adolescents addicts aux jeux Vidéo	34	16
Fréquence en pourcentage	68%	32%

Les résultats de l'étude montre que la majorité (68%) adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon enquêtés utilisent des substances psychoactives avant ou pendant les séances de jeux.

Nature des substances psychoactives consommées par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Tableau 4 : Répartition des adolescents addictes aux jeux vidéo, usagers des substances psychoactives en fonction de la nature des substances.

	Nature de la substance				
	Tabac	Alcool	Médicaments psychotropes	Poly-consommation	Autres
Adolescents addictes aux jeux vidéo	17	9	2	5	1
Fréquence en pourcentage	50%	26,5	5,9	14,7	2,9

Parmi les adolescents addicts aux jeux vidéo usagers de substances psychoactives avant ou pendant les séances de jeu, la moitié (1/2) est sous l'effet du tabac, plus d'un tiers (26,5%) est sous l'effet de l'alcool, 5,9% sont sous l'emprise des médicaments psychotropes et 14,7% sont poly consommateurs de substances psychoactives. Une minorité (2,9%) est sous l'effet d'autres substances psychoactives dont les usagers n'ont pas voulu relever la nature.

Données qualitatives

Après analyse des différents témoignages, il ressort que les données qualitatives sont en parfaite corrélation avec les données quantitatives. Les substances consommées varient d'un adolescent addict à l'autre, mais dans l'ensemble, les produits utilisés et qui influencent les comportements de ceux-ci dans un sens de l'agressivité qui nous ont été révélés lors des témoignages sont le tabac (cigarette), l'alcool, les médicaments psychotropes.

Usage du Tabac (la cigarette) par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Nous avons relevé différents modes de dépendance de la substance nicotinique allant de la dépendance psychique à la dépendance physique.

Bon nombre d'adolescents ont témoigné de leur dépendance psychique au tabac lors des séances de jeux. « Quand je tire ma clope, je suis éveillé, je fais beaucoup de bruit et de grimaces sur mes amis » ; « Quand je suis en train d'être mené par mon adversaire pendant le match, pour l'embrouiller, j'allume ma cigarette, je tire un coup et je mets la fumée sur son visage, ou bien je le touche avec le bout de la cigarette en feu » ; « Sans ma cigarette, je ne peux pas bien jouer, et quand j'ai ma cigarette, je deviens vivant et je fais assez de bruits pour embrouiller mon adversaire ». Ceux-ci ont souligné que l'usage de la cigarette serait leur source de stimulation et de motivation.

Dans le même ordre d'autres témoignent de leur dépendance physique au tabac. « Pendant mes matchs de jeux vidéo, si le nombre de cigarettes fumées n'arrive pas à 5, je deviens très irrité et très nerveux » ; « Quand ma cigarette me manque, je n'hésite pas à devenir très désagréable envers mon ami avec lequel je joue surtout quand il est en train de me gagner dans le jeu ». Les comportements d'agressivité exprimés par ces adolescents addicts sont provoqués par le caractère émoussé des effets toxiques de la nicotine qui obligent l'adolescent à en consommer d'avantage pour ressentir le plaisir. En l'absence de ce produit, les signes physiques d'irritabilité et de nervosité apparaissent chez l'adolescent ; ce qui le conduisent à émettre des comportements agressifs ; certains adolescents se sentent très en colère ou très stressés lorsqu'ils manquent de nicotine dans leur corps ou lorsque le nombre de cigarettes fumées pendant la période de déroulement des matchs est insuffisant pour stimuler leur sens.

Usage de l'alcool par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.



Alcool en sachets en Côte d'Ivoire, interdit à la vente depuis novembre 2016

Les témoignages recueillis indiquent, conformément aux résultats quantitatifs, que certains adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon sont sous l'effet d'alcool avant et pendant les séances de jeu. « Avant de venir jouer, je passe dans le cabaret pour prendre deux tournées de kindiouss³ et deux tournées de koutoukou⁴ pour me rendre bien. C'est ce qui fait que je suis toujours en mouvement et je fais toujours du bruit » ; « Le matin avant de venir jouer je passe au cabaret de Monique, je me dose là-bas d'abord puis j'achète cinq sachets que je mets sur moi pour renouveler la dose quand elle finit pendant le jeu. Ça me permet d'être stimulé et éveiller

pendant le jeu ». Les témoignages permettent également de noter différents modes d'usage d'alcool par les adolescents addicts allant de l'usage abusif à l'usage nocif. « Pour que je sois bien à l'aise en jouant au jeu, je dois avoir une bonne dose de koutoukou dans mon corps, et là comme ça, je pourrai faire certaines choses qu'en temps normal, je ne pouvais pas faire. Quand je suis dosé je n'ai plus peur, je peux alors tout faire, comme insulter et même taper ceux qui sont âgés que moi ». « Avec mes sachets de Gin dans la poche et une partie dans mon corps, je n'ai peur de personne, je fais ce que je veux, comme je veux et quand je veux ». Les comportements d'agressivité enregistrés chez les adolescents addicts aux jeux vidéo dans les salles de jeux de Koweït sont en partie la résultante d'une forte utilisation de l'alcool frelaté par ces adolescents. En effet, avec la prolifération des bistrot et la disponibilité de l'alcool à moindre coût dans ce quartier de Yopougon, ce produit est facilement accessible à ces adolescents.

Usage de médicaments psychotropes par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

L'analyse des témoignages révèle que les médicaments psychotropes sont aussi d'usage courant par la plupart des adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon. « Chaque jour, j'avale mon Wourou-fatô (appellation en Nouchi de la Méthadone⁵ qui signifie en Malinké : le chien fou) et je suis du top pendant toute la journée et ça me permet d'être très motivé à faire ce que je veux. » Selon un autre : « moi j'ai toujours ma plaquette de rivo⁶ dans ma poche, c'est dans ça que je tire mon inspiration ». En effet, certains adolescents se procurent les produits comme la benzodiazépine, du subutex ou de la Méthadone disponible chez

les femmes vendeuses de médicaments de rue. En utilisant ces substances, ces adolescents addicts stimulent leurs sens. Ceci fait dire que les comportements d'agressivité enregistrés chez les adolescents addicts dans les salles de jeu vidéo sont dus à l'usage stimulant de ces médicaments psychotropes.

Poly consommation de substances psychoactives par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Certains adolescents ont témoigné de leur usage à la fois du tabac, de l'alcool, des médicaments psychotropes et bien d'autres produits psychoactifs. « Chaque jour, je mets dans mon koutoukou du sanprêt (ce mot signifie en Malinké « éclairer ») pour me maintenir, avoir la force et le courage d'affronter les difficultés de la vie et surtout pour me maintenir dans mon groupe » ; pour un autre, « Chaque fois avant d'aller au jeu, je prends mes tournées de fort (pour désigner de l'alcool frelaté) et je mets sur moi mon paquet de cigarette que je fume quand je joue. Cela me permet d'être émotionnel pendant le jeu et d'embrouiller au maximum possible mes amis quand ils ont un pas d'avance sur moi dans le jeu. Des fois, j'utilise la fumée de la cigarette pour les gêner ». Il ressort donc des données qualitatives conformément aux données quantitatives l'existence d'une poly consommation de substances psychoactives par certains adolescents. Ce qui laisse croire que les comportements d'agressivité exprimés par ces adolescents addicts aux jeux vidéo découlent de l'utilisation d'un mélange de substances psychoactives pour stimuler leur sens pendant les séances de jeu.

Discussion des résultats de l'étude

Les déterminants de l'agressivité que les résultats de l'étude ont mis en évidence sont des facteurs psychotropes. Ces facteurs combinés contribuent à expliquer les comportements d'agressivité exprimés par les adolescents dans les salles de jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon à Abidjan.

Comportements d'agressivité et usage du tabac (cigarette) par les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Les résultats dans leur ensemble montrent que certains adolescents addicts aux jeux vidéo dans les salles de jeu du quartier Koweït de Yopougon sont sous l'effet du tabac avant et pendant les séances de jeu. Cet usage du tabac dans la population adolescente d'Abidjan a déjà été prouvé par une étude antérieure faite dans la commune d'Adjamé à Abidjan. L'étude menée par Kouakou, (2001) sur l'analyse de la situation tabagique chez les adolescents en milieu urbain ivoirien a relevé 18,2% de fumeurs parmi les adolescents d'Adjamé. Les comportements d'agressivité relevés par notre étude sont plus fréquents chez les adolescents addicts

3. Le kindiouss : c'est la boisson alcoolisée obtenue traditionnellement par fermentation et distillation de canne à sucre ou de débris de fer rouillé.

4. Le koutoukou : c'est de la boisson alcoolisée obtenue traditionnellement par fermentation et distillation du vin de palme ou de jus sucré.

5. La Méthadone est prescrite par un médecin comme substitut en cas de traitement des patients usagers de drogue (Opiacés). Mais la prolifération de médicaments prohibés fait que ce médicament se trouve facilement chez les vendeuses de rue.

6. Le nom rivo est l'abréviation du mot rivotrène, un médicament souvent utilisé dans le traitement des toxicomanes.

aux jeux vidéo fumeurs de cigarette (50%). Cette tendance corrobore l'étude sectorielle menée par Angaman, (2005) sur les habitudes tabagiques dans la ville d'Abidjan qui avait trouvé une prévalence de 38% chez les hommes. Par ailleurs, concernant son effet stimulant, Angaman précise qu'une bouffée de cigarette inhalée, stimule deux (2) fois la surrénale. Partant de cette affirmation, on pourrait concorder les résultats de l'auteur à ceux de la revue scientifique (Neurosciences et Comportement, 2010) qui a démontré que l'expression d'un comportement d'agressivité découle d'une production hormonale. En effet, pour exprimer un comportement agressif, la glande médullo-surrénale sécrète une quantité d'adrénaline qu'elle libère dans le sang. Une fois dans le sang cette quantité va agir sur le mécanisme de l'hypothalamus pour provoquer l'éveil physiologique et préparer à une action vigoureuse. La production de l'adrénaline par la glande médullo-surrénale entraîne l'excitation des structures cérébrales par la sécrétion hormonale. Ainsi ces hormones agissent sur les centres nerveux par voie neuro-hormonale. Aussi la nicotine contenue dans la cigarette est une substance chimique fortement psychoactive qui influe diversement sur le cerveau. Elle a un effet de « renforcement » et elle active le système récompensant ; elle stimule également la production de dopamine (neurotransmetteur, précurseur de l'adrénaline) dans certaines parties du cerveau (OMS, 2001, p 31). Par ce mécanisme, la stimulation de la surrénale par la nicotine serait responsable des comportements d'agressivité exprimés par ces adolescents addictes de jeux vidéo dans les salles de jeu du quartier Koweït de Yopougon.

Comportements d'agressivité et usage de l'alcool par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

L'étude montre également une fréquence de comportements agressifs chez les adolescents usagers d'alcool (26,5% sont sous l'effet de l'alcool). Ce résultat s'apparente à celui de Kouamé (2013) dans une étude sur les tentatives de suicide chez les adolescents Abidjanais. En effet, selon Kouamé ; « à l'adolescence, les garçons sont souvent plus agressifs et impulsifs car, ils sont fréquemment sous l'effet de l'alcool et autres stupéfiants... ». L'alcool consommé en mode incontrôlé entraîne une excitation sensitivomotrice et un engourdissement responsable successivement de la violence, de délinquance, d'irresponsabilité, d'inceste. L'engourdissement de la conscience avec sous-estimation des risques va être le lit de conduites à risque [...]. Les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon consomment de l'alcool de façon incontrôlée avant ou pendant les séances de jeu et cela les conduit dans un état d'ivresse. Dans cet état, ils expriment des comportements aberrants de façon inconsciente ; d'où la recrudescence des comportements d'agressivités chez ces adolescents. En effet, dans la quête de leur identité, les adolescents épousent certains comportements adultes comme modèle à imiter. Ceci peut les conduire à l'imitation de certains plaisirs adultes comme la consommation d'alcool.

Comportements d'agressivité et usage de médicaments

psychotropes par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Ici également, l'étude a permis d'appréhender les réalités complexes liées à l'usage des médicaments psychotropes et l'expression des comportements d'agressivité chez les adolescents addictes aux jeux vidéo. En effet, nos résultats relèvent que 5,9% des adolescents exprimant ces comportements sont sous l'emprise des médicaments psychotropes. En l'état actuel des recherches, il est difficile d'établir systématiquement un lien entre l'usage de ces médicaments psychotropes et les comportements agressifs exprimés par ces adolescents. Néanmoins, ces résultats corroborent les études (Leshner, 1997 ; McLellan et al., 2000) qui, de plus en plus, mettent en évidence des modifications neurochimiques au niveau cérébral qui accompagnent, et surtout expliquent, nombre de caractéristiques essentielles de la pharmacodépendance (toxicomanie due à un médicament). De même, nos résultats coïncident avec ceux de Salines (1991) sur la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues illicites chez les lycéens du département des Hautes-Pyrénées. Alors, il y'a lieu de ne pas négliger l'influence de ces médicaments psychoactifs dans l'expression des comportements d'agressivité chez les adolescents addictes aux jeux vidéo, car ces produits ont parfois les mêmes effets que les drogues dures utilisées très souvent par les délinquants ou assassins avant leurs différentes opérations.

Comportements d'agressivité et la poly consommation des substances psychoactives par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon.

Il ressort des résultats de l'étude que la poly consommation des substances psychoactives par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon est l'une des causes des comportements d'agressivité qu'ils expriment dans les salles de jeux vidéo. Ainsi notre étude montre que 14,7% sont poly consommateurs de substances psychoactives. Ces résultats corroborent les résultats de l'étude de Kassi (2004) sur le tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Cocody. En effet, cette étude a été menée dans une école Franco-Ivoirienne de Cocody et a donné une prévalence de 15% chez les élèves âgés de 14 à 18 ans, les plus truands, les plus voyous étaient des poly consommateurs associant tabac, alcool et cannabis. En effet, l'adolescence est marquée par la maturation définitive des caractères sexuels secondaires. C'est aussi la période qui prépare le jeune à la vie du futur adulte qu'il deviendra. Il doit affronter un avenir dont il ne connaît pas les contours. Au niveau sexuel, il doit définir son identité afin d'établir une relation avec le sexe opposé. C'est donc une période, source d'anxiété et d'angoisse. La cigarette, l'alcool et la drogue deviennent des stimulants qui une fois consommés, peuvent lui permettre d'affronter les situations de la vie. Or l'utilisation de ces substances entraîne une plus grande perturbation du contrôle sur les impulsions et facilite le passage à l'acte. Les comportements d'agressivité exprimés par les adolescents addictes aux jeux vidéo du quartier Koweït s'expliqueraient donc par leur dépendance à ces substances

psychoactives. Au-delà de toutes ces explications des comportements d'agressivité des adolescents basés sur l'usage des substances psychoactives, il y'a lieu de se résumer en partie à l'analyse biologique des comportements d'agressivité humaine fait par Lorenz (op.cit). Selon l'auteur, la nature des animaux comporte de manière universelle une part bénéfique d'agressivité qui, chez les humains, à cause de la vie en société des hommes, s'est déréglée. Il continue en soulignant que, le comportement d'agressivité est un instinct naturel qui intègre le schéma darwinien de l'évolution. C'est une disposition innée, phylogénétiquement programmée. Cette agressivité humaine remplit une fonction de survie établie par la relation vainqueur/vaincu. Il précise tout de même que des possibilités s'offrent à l'homme de projeter cet instinct agressif dans d'autres formes d'activités humaines telles que le sport et bien d'autres activités physiques. Enfin, Lorenz souligne qu'il s'est produit un dérèglement humain de certains instincts qui, dans le monde animal, empêchent l'agressivité de nuire à la survie des espèces. Alors si les adolescents addicts aux jeux vidéo expriment des comportements d'agressivité suite à la consommation de substances psychoactives, c'est parce qu'il existe un programme génétique de l'agressivité. Stimulée par des substances psychoactives, ce programme génétique va se manifester au travers les comportements des adolescents addicts aux jeux vidéo qui d'ailleurs, sont déjà stimulés par l'univers virtuel des jeux.

Conclusion

Au terme de cette étude, nous retenons que les comportements d'agressivité chez les adolescents addicts aux jeux vidéo du quartier Koweït de Yopougon se

développent pour la plupart sous l'effet de substances psychoactives (tabac, alcool, divers médicaments psychotropes) capables de modifier le fonctionnement du système nerveux et neuro-hormonal. Ces comportements agressifs apparaissent comme la résultante d'une conjugaison de facteurs psychotropes qui reposent sur l'usage de ces différentes substances. Ils se manifestent par des injures, des coups, des bagarres, des propos déplacés et des intimidations pendant les séances de jeu. Il s'agit généralement de violence physique ou verbale perpétrée sur les pairs ou les gérants des salles vidéo. En effet, l'agressivité chez les adolescents Koweïtiens de Yopougon est polarisée par l'usage des substances psychoactives. Bien que plusieurs facteurs soient associés à l'expression de l'agressivité chez le jeune addict aux jeux vidéo, il demeure que l'usage de substances psychoactives pour mettre le sujet dans un état d'éveil soit le facteur principal mis en cause dans cette étude.



Salle de jeux vidéos à Abidjan

Bibliographie

- Aktouf O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Altmann J. (1974a). Bahoons, Space, Time, and Energy. *American Zoologist*, 14, 221-248.
- Altmann J. (1974b). Observational study of behavior: Sampling methods, *Behavior*, 49 : 227-267.
- Angaman A. (2005). Habitudes tabagiques dans la ville d'Abidjan, Thèse Médicale, Université d'Abidjan.
- Bach J.F., Houde O., Lena P. et Tisseron, S. (2013). *L'enfant et les écrans*. Education le pommier (pp.37-40).
- Berkowitz L. (1972). *Control of Aggression*. Caldwell and Ricciuti (Eds.) Review of Child Development Research. Volume 3, University Of Chicago Press.
- Bowlby J. (1971). Attachement et perte. Le fil rouge, P.U.F.
- Brodeur J. (2007). *Les jeux vidéo ont des effets néfastes sur les jeunes*.
- Cloutier R., Gosselin P. et Tap P. (2005). *Psychologie de l'enfant*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, p.378.
- Hermann J. (1994). *Les langages de la sociologie*, 3e édition Que sais-je, PUF.
- Greenfield P. et Zeitlin E. (1994). « Les jeux vidéo comme instruments de socialisation cognitive » in *Réseaux* Vol. 12 n° 67 pp 33-56.
- Kassi M. (2001). Tabagisme en milieu scolaire dans la commune de Cocody. Thèse de médecine, Abidjan.
- Konan S.K. (janvier-avril, 2015). « Effets des violences subies et de l'estime de soi sur les comportements à risque chez les adolescents à Abidjan », *psy Cause*, 68, pp 11-16.
- Kouakou K. M. (2001). Analyse de la situation tabagique chez les adolescents en milieu urbain Ivoirien, cas de la commune d'Adjamé à Abidjan, Thèse Médicale, Abidjan.
- Kouamé A. (2013). « Analyse sous l'angle éthologique des tentatives de suicides chez les adolescents Abidjanais » in *European scientific journal*, vol 9 n°35, Décembre 2013, pp.307-330.
- Lambo T.A. (1960). *Concept and practice of mental health in African cultures*. *East African medical journal*, 37, 1960, p. 464.
- Leshner A. I. (1997). Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278 (5335): 45-47.
- Lorenz K. (1969). *L'agression, Une histoire naturelle du mal* (redite en 1983). Flammarion, Paris.
- McLellan A. T., Lewis D.C., O'Brien C.P. et Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284(13) 1689-1695.
- Neuroscience (2010). « *Neurosciences et comportements* », en [ligne] sur le site <http://www.neur-one.fr>, consulté le 18 août 2014.
- Organisation Mondiale de la Santé (2001). *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Rapport sur la santé dans le monde : OMS.
- Peele S. (1985). The meaning of addiction, compulsive experience and its interpretation, Lexington, Mass., Lexington Book.
- Pronovost G. (2007). *L'univers du temps libre et des valeurs chez les jeunes*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Salines G. (1991). Consommation de tabac, d'alcool, de médicaments psychotropes et de drogues illicites chez les lycéens du département des Hautes-Pyrénées en 1989. *Revue Épidémiologique, Santé Publique*, 39, p149-55.
- Schmoll P. (2003). *Les jeux vidéo violents : un espace de médiation, Cultures en mouvement*. *Revue des sciences sociales* n° 60, P 46-49.
- Tinbergen N. (1953). *L'étude de l'instinct* (redite en 1971), Payot, Paris.
- Tinbergen N. (1963). On aims and methods of ethology. *Z. Tierpsychol.* 20. 410-433.
- Valleur M. (2005). *Jeu pathologique et conduites orales*, Psychotropes, volume.11, p.9-9.



Désiré Nanéma

Patrice Goumbri

Arouna Ouédraogo

Automutilation en psychiatrie : à propos d'un cas clinique à Ouagadougou

Auteurs : Désiré Nanéma¹, Patrice Goumbri², Patrice Tapsoba³, Boubacar Baguè², Kapouné Karfo², Jean Gabriel Ouango², Ousseini Diallo⁴, Arouna Ouédraogo²

Résumé : la schizophrénie, maladie mentale chronique, touche toutes les sociétés et toutes les cultures. Si les multiples signes cliniques permettent sa classification et son pronostic, les complications somatiques ne sont pas rares. Ainsi, de plus en plus sont rapportés des cas d'automutilations. Ce travail rapporte l'observation de B.A, qui présente un tableau de schizophrénie paranoïde associée à la consommation de substances psychoactives compliqué de multiples actes d'automutilations dans plusieurs parties du corps. Son histoire démontre l'importance des automutilations dans la clinique de la schizophrénie, la place prépondérante, toujours occupée par les conceptions traditionnelles de la maladie mentale dans notre pays, la complexité des itinéraires thérapeutiques suivis par les malades mentaux, qui expliquent souvent le recours tardif à la psychiatrie moderne dite "du blanc". Cette observation démontre la nécessité d'information des populations, et de développer la psychiatrie de liaison pour une prise en charge pluridisciplinaire des malades au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo.

Mots clés : Automutilations, Schizophrénie, Corps étrangers, CHUYO, Burkina Faso.

Abstract : schizophrenia, chronic mental illness, affects all societies and all cultures. If multiple clinical signs allow its classification and prognosis, somatic complications are not uncommon. Thus, more and more are reported cases of self-mutilation in several countries.

This work reports the observation of BA aged 32, who has a paranoid schizophrenia complicated array of multiple acts of self-harm in many parts of the body (lobules of both ears, cigarette burns, multiple foreign bodies under the skin). Her story demonstrates the importance of self-harm in the clinic of schizophrenia, predominant place, still occupied by traditional conceptions of mental illness in our country, the complexity of therapeutic routes followed by the mentally ill, which often explain the late recourse to psychiatry called modern "white". This observation demonstrates the necessity of informing the public, and develop liaison psychiatry at University Hospital Yalgado Ouédraogo.

Keywords : Self mutilation, Schizophrenia, Foreign bodies, CHUYO, Burkina Faso.

Auteur Correspondant : NANEMA Désiré, Psychiatre, Chef de Service de psychiatrie,
Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, BP 49 Ouahigouya, Burkina Faso.
Tél : (+226) 70 32 35 30 - Email : desenanema@yahoo.fr

1 : Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Régional de Ouahigouya, BP 49 Ouahigouya, Burkina Faso

2 : Psychiatres : Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7177 Ouagadougou, 03 Burkina Faso

3 : Médecin dermatologue vénéréologue : Service de Dermatologie Vénéréologie, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7177 Ouagadougou, 03 Burkina Faso

4 : Médecin radiologue : Service de Radiologie et imagerie Médicale, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 03 BP 7177 Ouagadougou, 03 Burkina Faso

Introduction

La schizophrénie se caractérise par une expression clinique hétérogène [1]. Les symptômes appartiennent principalement à trois dimensions : positive (hallucinations et délire), négative (aboulie, apathie, retrait social), et désorganisée (troubles du cours de la pensée, incohérence des actions et ambivalence affective). Ils permettent la classification et le pronostic de la maladie [1]. Les automutilations ne sont pas rares dans cette pathologie, et sont même d'observation de plus en plus courante [1, 2].

L'automutilation désigne un comportement qui consiste à « se faire mal de façon délibérée, répétée, de manière directement physique, sans intention consciente de se suicider et qui ne conduit pas à des blessures pouvant menacer le pronostic vital » [3]. En 1909, Lorthois disait que : « l'automutilation comprend toutes les pratiques entraînant des lésions des tissus ou des organes; on peut la définir comme une atteinte portée à l'intégrité du corps; elle peut consister soit en la blessure ou l'ablation totale ou partielle d'un organe ou d'un membre, du revêtement cutané ou de ses annexes; soit enfin dans des manœuvres (combustion, striction, introduction de corps étranger) pouvant compromettre sa vitalité et son bon fonctionnement sans que, cependant, elle ait été accomplie dans le but de se donner la mort » [4].

Les automutilations majeures se rencontrent dans la schizophrénie et les états psychotiques aigus [1-3]. La forme la plus commune d'automutilation est la dégradation cutanée, incluant, brûlures, griffures, cognement de certaines parties du corps, arrachage des cheveux ou d'organe (pénis), ingestion de substances ou d'objets toxiques [3-5].

Nous rapportons dans ce travail, l'observation clinique de Monsieur BA dont le cas illustre le polymorphisme des manifestations cliniques de la schizophrénie ainsi que ses complications à type d'automutilations par brûlures, coupures et insertions de multiples corps étrangers sous-cutanés, l'influence des conceptions dites traditionnelles sur le recours à la psychiatrie moderne et leur adhésion au processus de prise en charge moderne de la maladie mentale dans le contexte socioculturel du Burkina Faso.

Observation clinique

BA est un jeune homme de 32 ans, sans emploi et célibataire au moment où il était admis en hospitalisation au service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo (CHUYO) en Janvier 2014. Il y a été conduit sous le mode direct par sa mère, deux petits frères et un cousin pour des propos incohérents, des troubles de comportement à type de menaces d'agression physique à l'encontre de l'entourage, et des scènes de nudité.

L'interrogatoire révèle que le présent épisode évoluerait depuis mi-janvier 2014, par une logorrhée faite de propos incohérents, une incurie corporelle et vestimentaire, des fugues multiples et errances. Un traitement traditionnel à base de décoctions à boire et à se laver aurait été entrepris sans

succès par les parents. La symptomatologie se serait aggravée par la suite, le patient aurait présenté à nouveau des scènes de nudité, une agressivité verbale, de multiples tentatives d'agression physique sur les membres de la famille, et des jets de pierres sur le voisinage. Face à ce tableau clinique, après avoir été maîtrisé et mis sous contention, il sera conduit aux urgences psychiatriques du CHUYO pour une meilleure prise en charge.

L'examen d'entrée a retrouvé un syndrome d'agitation psychomotrice, un syndrome délirant à thématique de persécution et à mécanisme intuitif et hallucinatoire, un syndrome dissociatif et un syndrome somatique.

Au niveau somatique, on notait essentiellement au niveau des lobules des deux oreilles, une mutilation symétrique avec cicatrisation parfaite, des macules hyperchromiques cicatricielles multiples aux quatre membres. La palpation n'était pas douloureuse, mais notait des indurations linéaires de longueur variable (corps étrangers sous-cutanés) dans plusieurs parties du corps (les membres supérieurs et inférieurs, la tête, le gril costal). Par ailleurs, à la face antérieure de l'avant-bras droit, on notait des macules hyperchromiques arrondies d'allure cicatricielle à limites nettes dues probablement à des brûlures de cigarette.

L'hypothèse de moment fécond d'une schizophrénie paranoïde associée à la consommation de substances psychoactives multiples avec multiples lésions d'automutilations, a été posée et le patient hospitalisé.

BA est né en 1982 à Abidjan en république de Côte d'Ivoire, il était apprenti chauffeur, célibataire sans enfant. Ses troubles auraient débuté en 2010, marqués surtout par de multiples cénesthopathies, des actes d'automutilations avec coupure partielle des lobules des deux oreilles, insertion dans de multiples parties du corps (les deux membres supérieurs, les membres inférieurs, le front,...) de différents corps étrangers filiformes et/ou incurvés (aiguilles, ferraille), brûlures avec les mégots de cigarette pour traiter selon le patient en son temps, les cénesthopathies. Cette symptomatologie aurait motivé sa famille à faire des traitements traditionnels de nature non précisée, qui auraient un tant soit peu amélioré le tableau clinique, permettant au sujet de poursuivre ses activités d'apprentissage. BA serait consommateur de substances psychoactives multiples (tabac sous forme de cigarettes environ trois à cinq bâtons/jour; de cannabis environ trois joints/jour depuis plus de cinq ans; alcool sous forme de bières de mil local (deux à trois calebasses) ou bière industrielle (deux bouteilles/jour souvent), et de café (deux tasses/jour). Au niveau psychiatrique, BA aurait présenté à l'âge de 13 ans, un premier épisode marqué par un retrait social, une tristesse de l'humeur, qui se serait guéri spontanément au bout de quelques mois. Aucun antécédent médical, ni chirurgical n'a été noté. Au niveau familial, son père et deux oncles paternels auraient des troubles mentaux de nature non précisée.

BA est issu d'une famille polygame de deux femmes, dont sa mère occuperait le premier rang. Il est deuxième d'une fratrie utérine de neuf enfants et troisième d'une fratrie consan-

guine de 16 enfants. Les 15 autres seraient en bonne santé apparente. La grossesse dont il est issu aurait été désirée, et se serait bien déroulée, l'accouchement se serait bien déroulé. Le développement psychomoteur aurait été normal. Il a grandi auprès de ses parents géniteurs, dans une ambiance familiale décrite comme conviviale, sa mère et sa coépouse s'entendaient très bien. Au niveau scolaire, BA est titulaire du Certificat d'Études Primaires Élémentaires (CEPE) sans l'entrée en sixième. Faute de moyens financiers, il a arrêté sa scolarité et aurait entrepris une formation comme apprenti dans un garage de réparation d'automobiles, il y restera pendant trois ans et par la suite apprenti chauffeur dans une entreprise de transport de marchandises Ouaga-Lomé. Il est décrit comme un garçon travailleur par la mère.

BA serait hétérosexuel et aurait eu son premier rapport sexuel à l'âge de 19 ans, il fréquenterait de façon régulière les professionnelles du sexe. Il est célibataire sans enfant. Il est de culture moaga, musulman pratiquant. Selon sa mère, sa maladie est liée aux génies qui l'habitent. Selon le patient,

sa maladie serait liée à sa consommation de substances psychoactives, notamment de cannabis.

Les investigations biologiques réalisées notaient une recherche des substances psychoactives positive au cannabis, le reste étant dans les limites de la normale. La tomodensitométrie demandée a donné les résultats suivants : visualisation de structures hyperdenses, certaines curvilignes, d'autres rectilignes, d'aspect filiforme, siégeant dans les parties molles : une au niveau frontal, une en occipital, une en pariétal postérieur, une en temporo-mandibulaire gauche, une au niveau de la région axillaire gauche, une à la face interne de chaque coude, une à la face latérale du 1/3 moyen de la cuisse droite, une au niveau latérale et quatre à la face médiale de la jambe droite, une dans le talon d'Achille. Pas d'anomalies évidentes des structures osseuses.

La figure 1 présente les résultats de la tomodensitométrie réalisée chez BA.



Figure 1



Entrée du service de psychiatrie du Pr Arouna Ouédraogo au CHUYO. Photo Psy Cause, février 2014.

Le traitement pendant l'hospitalisation a consisté en urgence en l'administration de lévomépromazine 25 mg inj deux ampoules en IntraMusculaire (IM) toutes les 12 h pendant trois jours; halopéridol 5 mg inj : une ampoule en IM/12 h pendant trois jours; relai voie orale par chlorpromazine 100 mg cp un cp matin midi et soir ; halopéridol 5 mg cp un comprimé matin midi soir et une psychoéducation.

Par rapport aux différents corps étrangers qui siégeaient au niveau des différentes parties du corps, la surveillance a été préconisée par les chirurgiens et les dermatologues, qui jugent que tant que ces corps étrangers sont tolérés par l'organisme, il n'y a pas de nécessité d'aller les chercher, sauf si la position de certains corps étrangers est dangereuse, ce qui, de leur avis n'est pas le cas chez Mr BA.

L'évolution a été favorable sous traitement, marquée par un amendement rapide de l'agitation psychomotrice, une diminution du délire et du syndrome dissociatif. Il est sorti d'hospitalisation après deux mois avec comme traitement de sortie : halopéridol decanoas 50 mg injectable deux ampoules en IM/mois et chlorpromazine 100 mg comprimé un comprimé matin et soir.

Aucun rendez-vous de contrôle des postcures n'a été respecté par le patient et ses parents, il est actuellement perdu de vue par nos services.

Commentaires

Bien que cette seule observation n'autorise pas à des considérations générales, elle nous permet de tirer d'importantes informations sur la schizophrénie et son polymorphisme clinique marqué souvent par de multiples automutilations, et l'importance des conceptions de la maladie mentale dans le contexte socioculturel du Burkina Faso qui impactent négativement la prise en charge avec un retard à la consultation, et l'irrégularité dans le suivi médical.

Le tableau clinique de Mr BA est riche en manifestations psychopathologiques, rendant difficile le diagnostic. En effet, les automutilations qui sont d'observation courante en psychiatrie, se rencontrent surtout chez l'adolescent, de sexe féminin dans la plupart du temps, et les sujets présentant d'importants troubles de la personnalité de type borderline ou limite [2, 3, 5]. Mr BA a des troubles qui évoluent depuis plusieurs années qui ont motivé des consultations chez des tradithérapeutes, sans amélioration notable du tableau clinique.

Les sujets qui se sont automutilés, dans la plupart du temps, l'examen psychiatrique retrouve avec une fréquence variable une pathologie psychiatrique [3, 4, 6-10]. Ainsi, plusieurs auteurs rapportent des cas d'automutilations par amputation de pénis au décours d'un épisode délirant [5-7, 10, 11]. Le tableau clinique présenté par BA (délire, hallucinations, la

dissociation, automutilations), ses antécédents personnels et familiaux lourds autorisent à retenir une schizophrénie paranoïde associée à la consommation de substances psychoactives multiples. Toute automutilation, ne relève cependant pas toujours, du registre pathologique. Pour Favazza, certains rituels comportant des automutilations sont des activités propres à une culture, transmises de génération en génération, en lien avec les traditions et les croyances dans certaine culture et partagées par nombre de ses membres [8]. Pour lui, les automutilations culturellement ritualisées visent trois grands objectifs sociétaux : la guérison, la spiritualité et l'ordre [8].

Se pose aussi, la signification de tels comportements dans la psychopathologie ? Quelle signification donner à ces manifestations chez un schizophrène, consommateur régulier de substances psychoactives à type de cannabis ?

Pour BA, ces actes d'automutilation visaient essentiellement à combattre les cénesthopathies.

D'une manière générale, pour la majorité des auteurs, les sentiments au moment du passage à l'acte d'automutilation sont principalement une tension intérieure et un sentiment de vide [7, 9, 10], et les principales raisons évoquées sont : la volonté de soulager un sentiment de désespoir ou de dépression, d'échec ou de frustration, de rejet ou de solitude, d'excitation pénible et souvent de colère; le besoin d'exprimer un sentiment de haine envers soi-même et de se punir, d'obtenir des soins et l'attention des autres, le souhait de changer son apparence corporelle, d'appartenir à un groupe et de cesser de se sentir seul, celui d'exercer un contrôle sur soi, de s'empêcher de penser au suicide ou d'agir des projets de suicide, de ne plus se sentir engourdi et sans lien avec la réalité [2-5, 7-10]. Si n'importe quelle partie du corps peut être concernée, certaines localisations sont privilégiées : c'est le cas du bras et du poignet, les cuisses, le cuir chevelu, les lèvres, les mains et les doigts [3, 5].

Le cas de BA par son itinéraire thérapeutique et le temps mis pour consulter en psychiatrie, confirme l'importance de la place occupée par les conceptions traditionnelles de la maladie mentale en milieu socioculturel burkinabé. Comme le soulignent plusieurs auteurs, l'itinéraire thérapeutique des patients en Afrique commence et finit chez le tradipraticien [12, 13]. L'existence d'une « pluralité des causes » pour la maladie, la persistance des approches interprétatives séculaires de la maladie mentale en particulier, expliquent ces retards à la consultation [12, 13]. Toutes les pensées, qu'elles soient africaines, océaniques ou asiatiques sur la maladie recourent à un même grand principe : l'attribution d'une intentionnalité à l'invisible : une divinité, un esprit, un ancêtre, un génie tutélaire [12].

En dépit des résultats de la thérapeutique médicamenteuse et de la psychoéducation faites pendant l'hospitalisation, le patient est porté disparu, aucune consultation de postcure n'ayant été honorée depuis la sortie d'hospitalisation. Ce qui suggère que les parents l'ont sûrement conduit chez des tradithérapeutes qui seraient les « vrais thérapeutes », la psychiatrie moderne dite du blanc, ne servant qu'à calmer les symptômes productifs et l'agitation [13].

Cela témoigne, ainsi, une nécessité d'informer et de sensibiliser les populations quant au rôle de la médecine moderne dans la prise en charge de telles pathologies. La collaboration avec tous ces acteurs informels (tradithérapeutes, pasteurs et prêtres exorcistes,...) s'impose aux acteurs de la santé mentale, s'ils veulent avoir des résultats positifs dans la prise en charge de la maladie mentale.

Conclusion

Les automutilations se rencontrent dans de nombreuses pathologies psychiatriques dont la schizophrénie. Le cas de BA par la richesse des manifestations cliniques, l'itinéraire thérapeutique complexe, enseigne la difficulté de la prise en charge de tels patients dans le contexte socioculturel burkinabé. La collaboration entre acteurs formels et informels s'impose.

Bibliographie

1. Franck N. « Clinique de la schizophrénie ». *EMC Psychiatrie* 2013;10(1) :1-16 [Article 37-282-A-220].
2. Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi JD, Rouillon E. « Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review ». *Encephale* 2008;34(5):452-8.
3. Bigot T. Comportements d'automutilation : sens, détection et prise en charge. Entretiens de Bichat, 2 oct. 2010 Amph. Havane.
4. Lorthois M. De l'automutilation et suicides étranges. Thèse d'exercice de médecine, 1909, Lille : 260p.
5. Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. « Automutilations à l'adolescence ». *Rep.* 2007; no.37-216J-10.
6. Dékou A, Vé D., Koffi A., et al. « L'automutilation génitale : intérêt d'un avis psychiatrique dans la prise en charge urologique ». *African Journal of Urology* 1110-5704, Vol. 15, No. 3, 2009 : 227-232.
7. Kettani N, Alouane R, Rammouz I. Les automutilations en psychiatrie : étude descriptive de 12 mois. Mémoire DES Psychiatrie, Octobre 2014, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, faculté de médecine et de pharmacie de FES, 65p.
8. Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. 2nd ed.: The Johns Hopkins University Press; 1996.
9. Gicquel L, Corcos M, Richard B, Guelfi JD. « Automutilations à l'adolescence ». *EMC Pédiopsychiatrie* [37-216-J-10] - Doi : 10.1016/S0246-1072(07)43780-4.
10. Abou S.H. Facteurs de risque cliniques et socio-familiaux impliqués dans les automutilations. Thèse Doctorat en Médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Fès, Maroc. 2014, N°023, 125p.
11. Mahamat AM., Sidi S., Ngaringuem O., Ochemi C. « L'automutilation de la verge par un schizophrène : à propos d'un cas ». *UroAndro* - Vol 1, N° 5, 2016 : 230-232.
12. Veyrie N. *La maladie psychiatrique en Afrique*. Devenir 2003;17:231-245.
13. Karfo K, Ouango JG. « Itinéraire thérapeutique de la maladie mentale en Afrique : le cas de la schizophrénie au Burkina Faso ». *PSY-CAUSE* 2009;53:21-25.



André Tabo

Facteurs influençant les itinéraires thérapeutiques chez les patients suivis en psychiatrie au CNHU de Bangui

Auteur : André Tabo¹, Anselme Djidonou², Grégoire Magloire Gansou³, Saliou Salifou⁴, Grégoire Caleb Kette¹, Alain Maxime Mouanga⁵, Sylvain Gomossa¹, Nathalie Agnès Koutou¹, François Touadera¹, Kolou Simliwa Dassa⁴, Mathieu C. Tognidé³, René Gualbert Ahyi⁶

Résumé : les itinéraires thérapeutiques étaient influencés par les performances du système de santé et les représentations socioculturelles de la maladie. Une étude transversale et descriptive a analysé les itinéraires des patients suivis en psychiatrie à Bangui. Pendant 6 mois, les itinéraires de 479 patients des 2 sexes ont été analysés. Les groupes religieux étaient le 1er recours. La famille était le 1er décideur. Les buts recherchés étaient la guérison et le soulagement. Les raisons de ces choix étaient les croyances, l'accessibilité/la disponibilité du modèle choisi. 27 patients avaient déclaré ignorer l'existence du service de psychiatrie. Les affections chroniques amenaient les patients à des itinéraires multiples. Ceux ayant souffert de pathologies aiguës avaient préféré l'itinéraire unique. La gravité de l'affection en cause, le rôle joué par l'entourage et le sens donné à la maladie étaient les autres facteurs d'influence retrouvés. Il y a lieu de les connaître pour une meilleure qualité des soins de santé mentale en Afrique.

Mots clés : Itinéraires thérapeutiques, Psychiatrie, Soins, Culture.

Summary : the therapeutic pathways were influenced by health system performance and socio-cultural representations of illness. A transversal and descriptive study analyzed the pathways of patients followed in psychiatry in Bangui. For 6 months, the pathways of 479 patients in the 2 sexes were analyzed. Religious groups were the first resort. The family was the first maker. The objectives were healing and relief. The reasons for these choices were the beliefs, accessibility / availability of the chosen model. 27 patients had reported unaware of Psychiatry. Chronic conditions lead patients to multiple routes. Those who suffered from acute diseases had preferred the single route. The severity of the disease in question, the role of the entourage and the meaning given to the disease were other influences found. It is necessary to know them for better quality of mental health care in Africa.

Keywords : Therapeutic pathways, Psychiatry, Care, Culture.

Auteur Correspondant : Docteur André TABO, Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie d'Adultes
Service de Psychiatrie, CNHU B.P 911 Tél. Port.: 0023675205681
E.mail : andretabo@yahoo.fr, Bangui, Centrafrique

1. Service de Psychiatrie, CNHU de Bangui, Centrafrique
2. Service de Psychiatrie, CHDU du Borgou, Parakou (Bénin)
3. Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou(Bénin)
4. Clinique Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale du CHU Sylvanus Olympio, Lomé(Togo)
5. Service de Psychiatrie, CHU de Brazzaville, Congo
6. Professeur Emérite de Psychiatrie, Université d'Abomey Calavi, Bénin

Introduction

La fréquence sans cesse croissante des troubles mentaux au sein de nos populations reste indéniable de nos jours. La morbidité psychiatrique concernerait près de 30% de l'ensemble de la population mondiale [4]. De nombreux travaux en Afrique ont montré que les patients suivis en psychiatrie et leurs familles avaient des itinéraires thérapeutiques qui étaient influencés par les performances du système de santé et par les représentations socio-culturelles de la maladie [10, 19, 20, 25]. Il ressort de nos expériences cliniques que ces deux facteurs ne sont pas les seuls à expliquer ces itinéraires thérapeutiques. D'autres, plus nombreux et plus subjectifs pourraient intervenir dans le choix des parcours de soins chez les patients et leurs familles, que nous recevons dans nos structures de soins. Nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle des raisons profondes sous-tendent les facteurs qui influencent les itinéraires thérapeutiques des patients qui viennent nous voir dans nos services. Nous avons initié et conduit pendant 6 mois en 2012 une étude transversale et descriptive afin d'analyser les itinéraires thérapeutiques des patients pris en charge dans le service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (le seul du pays). Les objectifs spécifiques de cette étude étaient de déterminer le profil sociodémographique des patients, de décrire les itinéraires thérapeutiques empruntés, de répertorier les différents facteurs influençant ces parcours de soins et de rechercher les raisons objectives ou non qui peuvent sous-tendre ces facteurs.

Cadre, patients et méthodes de l'étude

L'étude s'est déroulée pendant 06 mois (de janvier à juin 2012) dans le service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (le seul du pays). Elle est prospective, transversale et descriptive portant sur une population constituée de l'ensemble des nouveaux reçus en consultation ou en hospitalisation dans le service.

Étaient inclus dans cette étude tout patient âgé d'au moins dix-huit (18) ans pris en charge (consultation ou hospitalisation) en psychiatrie pour une affection mentale avérée. Étaient exclus de l'étude, les patients ayant présenté des manifestations psychiatriques des affections organiques. La collecte des données a été réalisée par le biais d'un questionnaire qui a complété les informations recueillies dans les dossiers médicaux lors des entretiens cliniques. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, l'itinéraire thérapeutique et ses différentes composantes, les buts recherchés et les raisons des choix. L'analyse des données a été faite avec le logiciel EPI INFO 6,04 ou dfr pour présenter l'aspect descriptif de l'étude constitué des tableaux de fréquences simples. Nous n'avons pas utilisé de test statistique.

Résultats

Nous analysons les itinéraires thérapeutiques de 479 patients des 2 sexes ont été analysés.

Paramètres	Effectif (n=479)	%
Sexe		
Féminin	256	53,4
Masculin	223	46,6
Âge		
18-25 ans	111	23,2
26-35 ans	89	18,6
36-45 ans	189	39,4
46-60 ans	54	11,3
> 60 ans	36	7,5
Niveau d'instruction		
Analphabète	91	19,6
Primaire	200	41,8
Secondaire	102	21,3
Supérieur	83	17,3

Les sujets étaient âgés entre 16 et 85 ans, avec une moyenne de 34,52 ans. Il y avait 256 femmes et 223 hommes, soit un sex-ratio de 1,14. Les sujets les plus nombreux étaient dans la tranche d'âge entre 25 et 50 ans avec 39,4% (n=189). Les plus de 60 ans étaient peu nombreux avec 7,5% des cas (n=36). Toutes les catégories socioprofessionnelles étaient représentées. L'âge, le sexe, le statut matrimonial et la profession n'avaient pas d'influence sur le choix de l'itinéraire thérapeutique. Les groupes religieux étaient le 1er recours chez 285 patients (59,5%). 102 (21,3%) patients étaient d'abord allés chez les praticiens de la médecine traditionnelle. Les 92 autres (19,2%) étaient arrivés directement en psychiatrie. La plupart d'entre eux-ci (82,6% ; n=76) s'étaient présentés en psychiatrie en situation d'urgence, dans la phase aiguë de leur maladie, dès l'apparition des symptômes. Le délai moyen entre l'apparition des troubles et la consultation en psychiatrie était élevé chez les 2 premières catégories de patients. La famille était le 1er décideur, suivi de la personne influente, c'est-à-dire un membre de la famille qui avait manifestement de l'autorité, un pouvoir certain à cause soit de son âge ou de sa position sociale. Les ascendants, collatéraux et descendants venaient en 3^{ème} position.

Paramètres	Effectif (n=479)	%
Causes des maladies		
Souffrance	120	25,0
Envoltement	88	18,4
Conflits familiaux	80	16,0
Mauvais sort	71	14,8
Possession	67	16,7
Naturelle	53	11,1
Décideur		
Famille	205	42,8
Personne influente	177	36,9
Ascendants/Collatéraux/Descendants	97	20,3
Délai moyen pour les soins		
0-10 jours	76	15,9
11-30 jours	16	3,3
1 mois-3 mois	48	10,0
3 mois-12 mois	151	31,5
> 1 an	188	39,2

Les affections chroniques amenaient les patients et leurs familles à des itinéraires thérapeutiques multiples. Ceux ayant souffert de pathologies aiguës avaient préféré l'itinéraire unique. Les buts recherchés par les patients et leurs familles étaient la recherche de la guérison (38,4% ; n=184), le soulagement (22,4%), le soutien psychologique (30,3% ; n=145), et d'autres formes d'aide (09,2%). Les raisons ayant motivé ces choix étaient nombreuses, comme les croyances (24,2% ; n=116), l'accessibilité/la disponibilité du modèle choisi (19,2% ; n=92), la notoriété du praticien (17,3% ; n=83), le bouche à oreille (15,7% ; n=75). Par ailleurs, quelques patients (05,6% ; n=27) avaient déclaré ignorer les prestations proposées par le service de psychiatrie de Bangui.

Paramètres	Effectif (n=479)	%
IT unique (1^{er} recours)		
Groupes religieux	205	50,3
Médecine traditionnelle	102	21,3
Médecine générale et spécialités	76	15,9
Psychiatrie	16	03,3
IT multiples		
Médecine Rel: Psy: Trad: Méd: Psy	117	24,4
Rel: Trad: Méd: Psy	87	18,2
Trad: Méd: Rel: Psy: Trad	54	11,3
Trad: Méd: Psy: Rel: Trad	88	18,4
Psy: Rel: Trad: Méd: Psy: Rel	103	21,3
Buts recherchés		
Guérison	184	38,4
Soulagement	106	22,1
Soutien moral	145	30,3
Autres aides	44	09,2
Facteurs d'influence		
Croyances	116	24,2
Accessibilité/Disponibilité	92	19,2
Efficacité	86	18,0
Notoriété	83	17,3
Bouche à oreille	75	15,7
Ignorance	27	05,6

Discussion

De la sélection des patients

Nous avons préféré n'inclure que les patients souffrant de troubles mentaux avérés selon les critères reconnus dans le monde par rapport aux 2 classifications internationales [1, 21].

Du sexe, de l'âge et du niveau d'instruction

Les demandes de soins étaient plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (53,4% contre 46,6%). Il y a plus de femmes que d'hommes en République Centrafricaine [18]. Elles sont en majorité plus exposées que les hommes à la survenue d'un trouble mental. Ce constat a été fait par d'autres auteurs dans d'autres pays [15, 20, 25]. En Centrafrique, ce constat est d'autant plus plausible que la femme centrafricaine se retrouve souvent la première face à des difficultés, surtout d'ordre socioéconomique dans son ménage. Un auteur estime que la plus grande fréquence des rechutes chez la femme, notamment dans la dépression expliquerait probablement la différence de genre constatée dans la prévalence de cette maladie mentale [25, 28]. Les jeunes sujets âgés entre 18 et 45 ans, représentaient 80,6%

de la population de notre étude. Ces données sont proches de celles retrouvées en France [4]. Dans les pays en voie de développement comme la République Centrafricaine, en pleines mutations socio culturelles où se posent de nombreux problèmes comme le chômage et les conflits armés récurrents, les troubles anxiodépessifs et les désordres émotionnels sont très fréquents [22]. Le niveau d'instruction de la population étudiée était relativement élevé puisque 38,6% d'entre les patients avaient des niveaux d'enseignements secondaire et supérieur. Ceci pourrait s'expliquer par la provenance des sujets de l'étude, c'est-à-dire Bangui, la capitale de la République Centrafricaine. Tognidé et al, ainsi que Lamboy et al avaient fait le même constat [16, 25]. Les niveaux d'instruction secondaire et supérieur confèrent généralement aux personnes concernées un rang social plus acceptable, qui les rend moins exposés aux facteurs de risque de maladies mentales. Elles sont mieux informées et se préoccupent davantage de leur santé mentale, se font soigner plus précocement et de façon adéquate. Ces niveaux avaient probablement influencé l'itinéraire thérapeutique [25]. Ces personnes seraient parmi celles qui avaient d'abord eu recours à la médecine générale et spécialités.

Des causes des maladies, de la décision des soins et du délai d'intervention

En Afrique noire en général et plus singulièrement en Centrafrique, la maladie n'est jamais naturelle. Elle est causée par un agent extérieur et le malade n'est que la victime expiatoire de l'attaque du sorcier par exemple. De la sorcellerie au mauvais sort en passant par l'envoûtement et la possession, les centrafricains dans leur immense majorité recherchent toujours une cause extérieure à leur malheur (maladie). Plusieurs auteurs avaient retrouvé les mêmes causes citées par les patients de Bangui [2, 4, 6, 8, 25, 27]. Quant à la décision du choix du modèle des soins, elle s'opère presque toujours dans le cercle familial. En effet, un cas de maladie au sein de la famille impose une solidarité [23] et c'est le groupe qui est le premier à devoir prendre la décision d'aller vers le modèle choisi. Mais, le plus souvent, au sein de la famille, une personne est influente soit par son pouvoir financier, soit par son rang social ou tout autre critère connu de la famille. Cette personne a le pouvoir d'imposer un modèle de soins que tout le reste de la famille doit suivre. Les ascendants, collatéraux et descendants du patient ne viennent qu'en 3^è position.

Par rapport au délai moyen entre le début des troubles et les soins en psychiatrie, il est apparu évident que plus le patient a fréquenté différents modèles de soins, plus long aura été ce délai, ce qui a contribué à compromettre l'efficacité des prestations du psychiatre. Cela pourrait renforcer le patient et sa famille dans leur quête du sens, de l'origine de la maladie qui serait surnaturelle et qui ne relèverait pas de la psychiatrie. Le tradipraticien serait le seul capable de donner la réponse à la question : « d'où vient la maladie ? ». Tognidé et al avaient relevé la portée du remède du guérisseur traditionnel en Afrique [24]. Bensmail avait quant à lui relevé le côté magique de la psychiatrie traditionnelle [5].

De l'itinéraire thérapeutique

Plusieurs auteurs ont rapporté qu'une admission sur quatre en

moyenne dans différents hôpitaux du monde, l'est pour un symptôme en rapport avec la santé mentale [15, 22, 25]. Mieux, un cinquième des consultants des services de soins curatifs dans les pays en voie de développement, présente un trouble psychiatrique notable [22, 25]. Plus de 4 patients sur 5 (80,8%) avaient eu recours aux modèles de soins non conventionnels avant de se présenter en médecine générale ou en psychiatrie. Moins d'un malade sur 5 avaient fréquenté directement la médecine. Des études antérieures réalisées en Afrique ont montré que les patients présentant des affections d'allure neuropsychiatrique sont adressés en premier lieu aux omnipraticiens pour un problème organique [20, 25]. Cette orientation est peut-être sous-tendue par le fait que les premiers symptômes de certaines affections mentales, notamment en Afrique sont communs à plusieurs maladies organiques. En effet, les symptômes comme les céphalées, l'insomnie, les douleurs diverses sont communs à plusieurs affections tropicales fréquemment rencontrées dans nos pays. Aussi, dans la société africaine, le psychiatre, étiqueté comme le « médecin des fous », n'a pas la même réputation que ses collègues des autres spécialités. C'est en général l'image négative de la psychiatrie, qui impose cette mauvaise réputation du psychiatre africain [20, 25]. La prévalence des maladies mentales en consultation de médecine générale se situerait entre 20 et 30% [12, 25]. Il est important de souligner que devant la persistance des symptômes, malgré les différents traitements médicaux administrés aux patients et en tenant compte de la représentation socio culturelle de la maladie, les malades ont recours à la médecine traditionnelle (21,3%) et/ou aux groupes religieux (59,5%) pour rechercher soit la guérison (38,4%) ou le soulagement (22,1%). La fréquentation des lieux de prise en charge spirituelle est en constante augmentation à Bangui avec la prolifération dans la ville et ses environs des églises et autres endroits de cultes qui attirent de plus en plus de monde. Dassa et collaborateurs avaient fait le constat d'un désaveu de la médecine conventionnelle au profit de la religiothérapie [10]. En faisant une analyse critique de la pratique médicale actuelle, qui ferait de l'oubli des traditions sa tradition, ces auteurs se sont interrogés d'une part sur les déterminants de ce shopping religieux et sur le lien entre la croyance, la maladie et l'errance religieuse d'autre part. Selon Mouanga et al, les itinéraires thérapeutiques sont influencés par les performances du système de santé et par les interprétations culturelles données aux maladies [19]. Ces itinéraires sont multiples et passent d'abord par les méthodes non conventionnelles des soins, comme la médecine traditionnelle et les groupes religieux. Tognidé et al avaient remarqué que la plupart des sujets de leur étude avaient eu à fréquenter tant la médecine traditionnelle, les confessions religieuses que la médecine conventionnelle [25]. Les malades et leurs familles allaient chercher une solution dans la tradition ou dans la religion quand la maladie était chronique et devant certains symptômes complexes. Selon ces différents auteurs, la croyance à la sorcellerie, à l'envoûtement, à la possession ou au mauvais sort influence fortement les choix thérapeutiques des patients. La culture a une place de choix dans cette démarche de soins [9, 11, 17]. La notoriété du praticien et l'efficacité de ses prestations étaient reléguées au 4^e rang des raisons évoquées pour expliquer le choix de l'itinéraire thérapeutique des patients suivis en psychiatrie à Bangui. Le choix de l'itinéraire thérapeutique est déterminé par divers facteurs dont les plus cités



Vue de Bangui

sont le modèle explicatif de la maladie (mentale), la gravité de l'affection en cause et le rôle joué par l'entourage familial et/ou amical. D'autres auteurs avant avaient remarqué que dans la majorité des cas, le malade demandeur de soins en psychiatrie avait déjà fait une ou des incursion(s) chez le guérisseur ou dans un village thérapeutique ou chez le religieux qui dirige ou pratique l'exorcisme ou toute autre forme de soins ; La maladie est alors arrivée en psychiatrie à sa phase d'état ou lors des complications [3, 25].

Il nous a paru opportun d'évoquer une situation particulière à laquelle tout professionnel de la santé mentale se retrouve pratiquement quotidiennement en Afrique. Il s'agit de la coexistence quasi permanente de la psychiatrie avec les autres modèles de soins.

De la coexistence des 2 modèles de soins : En Afrique subsaharienne plus qu'ailleurs, les professionnels de la santé mentale sont confrontés quotidiennement à la délicate situation qui les conduit à collaborer, tout au moins implicitement par patient interposé, avec les praticiens des médecines non conventionnelles, alors que leur formation universitaire ne les a pas préparés à se retrouver dans cette délicate situation. Mais, les patients que nous prenons en charge et leurs familles sont dans un champ de représentation de la maladie, qui diffère de celui qui nous a été enseigné dans les établissements de formation. Ce champ apparaît difficilement saisissable et manipulable, pour nous qui sommes, formés à « l'école des Blancs ». Plusieurs auteurs s'étaient déjà intéressés à cette situation dans leurs études respectives. Certains s'étaient interrogés sur la possibilité de la collaboration médecin-guérisseur [14]. D'autres avaient relevé les spécificités de la psychiatrie en Afrique [7, 13, 25, 28]. À l'étape actuelle de notre pratique quotidienne, de la psychiatrie en Afrique, il est difficile d'échapper à cette coexistence quasi permanente des 2 modèles d'interprétation des maladies et des 2 systèmes de soins.

Conclusion

Cette étude a montré que des facteurs divers et variés influencent l'itinéraire thérapeutique des patients suivis en psychiatrie à Bangui, capitale de la République Centrafricaine. Parmi ces facteurs, les plus fréquemment cités sont le modèle explicatif de la maladie (mentale) c'est-à-dire le sens donné à la maladie, la gravité de l'affection en cause et le rôle joué par l'entourage. Cette étude mérite d'être poursuivie et approfondie sur le plan national, voire sous régional et continental afin de tirer des leçons à apprendre par tous les professionnels africains de la

santé mentale. En effet, connaître ces itinéraires thérapeutiques de nos patients pourrait constituer pour nous professionnels de la santé mentale en Afrique, un outil précieux pour prendre des mesures de prévention, de dépistage précoce et pour améliorer nos stratégies thérapeutiques et les rendre efficaces.

Hommage mérité à notre collègue et ami, le Professeur Mathieu C. Tognidé dont les travaux nous ont édifiés dans la rédaction de cet article. Il sera à jamais dans nos cœurs. Que son âme repose en paix.



Navigation à Bangui

Bibliographie

1. American Psychiatric Association - *Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Four edition. Text Revision*, 2000 : Traduction française sous la direction de JD GUELFIT et al. Washington DC/ Masson, 2004 : 1065 p.
2. Andoche J « La sorcellerie dans l'explication du malheur psychique » *Psychopatho Afric*, 1993, 25(2) : 161-174
3. Andriantseho LM, Adianasy TF, Andrambo DS « Les troubles psychiatriques à Madagascar/ Etude clinique de 376 cas répertoriés à Mahanga » *Bull Soc Patho Exot*, 2004 ; 97(2) : 122-6.
4. Belamy V, Roeland JL, Caria A « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale » Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques(DREES), *Etudes et Résultats*, 2004 ; 347 : 12 p
5. Bensmail B « Psychiatrie traditionnelle et pratiques magiques » *Psychol.Med.*, 1984 ; 16 (7) : 1209-1212.
6. Bonnet D « Désordres psychiques, étiologies moosé et changement social » *Psychopatho Afric.*, 1988 ; 22(3) : 294-324.
7. Collomb H « Rencontre de 2 systèmes de soins. A propos des thérapeutiques des maladies mentales en Afrique » *Social Sciences and Medicines*, 1973,7 : 623-653
8. Coppo Piero « L'interprétation des maladies et leur classification dans la médecine traditionnelle DOGON(Mali) » Les troubles psychiques. *Psychopatho. Afric*, 1994, 26(1) : 9-33.
9. Corin E, Uchida E, Koumaré B « La place de la culture dans la psychiatrie africaine d'aujourd'hui : paramètres pour un cadre de référence » *Psychopatho Afric*, 1992, 24(2) : 149-182
10. Dassa SK, Mbassa Menick D, Taho A « Réflexion sur l'offre et la demande de thérapie religieuse chrétienne en Afrique subsaharienne : l'exemple du Togo » *Perspectives Psy*, 2008 ; 47(1) : 52-58.
11. Devereux G « Culture et symptomatologie » *Actualités Psychiatr*, 1975, 2 : 12-17.
12. Granger B *La psychiatrie d'aujourd'hui : du diagnostic au traitement*, Paris, Odile Jacob, 2003 : 11-26
13. Halle A, Gueye M, Sarr D « Aspects particuliers de la psychiatrie en Afrique : rencontre de deux systèmes de soins » *Information Psychiatr*, 1995, 71(6) : 530-536.
14. Hazera M « Peut-on concevoir une collaboration médecin - guérisseur ? » *Psychol Med*, 1984, 16 (7) : 1137 - 1141.
15. Kovess V, Facy F *Epidémiologie et santé mentale*, Paris, Flammarion Médecine, 2^{ème} édition, 1996 : 162 p
16. Lamboy B, Leon C, Guilbert P « Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du baromètre de santé 2005 » *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2007 ; 55 : 222-5
17. Lebigot F, Monceau A « L'Afrique a ses secrets. Questions sur la place de l'ethnographie dans la pratique psychiatrique en Afrique » *Psychopatho Afric*, 1992, 18(1) : 5-58.
18. Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération internationale *Synthèse des résultats du 3^{ème} recensement général de la population et de l'habitat*, Bangui, Bureau Central du Recensement, 2005 : 74 p
19. Mouanga A, Bandzouzi-Ndanga BVED, Comlan P, Taho A, Voundou-Mazoungou Y, Koumou KY, Gandou P, Maremolo D, Bilekoti R, Kone D « Les itinéraires thérapeutiques précédant l'admission dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville(Congo) » *Rev. CAMES (Sciences et Médecine)*, 2009 ; série A, vol 9 : 18-23.
20. N'situ Mukanku A, Mureba Mushidi I « Itinéraire thérapeutique en santé mentale dans la ville de Kinshasa » *Psychiatrie, Psychanalyse, Culture* (Premier Congrès panafricain de santé mentale, Dakar, 18-20 mars 2002) René Collignon et Momar Gueye, SPHMD, Dakar 2003 : 401-409
21. Organisation Mondiale de la Santé. *Classification internationale des maladies, des troubles mentaux et troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. 10ème révision (CIM 10)*. Paris, Masson, 1993.
22. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale, nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève, 2001 : 179 p
23. Taho A, Nubulpo P, Clément JP, Thomas P « Etat actuel des connaissances sur la démence en Afrique subsaharienne » *Revue de Gériatrie*, 2003, 28 : 803-806.
24. Tognidé CM, Ezin Hounghé J, Gandaho P, Agossou T, Ahyi RG « La portée du remède du guérisseur traditionnel en Afrique » *Le Bénin Médical*, 2000, 14 : 43-46.
25. Tognidé CM, Klioko E, Gansou GM, Tognon F, Gandaho P, Ezin Hounghé J, Ahyi RG « Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie au CNHU-HKM, Cotonou(Bénin) » *Le Bénin Médical*, 2010 ; 45/46 : 32-38.
26. Zempleni A, Diop M, Martino P « Le psychiatre face aux thérapeutiques traditionnelles » *Med Afr Noire*, 1966, 13(4) : 115-127.
27. Zempleni A, Sindzingre N « La «maladie» et «ses causes» » *L'ethnographie*, 1985 ; 96/97 : 13-44.
28. Vanturenhout C, Anseau M « La dépression chez la femme » *Rev Med Liège*, 1999 ; 54(4) : 322-6



Emilie Clarisse Tchokote

Traumatisme initial et passage à l'acte sexuel déviant sur les enfants au Cameroun : une étude de deux cas de sujets incarcérés à la Prison Centrale de Yaoundé

Auteur : Emilie Clarisse Tchokote

Résumé : la présente étude examine la problématique du passage à l'acte sexuel déviant des adultes camerounais sur les enfants. Elle part du constat selon lequel les agressions sexuelles sur ces derniers sont de plus en plus récurrentes et constituent un réel problème de société dans ce contexte. A travers une étude de deux cas, l'utilisation de l'entretien semi-directif couplé au test de Rorschach permet de saisir le vécu affectif présent et antérieur des sujets en lien avec des possibles abus subis, ainsi que les relations que ces sujets entretiennent avec les figures d'autorité (père, mère). Les résultats démontrent que les sujets de l'étude connaissent une forte immaturité affective avec une enfance marquée par des abus physiques et psychologiques, mais pas forcément sexuels. Le traumatisme initial vécu par ces sujets pourrait expliquer le comportement du passage à l'acte sexuel déviant sur les enfants.

Mots clés : traumatisme initial, adulte, passage à l'acte, déviance, enfant.

Abstract : the current study examines the issue of sexual deviant acting out of Cameroonian adults on children. It starts from observation that sexual assaults on children are increasingly recurrent and constitute a real social problem in this context. Through two case studies, the use of semi-directive interview coupled with the Rorschach test permitted an understanding of the present and past emotional issues experienced by the subjects in connection with possible abuses suffered, as well as the relationships that these subjects maintain with authority figures (father, mother). The results show that the subjects of study experience a strong emotional immaturity deriving from a childhood marked by physical and psychological abuses, but not necessarily sexual abuse. The initial trauma experienced by these subjects could explain the behavior of the sexual deviant acting out on children.

Key words : initial trauma, adult, acting out, deviance, child.



Entrée de la prison de Yaoundé

Introduction

La conduite sexuelle déviante des adultes à l'égard des enfants constitue une forme de maltraitance infantile. La maltraitance chez les enfants est un problème sociétal omniprésent qui a souvent un impact négatif dévastateur sur les enfants, tant sous l'angle comportemental que sur le plan psychopathologique. Ces impacts négatifs se répercutent non seulement pendant leur enfance, mais aussi tout au long de leur vie (Rouyer, 2011; Cicchetti et Tooh, 1995; Malinowsky et Hansen 1993 ; Lopez, 1997). Ces activités sont inappropriées à leur âge et à leur développement psycho-sexuel. Ils les subissent de plusieurs manières : ce peut être l'effet de la contrainte, de la violence, ou résulter de la séduction et même de la transgression des tabous sociaux.

Dès lors, l'abus sexuel commis sur les enfants par les adultes constitue une préoccupation sociétale majeure, d'où la nécessité de saisir la source de cette violence sexuelle des adultes sur les enfants qui est en réalité un trouble du comportement sexuel. L'étude s'attèle à comprendre les mécanismes psychiques présents et/ou antérieurs qui ont contribué à l'émergence du passage à l'acte sexuel déviant de certains adultes camerounais sur les enfants. Pour y parvenir, nous abordons en premier lieu le contexte de l'étude et la nature du problème, nous présentons ensuite le cadre théorique à travers les différentes approches liées à la problématique du passage à l'acte sexuel déviant des adultes. Nous poursuivons avec la méthodologie ainsi que les résultats.

Contexte de l'étude et nature du problème

Les statistiques en ce qui concerne le nombre d'enfants victimes d'abus sexuels, enregistré dans les centres de prise en charge tels que la Cameroon Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (CASPCAN, 2003), l'Hôpital Central de Yaoundé, et le nombre d'agresseurs sexuels incarcérés à la Prison Centrale de Yaoundé de 2008 à 2014, pour outrage à la pudeur et viol sur mineur, rendent compte de la gravité du phénomène d'abus sexuel sur les enfants au Cameroun. Ainsi, Mbassa (1997) dans une étude précisait que « les auteurs des agressions sexuelles – tous des hommes – étaient dans la quasi-totalité des cas, des personnes de l'entourage de l'enfant : voisins, amis de la famille, camarades d'établissement scolaire de l'enfant, enseignants ». La thèse de Biyong (1990) citée par Agoussou (2000), a fait état pour la première fois de mauvais traitements et des cas d'abus sexuels sur les enfants au Cameroun, tout en soulignant que les victimes qui ne sont pas suivies sur le plan judiciaire, social et médical peuvent répéter ce qu'elles ont subi soit comme victimes, soit comme agresseurs.

Selon les statistiques enregistrées par la CASPCAN, de 2002 à 2003, 40 cas d'abus sexuels ont été enregistrés sur les enfants âgés de 0 à 18 ans. On note 32,5% des cas d'abus sexuels d'origine intrafamiliale et 67,50% des cas d'abus sexuels d'origine extrafamiliale. De 2004 à 2005, 34 cas d'abus sexuels sur les enfants âgés de 3 à 18 ans ont été enregistrés. Ces chiffres ne prennent pas en compte les statistiques enregistrées dans d'autres centres de prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles. Le rapport d'activités du Centre d'Ecoute Pour Enfants et Adolescents (CEPEA), souligne que les abus sexuels sont la première cause de consultation et que les élèves

sont de plus en plus victimes d'abus sexuels (Mbassa Menick, 2002). Une autre étude réalisée par Mbassa Menick (2000) de la période du 1er octobre 1994 au 06 janvier 1999 auprès du Tribunal de Grande Instance à Yaoundé fait ressortir que 224 offenses sexuelles sur mineurs âgés de moins de 16 ans ont été enregistrées.

Dans le même sens, il ressort que le rapport de la Prison Centrale de Yaoundé de 2008 à 2014, concernant les délits pour outrage à la pudeur et viol sur mineur fait état de 330 détenus adultes ayant commis des agressions sexuelles sur les enfants âgés de 05 ans à 16 ans. Ce rapport révèle une croissance en chiffre des agresseurs sexuels par année. Les résultats de l'enquête nationale réalisée en 2009 par RENATA/GTZ/MINSANTE sur les filles et femmes victimes de violences sexuelles révèlent que le taux de prévalence du viol est observé dans toutes les régions du pays et varie de 3,7% à 7,5%.

Généralement, il existe des médiations ou des arrangements qui sont faits par le groupe d'appartenance de la victime au détriment de l'action pénale en justice contre les agresseurs. Ces arrangements ont pour but de préserver l'équilibre familial et ne tiennent pas compte de l'impact psychologique et des conséquences cliniques sur les victimes. Ces actions ainsi que les menaces proférées par les agresseurs, le sentiment de culpabilité ou la peur de ne pas être cru(e) peuvent expliquer le silence des victimes. En outre, la campagne nationale de lutte contre le viol domestique des enfants au Cameroun, qui s'est tenue le 26 avril 2011 sous la diligence du cabinet international de conseil en communication CHRISBAT à Yaoundé, avait pour but de sensibiliser et de mettre sur pied une stratégie et une action de prise en charge sociale et psychosociale des victimes du viol.

Dans ce sens, suivant le magazine ECOVOX du mois de juillet à décembre 2013, l'accent est mis sur la cote d'alerte concernant les violences sexuelles sur les enfants. Dans ce numéro, Kenmogne (2013, P.3) précise que « pour des raisons multiples, l'enfant est entraîné de déchoir de son statut de sujet adulte pour tomber dans celui, peu reluisant, d'objet sexuel. » On note, à cet effet, que le phénomène d'abus sexuel sur les enfants est récurrent et constitue une préoccupation tant nationale qu'internationale.

Données théoriques

Au vu des différentes statistiques enregistrées, il ressort une hausse rapide des chiffres en ce qui concerne les abus sexuels commis sur les enfants. L'UNICEF (2007) fait état de taux élevés de violences sexuelles pendant l'enfance frappant jusqu'à 21% des enfants. Les auteurs de tels actes sont généralement considérés par les théoriciens de la psychanalyse comme des sujets adoptant le passage à l'acte sexuel déviant comme comportement (Godfryd, 1994; Laplanche et Pontalis, 1967 ; Eiguer, 2003). Dès lors qu'un adulte fait subir à l'enfant des violences sexuelles, il se pose alors le problème du choix d'objet sexuel chez ce dernier.

Selon Ciavaldini (2012), depuis les décennies 1980- 1990, les recherches cliniques sur les auteurs de violences sexuelles ont permis de sortir cette catégorie de personne de la classification

de la perversion et l'accent est désormais mis sur les soins psychiques et l'accompagnement social de ces sujets (Ciavaldini, 2001, 2007). Il mentionne en outre que les violences sexuelles font parties du lot des violences inhérentes à l'humain. Aucune organisation psychopathologique particulière ne peut revendiquer la maîtrise des conduites violentes sexuelles et dans ce sens, la notion de structure perverse est inadaptée pour rendre compte de la classification de cette catégorie de personne. Certaines approches tentent de donner une explication au phénomène du passage à l'acte sexuel violent des adultes sur les enfants. Dans ce cadre, nous présentons les approches psychopathologique et psychanalytique ainsi que les approches biologique et comportementale.

Approches psychopathologique et psychanalytique du passage à l'acte sexuel des adultes sur les enfants

Des traits communs de fonctionnement psychique sont généralement reconnus aux sujets adultes qui optent pour le passage à l'acte sexuel sur les enfants. Il s'agit d'un Moi mal limité, d'une carence affective précoce ainsi que des perturbations multiples, de la souffrance psychique précoce. Précisons d'emblée que dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), la préférence sexuelle pour les enfants, généralement d'âge pré-pubère de moins de 13 ans, ou au début de la puberté est considérée comme une pédophilie. Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux – Texte révisé, (DSM-IV-TR, 2000) la focalisation paraphilique de la pédophilie implique une activité sexuelle avec un enfant pré-pubère généralement âgé de 13 ans ou plus jeune. Dans le cadre de cette étude, l'accent est mis sur la compréhension du comportement du passage à l'acte sexuel des adultes sur les enfants.

- Limites floues d'un Moi clivé :

Le sujet adulte qui passe à l'acte sexuel déviant sur un enfant est caractérisé par « une mauvaise définition de ses limites psychiques qui confine parfois avec une dimension psychotique. Cette altération entraîne une difficile reconnaissance de l'altérité. L'autre n'est, le plus souvent, pas véritablement constitué dans sa différence subjective » (Ciavaldini, 2012 p14). C'est dire ici que ces sujets sont généralement insensibles à la culpabilité puisque le registre surmoïque semble induire une perturbation et donc favorise non pas un surmoi œdipien, mais un Moi-idéal. Le Moi du sujet, dans ce contexte, subit l'influence du clivage et indique la coexistence chez le sujet des zones psychiques qui paraissent organisées sur un mode secondarisé et d'autres relevant de fonctionnements archaïques.

Dans ce sens, on note ici que le passage à l'acte sexuel sur les enfants est le marqueur d'une souffrance psychique vécue par le sujet depuis son enfance ; d'où une décharge qui s'ensuit et constitue une action libératrice facilitant l'évacuation de la surcharge tout en ramenant le calme à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet, permettant la survie psychique du sujet. L'utilisation des mécanismes de défenses archaïques est privilégiée et est issue des conditions procurées par un environnement familial primaire. Généralement, ces mécanismes de défense sont la répression des affects, la projection et le clivage. Le déni des actes, quant à lui, est la conséquence qui vise à protéger le

sujet de l'incapacité de sa gestion de l'appareil psychique.

- Vécu d'une carence affective précoce :

Selon certains auteurs d'orientation psycho-dynamique, en élaborant un scénario tel que l'acte sexuel déviant en fantasme ou en acte à travers le passage à l'acte, le sujet adulte lutte contre la perte d'identité, notamment sexuelle, et cherche à se prémunir contre les affects pénibles, tels que la dépression ou les sentiments de rejet liés à ses expériences infantiles. (Milcent, 1999; Balier, 1996, 1998). À cet effet, Ciavaldini (2012, p 19) précise que « face à de telles occurrences, et quelle que soit leur configuration psychique, il est possible d'avancer que ces sujets présentent tous une défaillance dans la construction de leur identité de base, c'est-à-dire de leur narcissisme ».

Dans ce sens, Gérin (2002) évoque la possibilité d'une persistance du désir infantile plus ou moins corrélé à une éventuelle agression subie. Selon Badgley, Wood et Young (1994); Etherington (1995), la combinaison d'abus émotionnel, physique et sexuel vécus dans l'enfance serait fortement corrélée à la tendance à l'âge adulte à s'intéresser sexuellement à des enfants, en pensée ou en action. Le passage à l'acte sexuel déviant des adultes sur les enfants semble se structurer à partir des premières relations affectives, se fondant dans la problématique du lien à l'autre. L'ancrage théorique d'orientation psychanalytique présuppose l'existence d'un traumatisme initial important chez l'enfant, probablement lié à la difficulté de séparation-individuation. Ce traumatisme place l'enfant dans une position d'humiliation insoutenable. Le passage à l'acte permet à l'enfant de maîtriser ce traumatisme initial et de se placer à son tour dans une position de vainqueur (Aubut, 1993).

L'origine psychique du trauma relève davantage de faits habituels de la réalité qui ne peuvent être surmontés par l'individu. Le trauma réel existe lorsque le sujet a été victime ou témoin d'une agression de nature sexuelle ou physique. Dans ce sens, le trauma est l'intrusion de la réalité externe dans le psychisme qui perturbe la capacité de penser et d'élaborer des affects et ce n'est qu'à travers les actes que le sujet peut s'exprimer; on note une absence de l'expression verbale de la souffrance psychique. À cet effet, Chagnon (2005, p 664) pense que « le recours aux passages à l'acte sexuel déviant ne sont donc pas des manifestations pulsionnelles aberrantes [...] mais des recours défensifs par rapport au narcissisme déficitaire, consécutif au défaut d'intégration d'images parentales suffisamment bonnes dans le monde psychique interne ».

C'est dire ici que ce sont des sujets qui se sont développés dans un environnement premier de type « insécure », ce qui induit des perturbations de tout ordre. Selon les données psychopathologiques, les sujets adultes au prise avec un passage à l'acte sexuel sur des enfants sont ceux qui ont vécu des perturbations tant sur le plan cognitif qu'affectif tout autant dans le champ de la sexualité que des représentations, du registre de l'émotion et de l'affect ainsi qu'au niveau des habiletés sociales (Ciavaldini, 2012).



Scène de rue dans le quartier des étudiants à Yaoundé. Photo Psy Cause, février 2013.

Cause biologique et théorie comportementale du passage à l'acte sexuel déviant

Selon Hilton (1993) dans la publication de St-Yves et Pellerin (1998), la majorité des victimes d'agression sexuelle sont de sexe féminin et la majorité des délinquants sexuels sont de sexe masculin (90 à 95% selon les études). Ce constat amène certains chercheurs à expliquer les agressions sexuelles comme résultant d'une cause biologique, à l'instar de Pinard cité par (Aubut, 1993). Les premières informations sur les relations entre fonctions cérébrales et agression sexuelle ont été fournies par les études de patients cérébrolésés présentant une symptomatologie sexuelle de type pédophile. Puis, procédant d'une démarche neuropsychologique, d'éventuels dysfonctionnements cognitifs ont été recherchés chez ces patients pour identifier les bases anatomo-fonctionnelles de cette pathologie (Moulier et Stoléru, 2007). Depuis plus d'une dizaine d'années, les techniques d'imagerie cérébrale permettent l'exploration fonctionnelle du cerveau humain et facilitent le renouvellement des perspectives en matière de connaissances sur les bases neurales de la sexualité.

En outre, les agressions sexuelles peuvent s'expliquer par les

théories comportementales suivant les travaux de Proulx cité par Aubut (1993). Ces auteurs pensent que les comportements sexuels déviants découlent d'un seul facteur qui est l'excitation sexuelle déviante. Cette conception est qualifiée de modèle hydraulique. En outre, le modèle de la délinquance sexuelle de Barlow et Abel (1976) cités par Aubut (1996) révèle que les comportements sexuels déviants proviennent non seulement d'un excès d'excitation sexuelle déviante, mais également de déficits quant à l'excitation sexuelle non déviante et quant aux habiletés hétéro-sociales nécessaires pour accéder à une partenaire adulte consentante.

Le modèle multifactoriel de l'agression sexuelle de Marshall et al., (1983) cité par Aubut (1996) tient compte non seulement des excès et des déficits mentionnés dans les deux modèles précédents, mais également des dimensions non sexuelles (habiletés sociales, habiletés de résolution de problèmes, habiletés professionnelles, etc.). Les déficits reliés à ces habiletés constituent des obstacles à un fonctionnement satisfaisant sur les plans interpersonnel et professionnel. Ce qui peut entraîner un stress susceptible de favoriser un passage à l'acte sexuel déviant chez des individus présentant une propension à agir ainsi.

Méthodologie

L'hypothèse générale selon laquelle le traumatisme initial favorise le passage à l'acte sexuel déviant des adultes sur les enfants, oblige à s'intéresser aux modalités liées à la carence affective vécue dans l'enfance, au dysfonctionnement relationnel mère-enfant vécu dans l'enfance, au vécu d'abus sexuels dans l'enfance et au vécu d'une identité sexuelle perturbée. La Prison Centrale de Yaoundé (PCY) est le site de recherche et se justifie par le fait que le silence des victimes ainsi que les membres de l'entourage immédiat de l'enfant du fait des arrangements, ne permet pas un repérage aisé des auteurs de violences sexuelles sur ces derniers. Le milieu carcéral est de ce fait l'endroit le plus indiqué pour rencontrer cette catégorie de personnes qui sont, en langage juridique, incarcérées pour outrage à la pudeur et viol sur mineur.

La méthode clinique, ainsi que l'entretien clinique de type semi-directif de recherche auprès de deux cas tous des adultes, couplés au test projectif du Rorschach ont été utilisés pour mieux renseigner sur la portée subjective de cet acte tout en fournissant des indications quant à la personnalité des sujets. Le Rorschach a permis de décrire le fonctionnement psychique, inconscient des sujets, lié à leur affectivité. La complémentarité de l'entretien clinique avec le test projectif du Rorschach se justifie comme l'énoncent Fernandez et Catteeuw (2001) par le fait que si les caractéristiques des méthodes projectives permettent d'accéder à des aspects du fonctionnement psychique que l'on ne peut saisir par d'autres méthodes, elles ne permettent cependant pas d'accéder à l'histoire du sujet. Les résultats sont traités à l'aide de la grille d'analyse thématique de contenu et de l'analyse quantitative des psychogrammes des sujets ainsi que celle qualitative suivant la grille de dépouillement française (Rausch de Traubenberg, 1997).

Résultat

Les résultats retracent les données idiographiques des sujets avec les contenus thématiques des discours, les psychogrammes ainsi que les données du test projectif du Rorschach sont analysés puis interprétés.

a- Données idiographiques des sujets

Cas René

- Analyse du discours issu de l'entretien

René est âgé de 43 ans au moment de sa rencontre, il exerçait comme militaire dans les forces armées camerounaises juste avant son incarcération pour outrage à la pudeur et viol sur mineur de 9 ans. Il déclare avoir fait l'enseignement technique avant d'être recruté comme militaire. Il est l'aîné d'une fratrie de onze enfants, marié et père de trois enfants. L'enfance de René a été marquée par la séparation parentale alors qu'il était très jeune. Il dit à ce propos : « l'ambiance n'allait pas entre mon père et ma mère depuis toujours, ma mère est allée vivre au village seule ! »

La carence affective couplée au dysfonctionnement communicationnel au sein de la famille semble perturber le sujet qui pré-

cise que : « il a pris une autre femme et le coustant même entre mon père et moi ça n'allait pas [...] L'ambiance n'allait pas, quand vous envoyez déjà votre femme au village, les enfants vont vivre comment ? Avec une deuxième femme ? ça ne peut pas donner, ça ne donnait pas ! » Le trauma psychique ici résulte de la confrontation à la carence affective vécue ainsi qu'à l'absence de communication adéquate au sein de la famille du sujet. Il a vécu le trauma réel de par la maltraitance infantile, la négligence et les violences physiques perpétrées par son père. Il déclare que « on dormait affamé, on ne mangeait pas, on ne rationne pas, et le papa nous tapait très mal, il nous brutalisait très mal ! » Cette violence physique subie l'a conduit plus tard à croire à une adhésion aux sectes de la part de son père à tel point qu'il précise que : « moi je suis même envoûté à un niveau où... je ne sais pas ! [...] C'est comme ma mère m'a dit qu'il faisait la cotisation de l'humain. C'est-à-dire la cotisation des vivants, c'est comme on vend les vivants, c'était une association. La cotisation des hommes vivants c'est-à-dire il y a quelque prestige pour te vendre dans la sorcellerie ! »

Evoquant le vécu de la fratrie, concernant ses frères et sœurs, René confie que « on n'avait pas d'utilité devant lui, moi je me dis que ce n'est pas mon père ! Ça c'est automatique... tout ce que l'homme là m'a fait... quand je repense tout ça... je sens que ce n'était pas mon père ! » René déclare n'avoir pas été victime d'abus sexuel dans son enfance lorsqu'il dit : « Je n'ai jamais eu cela (viol), je n'ai jamais eu, jamais eu ce genre, je vous ai dit que cette chose c'est question de malchance ».

- Analyse quantitative et qualitative du Rorschach dans le cas René

L'analyse du psychogramme laisse entrevoir une productivité ($R=27$) marquée dans un temps total de 12 minutes 14 secondes. L'entrée dans le test perturbe le sujet car le temps de latence initial 19 secondes est supérieur au temps de latence moyenne 17 secondes. Le temps de latence est élevé aux planches III, V, IX et X. Un seul mode d'appréhension est perceptible avec une proportion de réponses Globales G% (48%) de type primaire structural. Ce qui génère une succession rigide des réponses dépourvues de réponses grand Détail (D) et de petit Détail (Dd). Les réponses Globales sont toutes associées à l'aspect formel, représenté par F% (48,14%) avec un F% élargie (55,55%) et un F+% élargie (36,66%).

Le pôle projectif est moins important avec une absence de Kinesthésie humaine ($K=0$), et Kinesthésie animale ($Ka=2$). Le pôle sensoriel est absent avec une somme des couleurs ($\Sigma C=0$), ce qui confère un Type de Résonance Intime (TRI) coarté pur (0K/0ΣC) car les deux modes d'expressions sont réduits et les réactions dans le test sont essentiellement formelles. Les contenus sont constitués des rubriques Animal, Artistique, Géographie et Botanique ($A=5$, $art=4$, $Geo=1$, $Bot=1$). Les réponses Clair Obscur ($Clob=4$) sont ici représentées traduisant les émotions pénibles du sujet.

L'analyse qualitative au test de Rorschach permet de comprendre que la situation d'entrée à la planche I perturbe le sujet et on observe une stupeur associative avec le temps de latence initial supérieur au temps de latence moyenne. On est frappé à l'entrée par l'absence de représentation humaine et de détail

humain (H, Hd), le sujet s'exprime sous un mode de variation thématique, expression d'un fonctionnement mental lié à sa situation. Nous apercevons dans le discours du sujet une confusion exprimée par son indécision dans le choix « ça ressemble à une chauve souris... ça c'est un dessin ». Malgré le mécanisme mis en place pour éviter la situation du test « pour toi c'est quoi ? » le sujet finit par projeter une Kinesthésie animale (kan) « ça ressemble à un oiseau, l'oiseau vole ». Cette (Kan) traduit chez le sujet, une immaturité affective.

À la planche II, la négation apparaît de prime abord pour échapper à la stupeur associative « moi je ne connais pas ça ! ... ici alors c'est quoi ? ». L'aspect global sous une forme indéterminée Clair Obscur (Clob) vient signifier un vécu d'angoisse induit par la planche tout comme à la planche III. Le sujet perçoit par la suite une image destructrice à la planche IV « il ressemble même trop à un mauvais truc ! », « comme la chauve souris ! ». Le contenu latent de la planche se manifeste par la puissance, la force que le sujet attribue à l'animal « dangereux » qui est « moitié animal, moitié humain ». La perturbation émotionnelle du sujet se perçoit dans un contenu Clair Obscur (Clob). Les multiples retournements de la planche V et le temps de latence trop long indiquent un équivalent de choc suscité chez le sujet. Il finit par développer un mécanisme de défense pour fuir la situation par une question interrogative « je dis quoi ? ». Le contenu latent de la planche faisant référence à l'identité de soi, est partiellement représenté par le sujet dans un contenu animal « c'est un papillon ! ».

Les stratégies défensives sont privilégiées par le sujet à la planche VI « ça ressemble à quoi ?... vous avez déjà vu le genre de dessin ci ? Vous avez déjà vu ça où ? et pourquoi vous venez alors me montrer ça ?- vous vous avez déjà pris connaissance de ça ? ». À l'enquête le sujet laisse entrevoir un contenu artistique dans une forme indéterminée (G F+ Clob Art) manifestant ainsi son malaise émotionnel suscité par la planche. À la planche VII, le sujet présente un désir d'éviter le morcellement, ne présentant pas un contenu animal, il distingue l'absence des ailes « je ne vois plus rien ! Même les ailes ont disparu ! ». La disparition du petit détail animal laisse projeter un contenu nuageux, on assiste ici au passage d'une réponse Clair Obscur (Clob) à une réponse du type Extratensif pur (E pur), preuve de la fragilité globale de l'individu et d'un vécu d'angoisse. Il y a là, une référence itérative à un contenu flou, informe « nuage » signe d'une atteinte primaire.

Le sujet projette à la planche VIII, uniquement des contenus animaux « deux animaux » par une Kinesthésie animale (Kan) « ils grimpent ». Le sujet s'exprimant par le « je », « moi » laisse entrevoir une personnalisation à travers l'attribut des mouvements qu'il donne aux animaux dans une globalisation de bonne forme (G F+ A Kan). À la planche IX, le sujet projette ici quelque chose d'imprécis « les dessins qui n'ont pas de noms ». Le questionnement survient par la suite comme stratégie défensive pour manifester le désir du sujet à identifier les dessins « pourquoi vous n'avez pas mis les noms ? » on voit ici la recherche de l'identité à travers la verbalisation qui aboutit à quelque chose de vague « comme », « ce n'est pas pour la radio ? ». À la planche X, la verbalisation du sujet laisse entrevoir une dispersion visible par une globalisation de mauvaise forme de contenu botanique « c'est une fleur ». Malgré les stratégies défensives par l'interroga-

toire « je sais que je vais vous dire quoi ici ? », le sujet aboutit à une perception floue « je vois comme ci c'est une fleur ! » traduisant une difficulté à différencier les images. Le pôle sensoriel traduit par les qualités chromatiques de la planche est peu visible car, le sujet évite les couleurs, signe d'une perturbation. Le contenu « fleur » renvoie à une émotion profonde liée à son état d'humeur.

Cas Paul

- Analyse du discours issu de l'entretien

Le sujet Paul est âgé de 37 ans au moment de sa rencontre à la salle d'écoute de la Prison Centrale de Yaoundé où il est incarcéré pour outrage à la pudeur et viol sur mineur d'une fillette de 5 ans. À ce sujet, il semble reconnaître les motifs de son arrestation lorsqu'il précise que « on me reproche d'avoir violé une fillette de 5 ans, la mère de l'enfant est ma voisine ». Issu d'une famille monogamique, il occupe le troisième rang d'une fratrie de trois. Ayant suspendu ses études au cours moyen première année, il exerçait le métier d'électricien en bâtiment. Il est marié à deux femmes et père de 7 enfants.

Dans son discours, Paul précise qu'il s'est séparé de ses parents à l'âge de 10 ans pour des raisons qu'il évoque en ces termes « je suis parti à l'internat parce que je dérangeais beaucoup à la maison, c'est-à-dire, je ne dormais pas à la maison, je fréquentais beaucoup la vie du voyeurisme, ça veut dire que je sortais, je me mettais à jouer aux cartes, au ballon, mes amis m'emportaient, on partait partout, on partait même souvent voler dans les brousses. Le papa parlait, je ne comprenais pas, et il tapait sur moi ! ». Il a vécu un dysfonctionnement communicationnel au sein de sa famille, entre ses parents, il déclare à cet effet « l'ambiance était toujours les menaces, toujours les menaces, même jusqu'aujourd'hui où je suis responsable, je ne m'entends pas bien avec ma maman ni avec mon papa. Même jusqu'à présent ça ne va pas bien, ils sont toujours à couteau tiré (les parents), je ne sais pas comment je peux vous expliquer, ils ne s'entendent pas, même jusqu'à présent ». La relation de Paul et sa mère semble avoir été toujours conflictuelle en ce sens qu'il déclare que : « Pour la maman elle cherche toujours à me dominer, c'est pour ça que ça n'a jamais marché et ça ne marche pas ». Il déclare en outre avoir été victime des violences de la part de sa maman en ces termes « la maman alors c'était plus grave, elle mettait même le piment, quand elle me mettait le piment ça me chauffait, elle tapait avec les blessures et elle mettait encore le piment !, ça me chauffait, je pleurais toute la nuit ».

On note ici le vécu d'un trauma psychique et d'un trauma réel qui vient mettre l'accent sur la possibilité d'avoir été abusé sexuellement, bien que le sujet fasse montre d'une réticence certaine, il confie que : « Si j'ai vécu les abus sexuels dans l'enfance, c'est possible mais, je ne me rappelle pas comment ça s'est passé, parce que je n'avais pas encore un cerveau ouvert ! »

- Analyse quantitative et qualitative du Rorschach dans le cas Paul

La présentation des planches au test de Rorschach permet de noter les résultats du psychogramme à travers la productivité élevée (R=31) dans un temps total de 24 minutes. Le nombre de réponse varie d'une planche à l'autre et l'entrée dans le test

perturbe le sujet car le temps de latence initial (13 secondes) dépasse le temps de latence moyenne (10 secondes). On remarque aussi que ce temps de latence est encore plus élevé aux planches VII (14 secondes) et X (24 secondes). On peut s'interroger sur cette élévation surtout lorsque la planche VII renvoie au symbolisme féminin et maternel et que la planche X renvoie au poids des stimulations et sollicitations externes, surtout que dans sa dimension de contenant maternel, la planche X peut évoquer la planche VII (Rausch de Traubenberg, 1997). Tous les modes d'appréhensions ne sont pas représentés, mais les principaux modes de réponses Globales (G=54,83%) sont du type primaires configurales où les contours apparaissent et les réponses grand Détail (D=12,90%) sont représentées. Seul le mode d'appréhension à la planche II laisse apparaître une incohérence avec une globalisation secondaire confabulée où le G est déterminé par un détail (D FC FC' Art). Tous les G sont associés à l'aspect formel (F% = 61,29%), avec un F+ % élargie (70%) supérieur à un F % élargie (64,51%), ce qui traduit en fait l'effort d'adaptation au réel par des modes de réactions spontanés à la situation. Le pôle projectif est moins important avec une absence de kinesthésie humaine (K=0) et (Kp=2). Le pôle sensoriel est bien représenté avec la somme des couleurs (ΣC=7) d'où un Type de Résonance Intime (TRI) extratensif pur manifestant ainsi la charge affective que le sujet extériorise. La réponse Sang (Sg=5) traduit l'extériorisation de pulsion agressive et on dénote des contenus anatomie (anat=2) et Clair Obscur (Clob=5) traduisant ainsi l'émotion pénible.

L'analyse qualitative au test de Rorschach permet de comprendre que la Planche I de par sa valeur symbolique liée à la situation d'entrée dans l'épreuve, perturbe le sujet qui évoque le caractère « caricatural » du dessin. Ce qui marque son malaise et la projection de l'anxiété. Après plusieurs retournements et les mécanismes de défense mis en place pour éviter une projection par le déni « je n'ai aucune idée », le sujet semble très perturbé et évoque l'idée du dessin « je vois que c'est un dessin ». Par la suite, il fait allusion au caractère caricatural tout en adoptant une attitude de crainte de projection. L'inhibition est marquée ici par le fait que la kinesthésie ne peut être exprimée. La perception des globalisations laisse transparaître un contenu artistique Clair Obscur (Art Clob) marquant ainsi une émotion pénible du sujet. A l'enquête, le sujet semble se figer, par un mécanisme d'annulation à quelque chose de plus simple « je vois un trait ».

La Planche II permet au sujet de voir une sortie plus ou moins complète de sa perturbation émotionnelle. Le pôle sensoriel est ici marqué par la perception des couleurs, même si ce n'est pas le reflet de la planche « moi je vois comme si c'est l'encre noir et l'encre rouge ». « C'est à peu près comme le sexe, je comprends déjà de quoi il s'agit, c'est à peu près comme le sexe ». Le caractère bisexué de cette planche déclenche de ce fait la problématique du sujet avec l'expression de la pulsion sexuelle sollicitée par la couleur rouge.

Malgré la tentative de refoulement de la planche III « celle là est un peu compliquée », le sujet laisse entrevoir des perceptions corporelles, la configuration bilatérale des corps « c'est comme si c'est deux personnes ». L'engramme humain est marqué par un fragment de forme humaine vue en mouvement « tendant les pieds et les bras ». Malgré le contrôle, l'évocation anxieuse de la planche I refait surface « il y'a toujours le trait du premier papier là ! »,

avec l'émergence de la pulsion agressive « les trucs rouges qui sont à côté là ! Ça n'a pas de sens ! », et l'émotion pénible traduit par le caractère Clair Obscur (Clob) de l'objet perçu « c'est comme si il y a quelque chose à terre, c'est ça au milieu là comme si c'est une assiette ou c'est quoi ? ». Il y a là les signes d'une atteinte primaire dans la construction de l'identité du sujet car le sujet à une difficulté à différencier l'image précise par la réponse globale vague et impressionniste, floue. L'absence de Kinesthésie (K) chez le sujet indique la recherche anxieuse de contacts humains et la difficulté de relation.

Malgré la première réaction de fuite à la planche IV « je n'ai aucune idée ! Vous-même vous voyez non ! », et bien que insensible au contenu latent de la planche, il ne fait pas référence à la symbolique phallique mais laisse plutôt entrevoir une pulsion agressive liée à la stupeur totale devant le rouge. La réponse « sang » témoignant ainsi de la projection crue de la pulsion agressive. Le contenu latent de la planche V dont la représentation renvoie au concept de soi n'est pas perçu par le sujet ce qui suppose la désorganisation de soi et une incapacité du sujet à aborder l'évidente réalité. La pulsion agressive est toujours manifestée par la réponse « sang » que le sujet projette « c'est toujours un même truc comme ça ! donc un cliché qu'on a tiré non !... on a versé... le sang sur ça ». L'aspect Clair Obscur (Clob) qui apparaît marque encore l'émotion pénible du sujet face à la planche et la difficulté à différencier l'image précise.

La présentation de la planche VI vient créer un bouleversement qui aboutit à une hésitation « ça doit être le sang, pas que bon... l'encre... si c'était l'encre, ça devait être très structuré ! », l'obligeant par la suite à se prononcer sur le contenu de la planche « ça doit être le sang quoi ! que ce n'est pas l'encre ! ». Le caractère Clair Obscur (Clob) souligné par le sujet ici renvoie tout comme à la planche V à l'émotion pénible et à une atteinte primaire par les réponses globales impressionnistes. À la planche VII, le sujet réagit par un évitement de la réponse « moi j'ai dit que c'est à la fin là... je... vous allez bien m'expliquer hein... je suis déjà perdu ! Je ne comprends plus... rien ! ». L'esprit caricatural de la planche perçue par le sujet témoigne de son malaise et de la projection de son anxiété comme à la planche I. L'implication symbolique de la planche n'est pas perçue par le sujet surtout lorsqu'on sait que cette planche renvoie à la symbolique maternelle. On peut donc comprendre le type de relation primitive du sujet vis à vis de sa mère et s'interroger sur la fonction maternelle non représentée ici par le sujet.

La saisie globale de la planche VIII par le sujet laisse entrevoir les couleurs. Cette perception chromatique renvoie le sujet à une nouvelle indécision quant au contenu de la planche « les deux trucs d'à côté là... je ne sais pas comment je peux qualifier ça ! ». La perturbation émotionnelle est très visible et le sujet semble interioriser un vécu affectif pénible « je me pose des questions ! ma tête même n'est même plus tranquille hein !... ça me fait déjà beaucoup réfléchir ! ». La caractéristique formelle indéterminée du sujet renvoie à une incertitude et un état d'anxiété du sujet. À la Planche IX, la stratégie de fuite est encore observée « Ma tête me fait déjà mal ! » et le sujet se laisse submerger par la qualité chromatique de la planche. L'indétermination formelle (F±), traduit l'état d'anxiété du sujet comme à la planche VIII. La perturbation est manifeste ici par les verbalisations du type

« je ne comprends rien! je suis perdu ! ». Un effort de contrôle à la Planche X se perçoit chez le sujet, qui ne laisse pas submerger en lui les qualités chromatiques de la planche. Il y a là des signes de fragilités des frontières dedans/dehors avec une angoisse de morcellement corporel. L'aspect symbolique latent de la planche renvoyant à des images morbides de parties du corps « déchirures », « sexe » est projeté par le sujet qui éprouve en fait un vécu culpabilisant. La reviviscence de son acte crée une perturbation et un énervement « quand je regarde plutôt ça, ça attire plutôt mon attention dans... le problème qui m'amène en prison ! je ne comprends rien ! C'est la sorcellerie ! ».

b- Interprétation

Il ressort des résultats de l'entretien semi-directif que René a vécu une séparation parentale associée à une violence physique, Paul n'a pas connu de séparation parentale mais a connu un dysfonctionnement communicationnel parent-enfant. Ainsi, les signes cliniques du traumatisme initial vécus dans l'enfance s'observent dans les discours des sujets à travers la carence affective vécu dans l'enfance, le dysfonctionnement relationnel mère-enfant et la violence physique subie.

Il ressort de l'analyse du psychogramme du test de Rorschach administré aux sujets, que la productivité varie en fonction des sujets. Paul totalise le plus grand score de productivité (R= 31) comparativement à René (R=27). On remarque que Paul et René manifestent un temps de latence élevé aux planches VII et X. On peut comprendre ici que les sujets éprouvent des équivalents de choc aux planches renvoyant au symbolisme féminin et maternel comme la planche VII et aussi lorsque la planche rappelle les sollicitations externes, la détérioration du corps, la problématique de l'unification de leur image corporelle (planche X). Le type de résonance intime (TRI) des sujets est catégorisé en : Extratensif pur (Paul), ce qui traduit la charge affective extériorisée. Coarté pur (René) traduisant une certaine vulnérabilité psychologique et une rigidité dans les mécanismes de défenses observés chez ce dernier, d'où l'inhibition caractérisée par la non-expressivité à la fois du pôle projectif et du pôle sensoriel, et ce, dans un contexte dominé par les défenses.

En rapport aux TRI, nous remarquons que chez les sujets (Paul et René), le pôle projectif n'est pas présent, car on observe une absence de Kinesthésie humaine (K) indiquant la recherche anxieuse de contacts humains et la difficulté de relation. Comme le précise Rausch de Trautenberg (1997), la K est la projetée et le C est le vécu, le pôle sensoriel opérationnalisé par la somme des couleurs (ΣC) n'est pas présent chez René, cela démontre une expérience « inaffective », un vécu moins chaleureux dans les relations primaires, caractérisé par l'instabilité affective. En outre, on note les réponses Clob observées chez les sujets traduisant ainsi l'émotion pénible et la difficulté à différencier les images précises. Telles sont les signes d'une atteinte primaire dans la construction de l'identité de nos sujets, car on remarque une difficulté à différencier les images précises par les réponses globales vagues et impressionnistes, floues. Exemple du cas Paul à la planche III « c'est comme si il y a quelque chose à terre, c'est ça au milieu là comme si c'est une assiette ou c'est quoi ? ». Cas René à la planche VII « je ne vois plus rien! Même les ailes ont disparu ! ».

Les verbalisations du sujet Paul ont en outre permis d'émettre l'hypothèse d'une fragilité des frontières dedans/dehors perçue avec une angoisse de morcellement corporel surtout à la planche X, car l'aspect symbolique latent de la planche renvoyant à des images morbides de parties du corps « déchirures », « sexe », « os » signe de morcellement, de détérioration du corps, est projeté par ces sujets, manifestant ainsi une perturbation unitaire du Moi corporel. Les stratégies défensives face aux angoisses ressenties par les sujets sont bien visibles chez les sujets par de multiples retournements, les négations, les interrogations, le refoulement, le déni. L'analyse qualitative au Rorschach a ressorti aussi les signes d'une recherche symbiotique avec l'image maternelle, correspondant à un sentiment d'être indifférencié englobé dans l'espace maternel, position traumatisante des sujets.

L'interprétation des données issues de l'entretien semi-directif et des réponses au test de Rorschach, permet de mentionner que les sujets ont connu une enfance marquée par une pauvreté de contacts humains, comme le démontre le test du Rorschach, une absence de chaleur, une communication interpersonnelle insuffisante, sans oublier un dysfonctionnement relationnel parent-enfant comme le précise les entretiens. La problématique de la qualité de la relation que les sujets entretiennent précisément avec leur mère est nettement soulignée autant par les résultats de l'entretien que par les résultats du test de Rorschach. Ceci confirme le postulat de base des tenants des approches psychanalytique et psychopathologique quant aux sources du passage à l'acte sexuel déviant des adultes sur les enfants (Baliet, 1996 ; Ciavaldini, 2012, 2001).

Les résultats de l'entretien ont évoqué les dysfonctionnements relationnels mère-enfant dans l'enfance, émanant soit du poids des séparations parentales, soit des négligences maternelles, soit encore des dysfonctionnements communicationnels. Résultats que confirme le test de Rorschach lorsque les verbalisations laissent entrevoir des signes d'atteintes primaires dans la construction de l'identité, la difficulté des sujets à se différencier du support maternel, les signes de fragilité des frontières corporelles, les signes d'une recherche symbiotique avec l'image maternelle et les chocs émotionnels, observés par les temps de latence long et les multiples retournements aux planches évoquant la symbolique féminine, maternelle (planche VII, planche X).

Perspectives

La compréhension du phénomène du passage à l'acte sexuel déviant des adultes sur les enfants, partant d'une approche rétrospective, permet de retracer le vécu lié à l'enfance des sujets. Au terme de l'interprétation, il ressort clairement que le vécu antérieur mis en exergue par l'approche rétrospective à travers l'enfance des sujets, est parsemé de divers troubles relationnels, allant des dysfonctionnements relationnels mère-enfant, en passant par le poids des séparations parentales, des négligences maternelles, ou encore des dysfonctionnements communicationnels parent-enfant. Ceci nous amène à soutenir que les antécédents diffèrent d'un sujet à l'autre, mais conservent néanmoins une même base qui est la problématique de la relation parentale vis-à-vis de l'enfant futur délinquant sexuel.

Il revient donc ici de s'interroger sur l'incidence des failles de l'image parentale aux prises avec les conduites sexuelles déviantes observées chez certains adultes. Autrement dit, comment se structure psychiquement la représentation parentale du point de vue de l'inconscient et du conscient dans le vécu antérieur du sujet ? Et quel est le rôle joué par la qualité de ces représentations dans ce contexte culturel chez le sujet devenu agresseur sexuel d'enfant ? Telles sont quelques questions qui méritent un éclairage certain afin d'investiguer davantage sur le comportement du passage à l'acte sexuel déviant des adultes camerounais sur les enfants.

Conclusion

De ce qui ressort des données issues de l'entretien semi-directif et des réponses au test de Rorschach, les sujets de l'étude ont connu une enfance marquée par une pauvreté de contacts humains, comme le démontre le test du Rorschach, une absence de chaleur, une communication interpersonnelle insuffisante, sans oublier un dysfonctionnement relationnel parent-enfant comme le précisent les entretiens.

Scène de rue dans le quartier des étudiants à Yaoundé.
Photo Psy Cause, février 2013.



Bibliographie

- Agossou, T. (2000). *Regard d'Afrique sur la maltraitance*. Paris, Karthala.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^{ème} ed., texte révisé). Washington, DC, Auteur.
- Aubur, J. et coll. (1993). *Les Agresseurs Sexuels : Théorie, évaluation, traitement*. Paris, Chenelière.
- Badgley, C., Wood, M., Young, L. (1994). « Victim to abuser: Mental health and behavioural sequelae of child sexual abuse in a community survey of young adult males ». *Child Abuse and Neglect*, 18, 683-697.
- Balier, C. (1996). *Psychanalyse des comportements sexuels violents*, Paris, PUF.
- Balier, C. (1998). « De la délinquance sexuelle à la psychopathologie ». *L'Information Psychiatrique*, 74, 5, 451-454.
- CASPCAN (2003). *Rapport d'activités de 2001 à 2003*. Auteur.
- Chagnon, J. (2005). « Aux marges de la psychiatrie : la perversité sexuelle ». *Bulletin de Psychologie*, 58, 6 : 653-670.
- Ciavaldini, A. (2001). *Psychopathologie des agresseurs sexuels*. Paris, Masson, coll. Médecine et psychothérapie.
- Ciavaldini, A. (2007). « Le travail psychanalytique avec le sujet auteur de violence sexuelle ». *L'information psychiatrique*, 1, 13-21.
- Ciavaldini, A. (2012). *Prise en charge des délinquants sexuels*. Bruxelles, Yakapa.be
- Cicchetti, D., Tooh, S. (1995). « A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect ». *J.A.M. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 5: 541-565.
- ECOVOX (2013). *Violences sexuelles sur les enfants, la cote d'alerte*.
- N° 50, Juillet- Décembre 2013
- Eiguer, A. (2003). *Le pervers narcissique et son complice*. Paris, Dunod
- Etherington, K. (1995). Adult male survivors of childhood sexual abuse. *Counseling Psychology Quarterly*, 8, 3, 223-241.
- Fernandez, L., Catteuuv, M. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris, Nathan.
- Gérin, Y. (2002). « La revendication collective de dénonciation des abus sexuels sur enfants : un symptôme du malaise dans la civilisation ? ». *Bulletin de Psychologie*, 55, 5 : 449-45
- Godfryd, M. (1994). *Vocabulaire psychologique et psychiatrique*. Paris, PUF.
- Kenmogne, J.-B. (2013). « Le devoir de vigilance » in ECOVOX (2013). *Violences sexuelles sur les enfants, la cote d'alerte*. N° 50, Juillet- Décembre 2013
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la Psychanalyse*. Paris, PUF.
- Lopez, G. (1997). *Les violences sexuelles sur les enfants*. Paris, PUF.
- Malinowsky, R., Hansen, D. (1993). « Long-term consequences of childhood physical abuses ». *Psychological Bulletin*, 114, 168-179.
- Mbassa, M. (1997). « La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'ombrologie d'un double paradoxe : l'exemple du Cameroun » 77-95 in Agossou, T. (2000). *Regard d'Afrique sur la maltraitance*. Paris : Karthala.
- Mbassa Menick D. (2000). « Judiciarisation des offenses à caractère sexuel sur mineurs au Cameroun ». *Médecine Tropicale*, 60
- Mbassa Menick, D. (2002). « Abus sexuels en milieu scolaire au Cameroun : résultats d'une recherche-action à Yaoundé ». *Médecine Tropicale*. 62 : 58-62
- Milcent, M. (1999). « Quand les garçons abusés sexuellement deviennent des pères incestueux : Connaissances et controverses ». *Handicap, Revue de Sciences Humaines et Sociales. Numéro spécial « sexualité et institutions »*, 83, 45-61.
- Moulier, V., Stoléru, S. (2007). « À la recherche des bases cérébrales de la pédophilie ». *Sexologies* 16, 132-137.
- Prison Centrale de Yaoundé. (2014). « Rapport sur le nombre des détenus pour délits et outrage à la pudeur et viol sur mineur » de 2008 à 2014. Auteur.
- Rausch de Traubenberg, N. (1997). *La pratique du Rorschach*. Paris, PUF.
- RENATA/GTZ/MINSANTE. (2009). *Viol et inceste au Cameroun*. Auteur.
- Rouyer, M. (2011). *Psychopathologie de l'enfant maltraité et de sa famille*. *Médecine pédiatrie*, 14, 24-30.
- St-Yves, M., Pellerin, B. (1998). *Victimisation sexuelle et scénario délictuel chez les délinquants sexuels*. Montréal, Centre Régional de Réception, Service Correctionnel du Canada.
- UNICEF (2007). *La situation des enfants dans le monde : Femmes et enfants le double dividende de l'égalité des sexes*. Auteur.



Damega Wenkourama

Vitamine C et troubles cognitifs dans un contexte d'imprégnation éthylique

Auteur : Damega Wenkourama¹, Chloé Meslin², Alexandre Baguet³

Résumé :

• **Introduction :** la consommation aiguë ou chronique d'alcool est un problème de santé publique. En dehors des complications organiques, socio-économiques et les accidents de la voie publique, l'alcool représente la première cause d'atteintes cognitives chez les sujets de moins de 60 ans. A cet effet, de nombreux mécanismes plus ou moins élucidés dont les carences vitaminiques expliquent la survenue de ces troubles cognitifs.

• **Objectif :** le but de l'étude était de montrer la coexistence des troubles cognitifs et la carence en vitamine C chez les usagers d'alcool.

• **Matériel et méthodes :** le service d'addictologie du CHRU Bois-Guillaume a servi de cadre d'étude. Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les patients hospitalisés du 1er octobre 2013 au 31 mars 2014 pour sevrage alcoolique et qui ont bénéficié de tests neuropsychologiques et du dosage en vitamine C.

• **Résultats :** dix-sept patients ont été recrutés, représentant 11,72 % des hospitalisés. L'âge moyen était de $48,53 \pm 9,26$ ans et le sex-ratio de 7,5. La durée moyenne de consommation d'alcool a été de 20 ans et la consommation déclarée d'alcool (CDA) moyenne de 207 g/j. Le tabac, le cannabis et les opiacés ont été associés à la consommation d'alcool dans respectivement 94,12 %, 35,29 % et 23,53 %. Près de la moitié des patients ont une comorbidité psychiatrique. Pour le dosage en vitamine C, 88 % des patients ont eu un taux bas dont 29 % un taux de scorbut.

• **Discussion :** il ressort des différentes études que, outre les effets propres de l'alcool, de nombreux facteurs spécifiques et non-spécifiques affectent les performances des patients alcooliques chroniques. L'hypovitaminose C est souvent associée chez les usagers d'alcool et du tabac et serait impliquée dans la survenue des troubles cognitifs chez ces patients. Bien que la relation entre l'utilisation supplémentaire de vitamine C et le risque de troubles cognitifs chez les usagers d'alcool reste peu claire, notre étude et celles d'autres auteurs suggèrent un effet protecteur d'utilisation de suppléments vitaminiques C par rapport aux déficits cognitifs. Par ailleurs les apports alimentaires (fruits, légumes) en vitamine C seraient plus efficaces que l'utilisation de la vitamine C médicamenteuse.

Mots clés : Alcool, Troubles cognitifs, Vitamine C.

Summary :

• **Introduction :** acute or chronic consumption of alcohol is a public health problem. Apart of the organic and socioeconomic complications and road traffic accidents, alcohol represents the first cause of cognitive impairment in subjects less than 60 years old. More or less elucidated mechanisms including vitamin deficiencies account for the occurrence of these cognitive disorders.

• **Objective :** the goal of the study was to show the coexistence of cognitive disorders and vitamin C deficiency in alcohol users.

• **Materials and methods :** the department of addiction of the CHRU Bois-Guillaume served as study site. This is a descriptive cross-sectional study of patients hospitalized from October 1st, 2013 and March 31st, 2014 for alcohol withdrawal and who benefited from neuropsychologic tests and from the dosage of vitamin C.

• **Results :** seventeen patients were recruited, representing 11,72 % of the hospitalized patients. The average age was 48.53 ± 9.26 years old and the sex ratio of 7/5. The average duration of alcohol consumption was 20 years and the average reported consumption of alcohol was 207 g/day. Tobacco, cannabis and the opiates were associated to the alcohol consumption in respectively 94.12 %, 35.29 % and 23.53 %. Nearly half of the patients have a psychiatric comorbidity. For the dosage of vitamin C, 88 % of the patients had low levels among which 29 % had scurvy.

• **Discussion :** various research studies have shown that, besides the specific effects of alcohol, a number of specific and non-specific factors affect the performances of the chronic alcoholic patients. Hypovitaminosis C is often associated with alcohol users and tobacco and could be involved in the occurrence of cognitive disorders in these patients. Although the relationship between the additional use of vitamin C and the risk of cognitive disorders in alcohol users remains unclear, our study and those of other authors suggest a protective effect of the use of vitamin C supplements with regard to cognitive deficits. Besides the dietary intake (fruits, vegetables) of vitamin C would be more effective than the use of the vitamin C drug.

Keywords : Alcohol, Cognitive disorders, Vitamin C.

Damega Wenkourama
219 Avenue Pasteur, 76200 Dieppe. E-mail : wenkourama@yahoo.fr ; Cél : 0033 6 99 80 44 51

1 Médecin Psychiatre Addictologue, Faisant Fonction d'Interne au Centre Hospitalier Général de Dieppe, Université de Rouen.

2 Neuropsychologue au Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Service d'Addictologie Toxicologie de l'Hôpital de Bois-Guillaume.

3 Médecin Psychiatre Addictologue, Chef de Service, Centre Hospitalier Universitaire de Rouen, Service d'alcoologie Toxicologie de l'Hôpital de Bois-Guillaume

Introduction

La consommation d'alcool, aiguë ou chronique, interfère avec le fonctionnement cérébral. En dehors des états confusionnels liés aux intoxications aiguës ou au sevrage, l'intoxication éthylique chronique est responsable de nombreux syndromes neuropsychiatriques : déficits cognitifs d'intensité variable pouvant réaliser un tableau démentiel, encéphalopathie de Wernicke, syndrome de Korsakoff, maladie de Marchiafava-Bignami et atrophie cérébelleuse. Les études épidémiologiques mettent clairement en évidence une relation entre l'intoxication éthylique et la démence, mais également avec la survenue de déficits cognitifs non démentiels [1]. Plusieurs mécanismes plus ou moins élucidés expliquent la survenue de troubles cognitifs chez les patients éthyliques. Il peut s'agir de mécanismes directs liés à l'intoxication éthylique ou de mécanismes indirects à l'alcool comme les démences traumatiques ou vasculaires, et les démences secondaires aux carences vitaminiques. À ce jour, les vitamines souvent impliquées dans les troubles cognitifs secondaires aux carences vitaminiques sont les Vitamines B1, B6 et B3 ou PP et folates. La constatation de trois cas de scorbut associés à des troubles cognitifs dans l'unité d'hospitalisation d'addictologie du C.H.R.U. de Bois-Guillaume nous a amené à nous poser cette question : l'hypovitaminose C serait-elle impliquée dans la survenue de troubles cognitifs chez les usagers d'alcool ? D'où le thème de notre étude : vitamine C et troubles cognitifs dans un contexte d'imprégnation alcoolique.

Le but de notre étude était de montrer la coexistence des troubles cognitifs et de la carence en vitamine C chez les usagers d'alcool en hospitalisation.

Cadre et méthode d'étude

Le service d'addictologie du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Bois-Guillaume a servi de cadre pour notre étude. Il s'agit d'une étude transversale descriptive portant sur les patients hospitalisés dans l'unité Poussin pour un sevrage à l'alcool chez qui nous notons des troubles cognitifs. La période d'étude a été du 1^{er} octobre 2013 au 31 mars 2014 soit une durée de six mois. Ont été inclus à notre étude, les patients hospitalisés pour un sevrage à l'alcool chez qui nous objectivons des troubles cognitifs quels que soient l'âge, la durée de consommation, la prise d'autres substances psycho-actives.

Durant la période d'étude, les patients ont été vus à deux reprises : une fois pour les tests neuropsychologiques, une deuxième pour le dosage de la vitamine C. Nous avons utilisé les dossiers médicaux pour l'exploitation des données démographiques et addictologiques. Le bilan cognitif a été réalisé par une neuropsychologue à base des tests : W.A.I.S.-IV, D.O. 80, M.M.S.E., Mo.C.A., RL-R16, B.R.E.F. et Q.P.C. en fonction de l'âge, de l'anamnèse, la plainte du patient, et la demande médicale. L'analyse statistique des données a été faite à l'aide du logiciel Excel 2013.

Résultats

Au cours de notre période d'étude soit six mois, 145 patients ont été hospitalisés et 17 (11,72%) patients ont été testés et dosés en vitamine C. La sex-ratio (homme/femme) a été de 7,5.

L'âge moyen des patients a été de 48,53 (\pm 9,26) ans avec des extrêmes allant de 30 à 69 ans.

Au niveau toxicologique, la durée moyenne de consommation d'alcool a été de 19,76 ans avec des extrêmes allant de 4 à 34 ans. La moyenne de la consommation déclarée en alcool (C.D.A.) a été de 207 g / j avec des extrêmes allant de 35 à 500 g / j. La consommation du tabac a été retrouvée chez 16 (94,12 %) des 17 patients. Quatre patients étaient sous Traitement Substitutif aux Opiacés (T.S.O.) pour sevrage à l'héroïne avec une co-addiction au cannabis. Deux autres patients avaient une co-addiction au cannabis sans héroïne.

La recherche des comorbidités psychiatriques a retrouvé 10 patients (58,82 %) sans antécédents ni de suivi psychiatrique. Quatre patients sont suivis pour un épisode dépressif majeur (E.D.M.), 2 patients ont un antécédent d'E.D.M. et un patient est suivi pour schizophrénie. Notons que près de la moitié des patients ont une comorbidité psychiatrique.

Tous les patients ont présenté des troubles cognitifs à des degrés variés. Les troubles cognitifs principalement retrouvés sont : les troubles de l'attention, les troubles mnésiques et exécutifs. Les normes du laboratoire qui a servi pour le dosage de la vitamine C ont été de 26,1 à 84,6 μ mol/l. Les patients ont été repartis en taux normal de vitamine C, hypovitaminose C (3 à 26,1 μ mol/l) et taux inférieur à 3 μ mol/l (taux de scorbut). Nous avons obtenu 88% de patients avec un taux inférieur aux normes dont 29% avec un taux de scorbut.

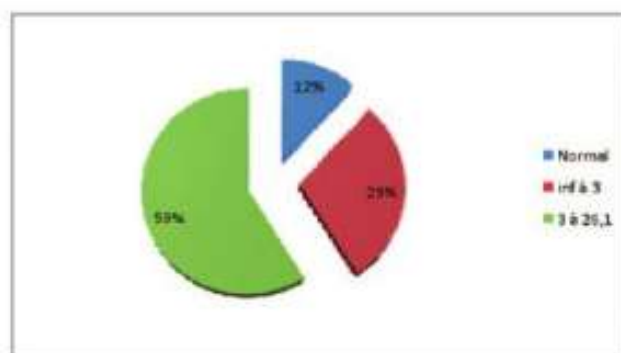


Figure : Répartition des patients selon l'ascorbémie

Discussion

Sur le plan démographique, l'âge moyen de nos patients a été de 49 ans et plus de 88 % des patients sont âgés de moins de 60 ans avec une prédominance masculine. Ces résultats sont compatibles avec les données de la littérature [2, 3]. Nous observons une prédominance masculine comme dans la majorité des études. En effet l'alcool est la première cause des troubles cognitifs chez les sujets de moins de 60 ans. En revanche Henni A. et al ont trouvé une prédominance féminine non significative de la consommation d'alcool chez les personnes âgées $84,8 \pm 5,4$ ans [4]. Cette différence est liée à la vulnérabilité des personnes âgées par le vieillissement, les maladies chroniques, la dépression, la solitude. L'espérance de vie étant plus grande chez les femmes que chez les hommes.

La durée moyenne (19,76 ans) de consommation et la C.D.A. (207 g / j) sont des données compatibles avec un alcoolisme chronique et le risque de survenue des troubles cognitifs [5, 6]. En revanche, concernant l'hypovitaminose C, nous manquons de données pour savoir à quel moment survient-elle chez les usagers d'alcool. Une chose certaine, cette hypovitaminose C est multifactorielle : malnutrition, élimination de la vitamine dans les urines par effet diurétique par l'alcool [7]. Nous pouvons déduire de ces données que plus la CDA est importante et la durée d'intoxication est élevée, plus le risque d'hypovitaminose C est élevé.

Les poly-consommations de substances psycho-actives sont fréquentes chez les usagers d'alcool en particulier le tabac et le cannabis [6]. Cette prédominance du tabac s'explique par la tolérance croisée entre le tabac et l'alcool d'une part, le renforcement de la nicotine par l'alcool et le renforcement de l'alcool par le tabac d'autre part. Les comorbidités psychiatriques souvent retrouvées chez les usagers d'alcool ont une très grande responsabilité dans ces poly-consommations. La co-addiction alcool et tabac augmente considérablement la carence en vitamine C. Etant donnée la forte corrélation entre alcoolisme et tabagisme, un apport alimentaire en vitamine C (fruits, légumes ++) chez les patients usagers d'alcool réduirait non seulement la survenue de troubles cognitifs, mais aussi le risque de cancer.

Près de la moitié (41,18 %) de nos patients ont une comorbidité psychiatrique avec une nette prédominance des états dépressifs (35,29 %). Ces résultats corroborent les données de la littérature [8]. Trois types de relations expliquent cette cooccurrence entre les conduites addictives et les pathologies psychiatriques. Les pathologies psychiatriques constituent des facteurs de vulnérabilité des addictions (alcoolisme secondaire) ; ou ils sont la conséquence des conduites addictives (alcoolisme primaire) ; ou encore une cooccurrence fortuite. Cette dernière relation est plus théorique [8]. Nous savons qu'il existe d'importants troubles cognitifs chez les patients présentant des troubles psychiatriques ainsi que chez les usagers d'alcool qu'il s'agisse de dépression ou de schizophrénie. Comment faire la part entre l'usage d'alcool et les troubles psychiatriques dans la survenue des troubles cognitifs chez nos patients ? Nous nous référons aux données de la littérature. Shan C. et al ont mis en évidence une majoration des troubles cognitifs chez les patients présentant un double diagnostic de trouble bipolaire et d'alcoolodépendance [9, 10]. Ils ont montré des troubles de la mémoire épisodique visuelle et verbale, des fonctions attentionnelles et des fonctions exécutives. Chang YH. et al ont confirmé également les troubles plus importants chez les patients présentant une comorbidité alcool et bipolarité de type II [10,11]. Les études évaluant les troubles cognitifs chez les patients présentant à la fois une schizophrénie et un abus ou une dépendance à l'alcool ont mis en évidence des troubles cognitifs plus importants dans ces doubles diagnostics [10]. Nous pouvons tirer de ces études et de nos résultats que l'usage et le mésusage d'alcool aggravent les troubles cognitifs chez les patients ayant une comorbidité psychiatrique augmentant ainsi le risque de rechute, le nombre des hospitalisations et la moindre compliance au traitement.

Des patients hospitalisés pour sevrage à l'alcool et présentant des troubles cognitifs variés et dosés en vitamine C, 88 % ont

eu un taux bas en vitamine C dont 29 % de patients présentant un taux de scorbut. Ces résultats sont compatibles avec les données de la littérature du fait de la co-addiction tabac-alcool chez la presque totalité de nos patients. En effet la consommation d'alcool et du tabac diminue considérablement la vitamine C chez l'homme.

La question principale que nous nous étions posée était de savoir si le manque de vitamine C était impliqué dans la survenue des troubles cognitifs chez les usagers d'alcool ? Ou à l'inverse, l'apport de vitamine C chez les usagers d'alcool diminuerait le risque de survenue des troubles cognitifs ? Manquant de données sur cette implication de la vitamine C, nous pouvons utiliser le rôle physiologique de la vitamine C et les résultats de notre étude pour comprendre cette interaction. De part son rôle anti-oxydatif, la vitamine C protège le cerveau de la toxicité des radicaux libres provenant de l'intoxication alcoolique et tabagique. Billouez-Aragnon I. et al [12] affirment dans leur étude que de nombreuses études épidémiologiques réalisées durant les 20 dernières années permettent de conclure à un réel effet préventif de certaines vitamines et minéraux sur les maladies dégénératives, dont le poids social et économique s'alourdit avec le vieillissement de la population. Ils mettent l'accent sur la vitamine C. Les diverses fonctions sur lesquelles la vitamine C intervient et qu'elle peut donc contribuer à optimiser sont les suivantes : protection ou activation de l'immunité, protection des fonctions cognitives, effet antimutagène (nitrosamines, pesticides...), rôle antioxydant (cristallin, lipoprotéines...), activation de l'absorption du fer. Colleen J. et al au Canada, ont abouti à la même conclusion dans leur étude portant sur l'utilisation supplémentaire de vitamines anti-oxydantes et le risque ultérieur de déficits cognitifs et démence [13, 14, 15].

L'existence de troubles cognitifs associés à l'usage de substances psychoactives est un fait incontestable. Leur description serait chose faite depuis longtemps s'il n'apparaissait des résultats contradictoires dus à l'émergence dans le temps, et avec la multiplication des études, de ce qu'on appelle des facteurs de confusion voire des covariables. Car que ce soit avec l'alcool, le cannabis ou tout autre substance psycho-active, il est parfaitement avéré actuellement qu'il ne s'agit pas d'une relation de causalité linéaire entre usage de substances et troubles cognitifs, et que la détermination de ces troubles est multifactorielle, la consommation de la substance à elle seule n'ayant qu'un effet limité. On comprend donc que le substratum physiopathologique soit imparfaitement élucidé [16]. De multiples facteurs interviennent dans la survenue de déficits cognitifs chez les usagers d'alcool dont les carences vitaminiques anti-oxydantes en dehors des vitamines B1, B6, PP classiquement connues.

Conclusion

L'alcool est, avec le tabac, la substance psychoactive la plus consommée en France et reste, du fait de ses multiples complications, un problème de santé publique [16]. La consommation d'alcool, aiguë ou chronique, représente la première cause d'atteinte cognitive avant 60 ans. L'origine des déficits cognitifs liés à l'abus chronique d'alcool reste actuellement difficile à déterminer. Il ressort des différentes études que, outre les effets propres de l'alcool, de nombreux facteurs spécifiques et non-

spécifiques affectent les performances des patients alcooliques chroniques. L'hypovitaminose C est souvent associée chez les usagers d'alcool et du tabac et serait impliquée dans la survenue des troubles cognitifs chez ces patients. Bien que la relation entre l'utilisation supplémentaire de vitamine C et le risque de troubles cognitifs chez les usagers d'alcool reste peu claire, notre étude et celles d'autres auteurs suggèrent un effet protecteur d'utilisation de suppléments vitaminiques C par rapport aux déficits cognitifs.

Par ailleurs les apports alimentaires (fruits, légumes) en vitamine C seraient plus efficaces que l'utilisation de la vitamine C médicamenteuse. Cette efficacité est liée à l'action concomitante des autres antioxydants (Vitamine E, beta carotènes) contenus dans les aliments. La prise en charge de nos patients alcoolodépendants doit tenir compte de cet effet protecteur de la vitamine C et la forte coexistence hypovitaminose C et alcoolisme en attendant les données d'essais clinique randomisés à grande échelle.



Bar dans le Rouen ancien. Carte postale.

Références

- [1] Pierucci-Lagha A, Derouesné C. Alcool et vieillissement. *Psychologie et Neuropsychiatrie du vieillissement* 2003 ; 1 (4) : 237-49.
- [2] Menecier P, Affi A, Menecier-Ossia L, et al. Alcool et démences : des relations complexes. *La revue de gériatrie* 2006 volume 31 N°1 : 11-8.
- [3] Beck F, Richard JB. Épidémiologie de l'alcoolisation. *EMC - Endocrinologie Nutrition* 2012;0(0):1-9.
- [4] Henni A, Bideau C, Routon X, et al. Prévalence et enjeux du dépistage de la consommation d'alcool chez les personnes âgées hospitalisées en court séjour gériatrique. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013; 11(1) : 33-41.
- [5] Linaud F, Lespinet V, N'laoua B, et al. Approche multifactorielle des déficits amnésiques liés à l'abus chronique d'alcool. *Revue de neurologie* 1999 ; vol. 9, n°1 : 61-82.
- [6] Paille F. Alcool ? épidémiologie, étiologie, clinique. In *Lejoyeux M. Addictologie*. Elsevier Masson 2009 : 71-97.
- [7] Shugale A, Degtiar VV, Burvin IN, et al. Effect of alcohol intoxication on ascorbic and dehydroascorbic acid levels in rat tissue. And human blood. *Proc Soc Exp Biol Med*. 1984 ; 177 (2) : 262-71.
- [8] Reynaud M. Introduction. In *Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux : de la compréhension à la prise en charge du diagnostic*. Elsevier Masson 2013 : 1-5.
- [9] Shan C, Lee SY, Chang YH, et al. Neuropsychological functions in Han Chinese patients in Taiwan with bipolar II disorder comorbid and not comorbid with alcohol abuse/alcohol dependence disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2001 ; 35 : 131-6.
- [10] Bordas N. Impacts neuropsychologiques. In *Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge du double diagnostic*. Elsevier Masson 2013 : 27-33.
- [11] Chang YH, Chen SL, Lee SY, et al. Neuropsychological functions in bipolar disorders I and II with and without comorbid alcohol dependence. *Prog Neuropsychopharmacol Biol psychiatry* 2012 ; 37 : 211-6.
- [12] Birlouez-Aragnon I, Fieux B, Poitier de Courcy G, et al. Que nous renseigne le modèle de la vitamine C ? *Journée Annuelle de Nutrition et de Diététique* (40) 2000 ; 4 (25) : 247-52.
- [13] Colleen J, Maxwell Matthew S, Hicks David B, et al. Supplemental use of antioxidant vitamins and subsequent risk of cognitive decline and dementia. *Dement geriatr cogn disord* 2005 ; 20 : 15-51.
- [14] Masaki KH, Losonczy KG, Izmirlian G, et al. Association of vitamin E and C supplement use with cognitive function and dementia in elderly men. *Neurology* 2000 ; 54: 1265-1272.
- [15] Morris MC, Evans DA, Bienias JL, et al. Vitamin E and cognitive decline in older persons. *Arch Neurol* 2002; 59:1125-1132.
- [16] Urucu-Milcent D. Troubles cognitifs associés à l'usage de l'alcool. *Alcoologie et Addiction* 2005 ; 3 (27) : 217-26.



Djaouida Berrahil

Croyances socioculturelles et attributions religieuses de l'épilepsie à Tlemcen

Auteur : Djaouida Berrahil

Résumé : l'objectif de cette étude était de cerner certaines représentations socioculturelles sur l'épilepsie dans le département de Tlemcen. Nous avons conçu un questionnaire pour les enfants épileptiques, leurs parents, les médecins et les guérisseurs. Nous avons posé les mêmes questions. Nous avons retrouvé que le terme d'épilepsie revêt plusieurs dénominations. Nous n'en avons cité que quelques unes. Les guérisseurs lisent des versets coraniques et donnent des talismans sous forme de papiers. Les guérisseurs sont plus jeunes que les médecins, de plus en plus jeunes. Tous les guérisseurs ont un niveau scolaire, primaire, moyen, secondaire et certains ont un niveau universitaire. Nous remarquons que la représentation de l'épilepsie chez les guérisseurs a changé et qu'ils reconnaissent la cause organique de la maladie. Il en est de même pour les parents qui ont un avis partagé. Quelques enfants ne connaissent pas la cause de leur maladie. Les guérisseurs admettent quand même que prendre son traitement médicamenteux est un moyen efficace contre la crise. Prendre son traitement médicamenteux reste le moyen privilégié de presque tous les interrogés. L'habitude de mettre une clé dans la main de l'épileptique reste très répandue pendant la crise. Tous les enfants et leurs parents ont les mêmes sentiments après la crise à savoir que le corps a changé et la honte surtout si la crise est survenue en dehors de la sphère familiale. L'étude a montré l'importance qu'a prise le rôle des guérisseurs qui sont de plus en plus jeunes et instruits. Ils ont changé leurs méthodes allant jusqu'à orienter les malades vers le médecin. Le patient ainsi que sa famille restent partagés entre les deux.

Mots clés : épilepsie, enfants, parents, guérisseurs, médecins.

Summary : the purpose of this study was to identify some epilepsy's socio-cultural representations in the Department of Tlemcen. We designed a questionnaire for the epileptic children, their parents, the doctors and the healers. The same questions were asked. We found that the term of epilepsy takes several denominations. We only quoted few of them. Healers read Koranic verses and give talismans in the form of papers. Healers are younger than doctors, more and more young. The school level of the healers is sometimes elementary or middle or secondary, and some have a college degree. We notice that the representation of epilepsy in healers has changed and that they recognize the organic cause of the disease. It is the same for parents who have a shared opinion. Some children do not know the cause of their illness. Still healers admit that taking medication is an effective way against the crisis. Take medication remains the preferred way of treatment of almost all the surveyed. Ancestral habit putting a key into the hand of the epileptic person remains very widespread during the crisis. All children and their parents have the same feelings after the crisis to know that the body has changed and feel ashamed especially if the crisis has occurred outside the family sphere. The study showed the importance that has taken the role of healers who are more and more young and educated. They changed their methods up to direct patients to the doctor. The patient, as well as his family remain shared between the two.

Keywords : epilepsy, children, parents, healers, doctors.

Introduction

L'épilepsie est la pathologie neurologique la plus répandue, elle est aussi la plus mystérieuse, la plus fascinante et la plus complexe. Elle est l'une des pathologies les plus anciennes. Elle était décrite par Hippocrate. Avicenne l'a classée parmi les maladies de la tête dans son livre la Canon. Elle a fait l'objet de nombreuses explications et interprétations. En effet, pendant longtemps, elle a été considérée comme une maladie sacrée, une possession, ou une malédiction qui s'abat sur l'individu, le rendant impuissant et démuné face à la maîtrise de son propre corps.

Epilepsie et handicap

Alors que 300 000 personnes en Algérie sont épileptiques, cette maladie demeure non connue. Ses manifestations (crise, convulsions, bave aux lèvres, etc.) sont qualifiées de simple crise. Pourtant, les spécialistes ne la réduisent pas seulement à ces symptômes. Ils considèrent qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique qu'il faut prendre sérieusement en charge. C'est du moins ce que recommande le professeur Arezki, président de la Société algérienne de neurologie. L'épilepsie, qui est l'affection neurologique chronique la plus fréquente, touche particulièrement les enfants à l'âge scolaire. Une personne sur deux cents est touchée par cette maladie (Kourta D, 2005).

La crise d'épilepsie, en tant qu'événement inopiné interrompant le cours de l'activité du sujet, pouvant se reproduire de façon plus ou moins prévisible, va déterminer chez l'enfant, au cours de son développement intellectuel, moteur et affectif un mode de relation particulier avec sa famille, le monde des objets et l'environnement social. La structuration de la personnalité va forcément s'organiser autour et en fonction de la maladie épileptique et déterminer une certaine manière d'être de l'individu (De Ajuriaguerra, 1977, p.615).

L'invalidité consécutive à « la maladie qui fait tomber » occupe dans les représentations une place essentielle. Elle renvoie à la question de l'identité sociale de la personne épileptique et, par la même, à celle de son intégration dans le groupe. Lorsque le malade n'est pas en mesure, pour diverses raisons, d'assumer les contraintes liées à son statut social, il s'opère une dévalorisation, tant dans le regard qu'il porte sur lui-même, que dans celui des autres à son sujet. L'invalidité assigne au malade une identité dégradée, à travers la restriction des activités quotidiennes qu'elle implique et la diminution des rapports sociaux qui en découle.

L'invalidité de l'épilepsie se compose de deux notions :

- le handicap physique du malade ; il est parfois la cause d'une restriction de ses activités quotidiennes. Il peut être définitif, à la suite d'un accident qui endommagé les capacités motrices de la personne, ou correspondre simplement à une invalidité postcomitiale ;
- le handicap social : si le handicap physique peut n'être que passager, le handicap social du malade est, quand à lui, à caractère permanent, soit qu'il dépende des contraintes

imposées par la crainte d'un accident, soit qu'il relève de l'intolérance sociale.

La notion de handicap devra donc être nuancée et précisée en fonction de paramètres non seulement cliniques (types de crise, manifestation...) pour chacun des malades, mais également sociaux. Arborio S (1998). En fait (Guedetti M et Tourette C, 2004, p.8) définissent l'handicap comme un désavantage qui pour un individu donné, résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels).

D'un point de vue historique, l'épilepsie était considérée comme une maladie surnaturelle. Donc on proposait des remèdes religieux ou la sorcellerie. Le regard à l'épilepsie change en fonction du degré de la civilisation des peuples. Plus une civilisation est avancée, plus l'explication est scientifique. En effet, c'est durant les périodes obscures que les interprétations deviennent magiques et s'éloignent de la science. L'épilepsie est apparue dans la langue française en 1503. Du latin *epilepsia*, qui dérive du grec *epilambanein* signifiant « saisir », « attaquer par surprise » ou « possession », dont le peuple attribuait les crises aux démons (Borner B, Starkenmann V, 2012).

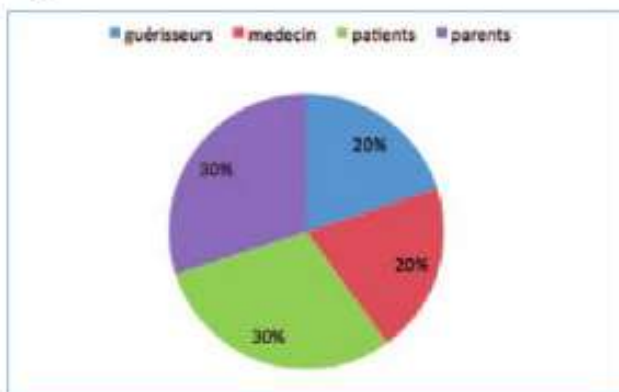
Dans la langue arabe, le terme le plus utilisé est *esraa* c'est-à-dire faire tomber par terre. En Algérie et surtout dans la région de Tlemcen, l'épilepsie chez les enfants revêt plusieurs noms, à titre d'exemple *khoust esrar* c'est-à-dire la sœur des enfants. On l'appelle aussi dans une autre région *rih* c'est à dire vent qui est un type de djinn, *china* ou la mauvaise, *khatfa* ou kidnapeuse, *oum esebian* ou la maman des enfants, *arouss esma* ou la mariée du ciel. On a recensé autant de noms pour désigner l'épilepsie chez les enfants, dans notre région.

L'étude

Cette étude visait à recenser les représentations sociales et culturelles sur l'épilepsie des enfants. Nous avons utilisé un questionnaire élaboré par nos soins. Le département de Tlemcen et ses environs étaient le lieu de cette étude. Ce département se trouve au nord ouest de l'Algérie, s'étend jusqu'à la frontière marocaine et compte 900 000 habitants. Il s'agit d'une étude descriptive qui a commencé par le recueil d'information du mois de février 2014 au mois d'octobre de la même année. Les malades ont été recrutés au service de pédiatrie du centre hospitalier universitaire de Tlemcen et aux cabinets privés de neurologues qui exercent au niveau du département. Le nombre de patient est de 30, le nombre de leurs parents est de 30, le nombre de médecins est de 20 et enfin le nombre de guérisseurs est de 20 aussi. Nous n'avons inclus que les patients qui ont une épilepsie de type grand mal. Les autres types d'épilepsie n'ont pas été retenus car sous diagnostiqués, méconnus et ramenés tardivement vers le médecin. Ce critère d'inclusion constitue une des limites de cette étude, puisqu'il s'est avéré que plus les formes de l'épilepsie s'éloignent de la crise du grand mal, plus les interprétations surnaturelles et religieuses sont

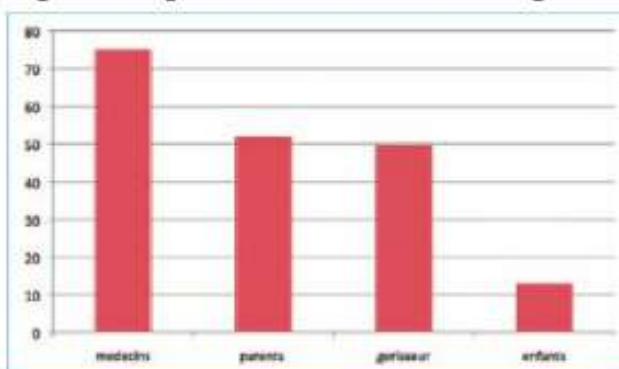
fortes, pour atteindre leur maximum dans les formes temporales ou les manifestations psychiques sont au premier plan (impression de déjà vu, hallucinations, automatismes).

Figure 1 :
Répartition de l'échantillon selon la fonction



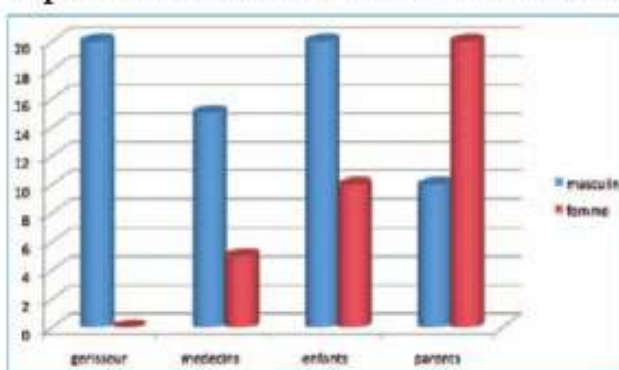
Les guérisseurs lisent des versets coraniques et donnent des talismans sous forme de papiers rédigés de lettres alphabétiques en arabe incompréhensibles.

Figure 2 : répartition de l'échantillon l'âge



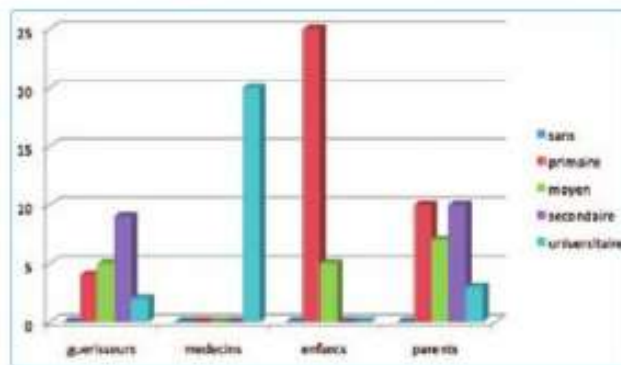
La moyenne d'âge des guérisseurs est plus faible que celle des médecins. On voit de plus en plus de guérisseurs jeunes ce qui prédit que ce métier a de longues jours devant lui !

Figure 3 :
Répartition de l'échantillon en fonction de sexe



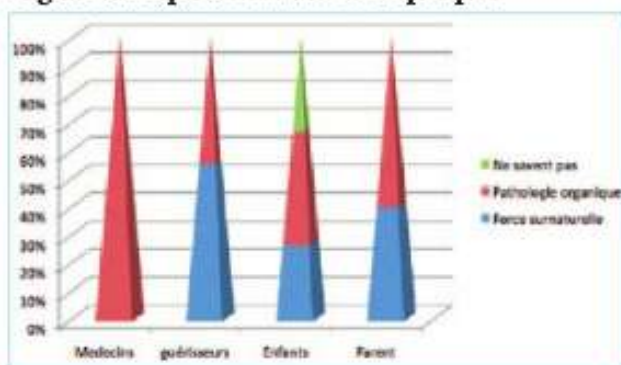
Le nombre des guérisseurs est exclusivement du sexe masculin. Le nombre de garçons est plus élevé chez les épileptiques. Les femmes constituent un taux plus élevé pour les parents interrogés.

Figure 4 : Répartition en fonction de la scolarité



Tous les guérisseurs ont été à l'école et on retrouve même ceux qui ont fait des études supérieures.

Figure 5 : représentation de l'épilepsie



On remarque que la représentation de l'épilepsie chez les guérisseurs a changé et qu'ils reconnaissent la cause organique de la maladie. Par contre les parents ont un avis partagé. Ils ne restent que quelques enfants qui ne connaissent pas la cause de leur maladie.

Tableau 1 :
Moyens pour prévenir la crise épileptique.

	Guérisseurs	médecins	enfants	parent
Ne sais pas				
Ne pas contrarier l'enfant	20	5	10	15
Ne pas le laisser dormir seul	20	2	10	20
Ne pas jeter de l'eau chaude dans le lavabo	20	15	30	30
Ne pas sortir après le coucher du soleil	20	0	20	30
Ne pas faire du mal aux animaux	20	0	0	0
Prendre son traitement	10	20	20	20
Lire des versets coraniques	20	10	20	

Nous avons sélectionné ces moyens de préventions contre la crise de l'épilepsie car ils sont très répandus. Les médecins adhèrent à certains moyens comme ne pas jeter de l'eau chaude dans le lavabo qui déplairait au djin et le pousse à posséder l'être humain. Les guérisseurs admettent quand même que prendre son traitement médicamenteux est un moyen efficace contre la crise.

Tableau 2 :
méthodes pour traiter la crise épileptique.

	Guérisseurs	médecins	enfants	parent
Ne sais pas			21	
Mettre une clé dans la main	20	0	30	30
Prendre son traitement	11	20	10	15
Lire des versets coraniques	20	0	4	10

Prendre son traitement médicamenteux reste le moyen privilégié de presque tous les interrogés. L'habitude de mettre une clé dans la main de l'épileptique reste de vigueur. Certains enfants ignorent comment traiter les crises.

Tableau 3 : Réaction après la crise.

	Guérisseurs	médecins	enfants	parent
Ne sais pas				
Le corps n'est plus le même			30	30
La honte			30	30

Tous les enfants et leurs parents ont les mêmes sentiments après la crise à savoir le sentiment que le corps a changé et la honte surtout si la crise est survenue en dehors de la sphère familiale.

Discussion des résultats

L'échantillon étudié était de nombre de 100 ; réparti en 30 enfants épileptiques et 30 parents, 20 médecins et 20 guérisseurs. Tous les enfants sont traités par les médecins avec les médicaments à savoir les anticonvulsivants. Ces enfants ont des informations contradictoires sur leur maladie. Tantôt elle est liée à une force surnaturelle, tantôt elle est liée à une maladie organique et, parfois, ils ignorent la cause. Les guérisseurs commencent à reconnaître la cause organique de la maladie mais soutiennent et insistent sur le fait qu'une force surnaturelle possède le corps de ses enfants. Sophie Arborio (2012) a montré cette logique fondamentale des pratiques sociales : incohérence et pragmatisme. C'est là un des résultats importants de sa recherche que de montrer la logique rationnelle qui préside aux itinéraires thérapeutiques et de souligner que les univers d'interprétation du mal ne sont pas toujours, voire rarement, en adéquation avec le traitement. Ainsi, l'étiologie de l'épilepsie peut provenir d'une interprétation religieuse. Que l'on recoure à un traitement traditionnel ou biomédical, sans que cela suscite le mal, la quête de sens pouvant être souvent convoquée par l'anthropologie de la maladie, apparaît parfois secondaire et seul importe l'apaisement des symptômes. Le relatif bien être de la personne souffrante et de son entourage dicte donc les recours thérapeutiques, sans qu'une récurrence systématique apparaisse. Ici comme ailleurs, l'incohérence des pratiques et des représentations paraît bien plus fréquente que le laissent entendre certaines interprétations totalisantes des pratiques thérapeutiques. Droz Y (2012).

De manière générale, Uchoa E, Corin E, Bibeau G, Koumar B (1993) évoquent la difficulté ou l'impossibilité de

traiter l'épilepsie par des moyens traditionnels. Les guérisseurs qui s'y connaissent sont rares et on reconnaît que même eux ont peur de traiter les épileptiques. Les guérisseurs de notre étude traitent les épileptiques en chassant le djin et renvoient le malade vers le médecin pour éradiquer les séquelles de la présence du djin ; les parents viennent au médecin en croyant à cette thèse.

Un autre résultat étonnant est de voir que certains guérisseurs ont des niveaux scolaires diversifiés pouvant aller jusqu'au niveau universitaire (les guérisseurs traditionnels n'ont jamais été à l'école).

Tous les enfants ainsi que tous les parents interrogés éprouvent un malaise suite à la survenue de la crise. Ce malaise est probablement lié à un trouble de représentation du corps, c'est du moins les résultats de la recherche de Isnard J (2010) qui pense que les troubles de la représentation du corps dans l'épilepsie sont des symptômes souvent évoqués mais rarement observés.

Le sentiment de honte est retrouvé chez tous les enfants épileptiques et leurs parents. Ce sentiment renvoie aux sentiments d'exclusion et de stigmatisation. Cette dernière était l'objet d'étude, comme le souligne Pierret J (2014), des sociologues anglo-saxons qui se sont intéressés à l'épilepsie sous un angle très particulier, qui est l'angle du stigmate. Ils ont avancé la notion de stigmatisation ressentie, c'est-à-dire que le stigmate se joue toujours dans un rapport à l'autre, dans le regard des autres sur nous. A la différence des travaux anciens, il s'agit de comprendre comment la personne va ressentir la honte qui pèse sur sa maladie. Giordana J Y (2010, p.8) définit la stigmatisation comme un terme complexe qui fait référence à un concept multidimensionnel. Il s'agit d'une attitude générale, de l'ordre du préjugé, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état, et cette méconnaissance ou ignorance va générer des conduites et des comportements de discrimination.

Conclusion

L'épilepsie garde toujours une partie mystérieuse dans la représentation sociale à Tlemcen. Et les causes religieuses lui sont toujours attribuées. Les guérisseurs sont toujours consultés et souvent en premiers. Même la population instruite continue à les consulter, et à croire aux causes religieuses de l'épilepsie. Ces guérisseurs se sont adaptés aux changements sociaux et attribuent une cause organique à l'épilepsie du moins partiellement. Ils préconisent un traitement médical après avoir traité la cause religieuse. Faut-il voir dans ces changements des attitudes des guérisseurs, une évolution positive qui pourrait aller jusqu'à coopérer avec eux pour éviter la déperdition des malades et les retards du traitement ? Faut-il s'opposer à ces représentations sociales et continuer à mener une sensibilisation contre de telles pratiques ?



Tlemcen, Algérie.

Bibliographie

- 1- J. de Ajuriaguerra.(1977), *Manuel de psychiatrie de l'enfant*. 2^{ème} ed, Paris, Masson.
- 2- Arborio S & Dozan JP. (1998), *La dimension socioculturelle de l'épilepsie (kirikirimasi) en milieu rural bambara (Mali)*, Manuscrit n°213/NT 6. communication présentée au 3^{ème} congrès de neurologie tropicale, 30 novembre-2 décembre 1998 à Fort-de-France, martinique.
- 3- Borner B, Starckenmann V, (2012). L'épilepsie, des croyances populaires à la réalité de la pathologie. Faculté de médecine de Genève, juin 2012
- 4- Boucebc M. (1990), *La psychiatrie tourmentée*. Enal, éd.Alger. p17.
- 5- Boucebc M. (1984), *Maladie mentale et handicap mental*. Enal, éd, Alger.
- 6- Yvan Droz, « Arborio, Sophie. - *Épilepsie et exclusion sociale* », cahiers d'étude africaines (en ligne), 208/2012, mis en ligne le 31 octobre 2012, consulté le 25 janvier 2016. URL : <http://etudes.africaines.revues.org/14413>
- 7- Giordana JY.(2010), *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris, Masson.
- 8- Guedetti,M. Tourette,C.(2004), *Handicaps et développement psychologique de l'enfant*. 2^{ème} ed Armand Colin.
- 9- Isnard Jean, « les troubles de la représentation du corps dans l'épilepsie. », Revue de neuropsychologie 3/2010 (Volume 2) , p.221-224
URL : www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2010-3-page-221.htm.
DOI :10.3917/rne.023.0221.
- 10- Kourta D,(2005). *L'épilepsie, ce mal inconnu, 300 000 cas en Algérie*, Publié dans El Watan le 08 - 12 - 2005
- 11- Mazella S.(1984), *La dynamique d'une consultation de psychologie pour enfants à alger*, Alger, OPU.
- 12- Mucchielli A.(2004), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Paris, Armand Colin. 2ème édition.
- 13- Pierret J, 2014. L'épilepsie dans l'histoire : succès et tabous. Recherches et perspectives. Juin 2014 p9. La lettre d'information de la fondation française pour la recherche sur l'épilepsie.
- 14- Robert J. vallerand et Ursula Hess. (2000), *Méthodes de recherche en psychologie*, Canada, Gaetan morin éditeur.
- 15- Tribolet S. (2006), *Vocabulaire de santé mentale*, Paris, Edition de santé.
- 16- Uchoa E, Corin E, Bibeau g, Koumar B. représentations culturelles et disqualification sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au mali. psychopathologie africaine, 1993,XXV ,1 :33-57

L'équipe de Psy Cause

II Directeur de la publication et de la rédaction

Jean-Paul Bossuat (Avignon)

II Directeur adjoint

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

II Rédacteurs en chef

Coordonnateur : Jean Paul Bossuat

Marie-José Pahin (Marseille)

Péguy Ndonko (Yaoundé)

II Comité universitaire francophone de lecture

Kolou Simliwa Dassa (Université de Lomé, Togo)

Josiane Houngbé (Université de Cotonou, Bénin)

Koffi Paulin Konan (Institut National de Santé Publique d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Drissa Koné (Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Asséman Médard Koua (Université de Bouaké, Côte d'Ivoire)

Djiho Douma Maiga (Université de Niamey, Niger)

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 Yéo-Ténéna (Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

II Administrateur trésorier

Chantal Roose (Avignon)

II Secrétaires de Rédaction

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tlemcen, Algérie)

Amérique du Nord :

François Borgeat (Montréal, Québec, Canada)

Adjoint à l'Amérique du Nord :

Jean-Paul Olivier (Belfort, France)

Côte d'Ivoire :

Gilbert Assandé N'guessan (Abidjan, Côte d'Ivoire)

II Comité de Rédaction Francophone

France :

Geneviève Ayach (Paris)

Jérôme Bobo (Uzès)

Yves Chmielewski (Avignon)

Thierry Fouque (Nîmes)

Jean-Louis Griguer (Valence)

Catherine Lesourd (Martinique)

Myriam Livolant (Luzes)

Corentin Nascimento (Chaumont)

Marc Oeynhausen (Avignon)

Gérard Pirlot (Toulouse, France)

Raymond Videlaïne (Bonneval)

Algérie :

Réda Bénosmane (Tlemcen)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen)

Bénin :

Charles Akondé (Cotonou)

Émilie Fiovi-Kapdonou (Cotonou)

Josiane Houngbé (Cotonou)

Burkina Faso :

Kapouné Karfo (Ouagadougou)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou)

Cambodge :

François Daniel Aliberola (Phnom Penh)

Ka Sunhaunat (Phnom Penh)

Chak Thida (Phnom Penh)

Cameroon :

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé)

Valère Nkelzok (Douala)

Canada :

Jean Philippe E Daoust (Ottawa, Ontario)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec)

Pierre Lechner (Vancouver, Colombie britannique)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario)

Centrafrique :

André Tabo (Bangui)

Congo :

Alain M. Mouanga (Brazzaville)

Paul Macaire Ossou-Nguier (Brazzaville)

RD Congo :

Samuel Mampunza (Kinshasa)

Gilbert Mananga (Kinshasa)

Côte d'Ivoire :

Drissa Koné (Abidjan)

Koffi Paulin Konan (Abidjan)

Asséman Médard Koua (Bouaké)

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

Guinée :

Moridofé Doukouré (Conakry)

Mamady Mory Keita (Conakry)

Italie :

Alfredo Ancora (Rome)

Japon :

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukoa)

Liban :

Gada Bzeich (Beyrouth)

Madagascar :

Adeline Raharivelo (Antananarivo)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo)

Mali :

Baba Koumaré (Bamako)

Maroc :

Sadek El Idrissi (Marrakech)

Mauritanie :

Ousmane Sall (Nouakchott)

Monaco :

Valérie Aubin (Monaco)

Niger :

Djiho Douma Maiga (Niamey)

Pays Bas :

Josée Van Eijk (Nimègue)

Portugal :

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne)

Sénégal :

Aïda Sylla (Dakar)

Mamadou Habib Thiam (Dakar)

Seychelles :

Isabelle Benoiton (Victoria)

Suède :

Ola Lindgren (Karlstad)

Suisse :

Orthman Sentissi (Genève)

Tchéquie :

Jan Cimický (Prague)

Ivan Galuszka (Bila voda)

Petr Taraba (Opava)

Togo :

Kolou Simliwa Dassa (Lomé)

Salio Salifou (Lomé)

Kokou Messanh Aghémélé Soédjé (Lomé)

Michel Toussou (Lomé)

Tunisie :

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse)

Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

II Correspondants

Rachel Bocher (Nantes, France)

Jean-François Bouix (Montpellier, France)

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

Françoise Deramond (Toulouse, France)

Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)

Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)

Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)

Martine Fournier (Marseille, France)

Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)

Fahreddine Haffani (Tunis, Tunisie)

Françoise Laner (Lausanne, Suisse)

Hosni Ouahchi (Avignon, France)

Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)

Yves Petit (Papeete, Polynésie)

Bertrand Piret (Strasbourg, France)

Béatrice Ségalas (Antony, France)

Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)

Adrien Tempier (Londres, Angleterre)

Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)

Youri Zharkov (Moscou, Russie)

II Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)

Michel Bayle (Aix en Provence, France)

Moïse Benadiba (Marseille, France)

Daniel Bley (Arles, France)

Hervé Bokobza (Montpellier, France)

Thierry Bottai (Martigues, France)

Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)

Stéphane Bourcet (Toulon, France)

Patrick Boyer (Uzès, France)

Boris Cyrulnik (Toulon, France)

Laurence Feller (Uzès, France)

Huguette Ferré (Martigues, France)

Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)

Alain Gavaudan (Marseille, France)

Jean-Luc Metge (Martigues, France)

Carole Mitsaine (Antibes, France)

Dominique Pringuay (Nice, France)

Jean pierre Staehler (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.



La formation d'art-thérapeute de l'IRFAT est désormais possible aux ANTILLES.
Mai 2017 : forum et ateliers préparatoires
Octobre 2017 : début de la formation
Renseignements sur www.irfat.com

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.....

De la recherche à la clinique : dialogue entre la science et l'art

51ème congrès annuel de l'AMPQ
avec la présence du second bloc de Psy Cause Canada



Du 1^{er} au 3 juin 2017
à Fairmont Le Château de Frontenac, Québec

Pour la seconde année consécutive, la section Psy Cause Canada anime un « bloc » en tant que partenaire de l'Association des Médecins Psychiatres du Québec (AMPQ). Le conférencier sera le Dr Thierry Lavergne, vice président de Psy Cause International, qui communiquera sur le thème : « La créativité ».

Ce bloc est une activité de Psy Cause Canada au sein du congrès de l'AMPQ et un temps privilégié de rencontre avec les psychiatres québécois..

Organisation du second bloc Psy Cause Canada : Drs Marcel Hudon et Suzanne Lamarre, co-coordonnateurs de Psy Cause Canada (Montréal).

