

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2018

N°

DE BENJAMIN DE FRATRIE A LA DECOMPENSATION PSYCHIATRIQUE : LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE DE 05 CAS COLLIGES AU CENTRE DE SANTE MENTALE DALAL XEL DE FATICK

MEMOIRE
POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ÉTUDES SPÉCIALISÉES
EN PSYCHIATRIE

PRESENTÉ ET SOUTENU LE 16 AOUT 2018

PAR

Dr SIDI TCHAMENI CEDRIC

Né le 21 MAI 1986 à YAOUNDE

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT	M.	Mamadou Habib	THIAM	Professeur Titulaire
MEMBRES	M.	Papa Lamine	FAYE	Professeur Titulaire
	M.	Momar	CAMARA	Maitre-Assistant
	Mme	Sokhna	SECK	Maitre-Assistant
DIRECTEUR	M.	Papa Lamine	FAYE	Professeur Titulaire
CO-DIRECTEUR	M.	Momar	CAMARA	Maitre-Assistant

Je dédie ce travail,

Au Nom de Jéhovah : tu es digne oui Jéhovah de recevoir la gloire et l'honneur et la puissance, parce que tu as créée toutes choses, et à cause de ta volonté elles ont existé et ont été créées (Rév 4 :11)

A Mon père Mr Sidi Tchameni Emmanuel

Ton appui sans faille et ta disponibilité témoignent du profond amour que tu me portes ; tu m'as transmis ton gout pour la connaissance, et ce travail est aussi le tien. Tu peux être fier du chemin parcouru ensemble. Sois assuré de mon constant amour filial.

A mes grands-mères Maman OHO et Mami Trè

J'ai essayé de me montrer digne de la réputation de femmes combattives que vous avez. Votre présence inconditionnelle et le souci que vous avez de mon bien être me touchent particulièrement. Que Jehovah vous accorde de vivre encore longtemps.

A mes frères Eric, Lionel, Denis, Eugène, Claudio, Armelle, Vanessa, Josue, michele, Severine,

« Le fruit ne tombe jamais loin de l'arbre » disait l'autre. Vous êtes tous, par l'amour que vous manifestez, par vos valeurs de générosité et de persévérance, les dignes héritiers de nos parents. Merci d'être autant de frères et de sœurs qui partagent mes peines et mes joies.

A mes Oncles et tantes mamans Tchaga Agathe, Eutcheu Jeanette, Pewe Béatrice, Kwesseu mireille, Djitik Madeleine, Tonton Michel, Tonton Marcel, Tonton Nestor et Tata prudence, Tonton Gabriel et Maman marie, Tonton Mathias, Tata Sandrine

Maman est partie, laissant un gros vide dans nos cœurs ; je ressens néanmoins l'enveloppe de tendresse avec laquelle vous m'entourez. Je vous dis merci du fond du cœur pour toute votre prévoyance.

A Mes amis, mes frères, Dr Serge Ntenkio, Dr Nestor Nankeu, Dr Clothyn, Dr Daniel Yonga, Dr Simo Hermann

Des rencontres peuvent changer une vie ; vous connaître est assurément une bénédiction de Jéhovah. Je suis confiant que le meilleur reste à venir.

A Mlle Ruth Sadjo,

L'amie fidèle et dévouée, la confidente idéale, ma «cœur ». Ce travail n'aurait pas pu être terminé sans ton aide inestimable. Considère-le comme le témoignage vivant de notre idylle que je souhaite éternelle.

A Notre maitre et Juge le Professeur titulaire Mamadou Habib Thiam,

Vous nous avez accepté dans le cycle de spécialisation en psychiatrie et avez guidé nos pas dans tout notre cursus. Votre ardeur pour le travail bien fait et le souci de formation que vous avez nous ont motivés durant notre apprentissage. Puisse Dieu vous accorder longue vie et abondance de bénédiction.

A notre maitre et Directeur de mémoire, Le professeur titulaire Papa lamine Faye,

Votre exemple d'ingéniosité dans la prise en charge et le diagnostic des maladies mentales nous ont séduits. Votre courtoisie et la pédagogie dont vous avez toujours su faire preuve nous honorent Nous avons essayé de suivre vos pas et nous continuerons de nous inspirer de votre exemple. Que Dieu vous accorde du succès dans toutes vos nombreuses entreprises

A notre maitre et co-directeur de mémoire, le Docteur Momar Camara

Ce travail est le vôtre, vous n'avez lésiné aucun effort pour qu'il soit le plus digeste possible. Votre esprit critique et de synthèse, votre amabilité nous ont marqué. Puisse Dieu vous permettre d'atteindre vos objectifs

A notre maitre membre du jury, Le Docteur Sokhna Seck

Comme une mère qui guide son enfant, vous avez guidé mes premiers pas en psychiatrie. Ma pratique sera toujours empreinte de votre flegme à toute épreuve et de votre empathie. Apprendre de vous sera toujours un privilège. Nous prions Dieu de vous accorder vos doléances.

Au Corps enseignant du Diplôme d'études spécialisées de psychiatrie de Dakar

Vous avez dressé « la table », et nous nous sommes servis avec délectation. Recevez notre profonde gratitude, et l'expression de notre profond respect.

Aux personnels de la clinique Moussa Diop et du Centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick : Sans votre présence, je n'y serai pas arrivé. Merci infiniment.

A mes aînés académiques, qui avez œuvré pour que je sois le psychiatre que je suis, par vos conseils avisés.

A tous les Etudiants du DES de psychiatrie, pour votre compagnonnage

A Marc, Laken, Byba, Sogho, Hélène, Dame, Oumar, Gisèle, Loucar, Florentine, Safiyah, Wissem : que discussions enflammées, de débats interminables !
Courage pour la suite.

A la bibliothécaire, Madame madeleine : merci pour la patience et l'aide inestimable,

A mes « pères » et « mères » : Tonton Lamine, Maman marie-louise, Maman Rosalie, Maman Jacqueline Gueye, Maman marem Fall, Tonton Honoré Da costa, Tonton Patrice Mendy et Tata Aissatou, Tonton Amdiatou Diouf et Madame Diouf, Cyprien et Débane Cissé, pour le soutien et l'amour constant,

A tous mes frères témoins de Jéhovah du Sénégal, pour les encouragements

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à l'élaboration de ce travail.

INTRODUCTION

Les fratries, qui commencent avec la naissance d'un deuxième enfant dans la famille, ont longtemps été considérées comme un sous-produit du couple parental (1). A côté du sous-système parental, Les fratries sont actuellement reconnues comme un sous-système à part entière de la famille, avec son faisceau de relations (1). C'est stricto-sensu l'ensemble de tous les enfants d'un couple. Mais cette définition est élargie aujourd'hui aux demi-frères, même s'ils ne partagent qu'un lien avec un des membres du couple. Cette extension faite par beaucoup d'auteurs tient compte de la diversité des structures familiales, allant des familles nucléaires aux foyers polygamiques, en passant par des familles recomposées. Tous s'accordent cependant pour signifier que la fratrie se définit plus par les liens émotionnels, affectifs, moraux qui unissent les frères (2). O. Bourguignon propose trois caractéristiques uniques à la fratrie : La distribution des sexes, la succession des naissances, et la taille de la fratrie. Elles influenceraient le développement psychique, ainsi que les relations parents-enfants(3).

Beaucoup d'auteurs ont étudié la position dans la fratrie, particulièrement la place de l'ainé. Comme le soulignent E. et M.-C. Ortigues, les aînés, de par leur position, favorisent le déplacement de l'agressivité inhérente au fantasme oedipien sur eux de manière à protéger les parents qui sont des futurs ancêtres déifiés de leur vivant(4). D'autres se sont intéressés au risque psychopathologique associé à cette position(5). La position de cadet, voire de benjamin de fratrie, et l'éventuel risque y inhérent a très peu été traitée dans la littérature scientifique. Ernst et Angst signalaient déjà en 1983 que les derniers nés vivaient une relation détendue avec les parents car les parents s'occuperaient beaucoup plus des aînés que des cadets (6). Et Kidwell signalait

quant à lui que les derniers nés avaient une estime de soi supérieure à celle des enfants intermédiaires (7).

Le présent travail se propose d'analyser la psychopathologie de la pathologie psychiatrique associée à la position de benjamin. La revue de la littérature sur la position dans la fratrie sera suivie du travail personnel portant sur les analyses de cas.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. Le Rang de naissance dans la fratrie et les liens fraternels

A. Point de vue de la psychanalyse

Pour Freud (8) la compétition fraternelle était une défense contre la réalité œdipienne. L'arrivée du frère cadet était considérée comme un traumatisme pour l'aîné. En 1900, Freud étudia les relations des enfants avec leurs frères : Les enfants ont souvent des désirs de mort, inconscients, envers leurs frères et sœurs, qui se réalisent dans leurs rêves.

Ensuite Freud suppose que l'enfant considère que ses frères sont ses antagonistes et sa première attitude est hostile. Plus tard, cette attitude sera remplacée ou bien couverte par une autre plus tendre, par formation réactionnelle. Freud décrit le déplacement des sentiments œdipiens des parents à la fratrie. La vie en fratrie peut offrir une réparation de la déception œdipienne. Avec la naissance des autres enfants, le frère (la sœur) aîné vit des désirs mortels vis-à-vis des nouveaux arrivés et des sentiments d'abandon par sa mère. Ensuite, selon le cas, l'on a le déplacement de l'amour de la mère à la sœur ou la compétition entre frères vis-à-vis de leur petite sœur ou bien le remplacement affectif du père par le frère aîné.

De plus, Freud étudie le lien fraternel du point de vue du fantasme qui se résume dans la phrase : *Mon père bat cet enfant que je hais*. Ceci signifie pour l'enfant que son père n'aime plus cet autre enfant (son frère, sa sœur) mais seulement lui-même. L'enfant est obligé de partager l'amour des parents et par conséquent, la représentation (ou le fantasme) du père qui bat cet enfant haï lui plaît.

Freud a également approfondi la jalousie fraternelle quand il décrit la jalousie

normale dans l'Œdipe ou «le complexe fraternel ». Ce complexe comporte d'une part le deuil et la souffrance pour l'objet supposé perdu et d'autre part une humiliation narcissique liée aux sentiments hostiles envers le rival. Freud met alors en rapport certains cas d'homosexualité et la forte jalousie fraternelle, envers le frère aîné en particulier.

L'évolution du modèle psychanalytique apporte de nouvelles idées très intéressantes.

Selon Cahn (9), l'expérience de frustration est fondamentale pour le lien fraternel. L'enfant vit sa première frustration absolue quand il passe du statut d'enfant unique à celui d'aîné de la famille. Cette frustration, essentiellement affective, aboutit à l'hostilité ou d'une façon réactionnelle à une attitude tendre et bienveillante vis-à-vis du frère (la sœur), probablement à travers l'identification à la mère. L'enfant présente alors une solidarité qui exprime le triomphe précaire sur la jalousie.

Eiguer, (10) thérapeute familial psychanalytique, insiste sur la dimension narcissique de l'amour fraternel : « *Aimer son frère est comme s'aimer soi-même* ». Le lien fraternel peut se former par un pôle narcissique de la personnalité. Cette relation se base sur les représentations archaïques et les fantasmes groupaux investis par la famille. D'après Eiguer, les identifications, les alliances secrètes, la transmission de la loi et l'apprentissage se développent dans le lien fraternel. Cette jalousie peut s'exacerber pour arriver jusqu'au désir de sa mort.

Lacan, (11) s'est particulièrement intéressé à la relation fraternelle dans son œuvre sur « *Les complexes familiaux* ». Il étudie les complexes familiaux qui jouent un rôle fondamental sur l'organisation des liens et de la réalité psychique du sujet.

Il distingue les trois complexes successifs : Le complexe du sevrage, Le complexe de l'intrusion et le complexe d'Œdipe

Dans le complexe de l'intrusion, l'enfant se trouve en face de son frère et l'observe avec une grande curiosité. Il l'imité dans ses mouvements, il essaie de le séduire ou de s'imposer en devenant un vrai spectacle pour lui. Il s'agit de quelque chose de plus qu'un simple jeu : l'enfant tente de se positionner socialement par l'amour, par la comparaison à un autre, c'est-à-dire à son frère ou à sa sœur.

Avant sa conception en tant qu'autre, différent de l'enfant, le frère reste une image spéculaire du Moi, neutre, sans sexe. Ce sosie serait alors envahi par des sentiments de désir, autrement dit, par la libido narcissique (homosexuelle). Le sujet différencié par le sosie, ne peut naître que par le processus d'identification. L'ensemble des identifications successives fait le Moi.

L'époque de la naissance du deuxième enfant définit sa signification spéciale pour le premier enfant (l'aîné) : plus elle est précoce, plus le complexe de l'intrusion sera fort. L'événement de la naissance du frère amène souvent la réaction de l'aîné par des éléments pathologiques.

Si la naissance du frère arrive quand l'enfant (aîné) se sent désespéré suite à son propre sevrage, c'est-à-dire très précocement, c'est la nature des relations entre la mère et « l'intrus » (le frère, la sœur) qui définit les réactions de l'enfant.

Si la naissance du frère se passe après la résolution du complexe d'Œdipe, elle sera intégrée dans le contexte des identifications parentales et le frère deviendra digne d'amour ou de haine.

Les questions du même, de l'autre, du sosie et du rival se posent dans la rivalité fraternelle qui offre la première occasion de structuration du système défensif de l'enfant. L'agressivité envers l'imgo fraternel apparaît après la solution du processus identificatoire et la différenciation entre le frère et le sosie. L'intérêt, l'amour, la jalousie et la curiosité vis-à-vis du frère ouvrent la voie à la vie

sociale. Le frère (ou la sœur) devient le troisième objet avec lequel se structure le lien social.

Jeammet (12) considère que les textes bibliques pourraient nous aider à comprendre la dynamique de la relation fraternelle dans le temps. Le passé de chacun est toujours chargé de sentiments de l'injustice causée par sa famille, sentiment provoqué par son désir d'être unique, c'est-à-dire enfant unique.

La solution de ce désir meurtrier vis-à-vis du frère, est donnée par la relation avec un tiers, devant lequel chacun des deux est égal : la place du frère est très liée à l'acceptation de la place du fils. Afin de devenir un fils et assurer la continuité des générations, on doit échapper à l'autorité du désir maternel ce qui entraîne un sentiment de culpabilité et de faute.

En général, le fratricide pose des questions à deux niveaux :

- Le niveau narcissique qui concerne la relation en miroir entre les deux frères, lequel étudie notamment l'approche psychanalytique et
- Le niveau familial qui concerne la relation entre les générations, lequel étudie spécialement l'approche systémique

R. Kaes (2) postule que, au-delà du lien fraternel, le « complexe fraternel désigne une organisation fondamentale des désirs amoureux, narcissiques et objectaux, de la haine et de l'agressivité vis-à-vis de cet « autre » qu'un sujet se reconnaît comme frère ou comme sœur. » Il s'organiserait au niveau pré-œdipien par une conflictualité selon les pôles antagonistes des triangles rivalitaire et dans lesquels prévalent les figures de l'intrus et du concurrent de même génération. Dans sa forme primitive, le complexe fraternel, prend la forme radicale de « l'antagonisme entre la vie et la mort, entre

l'autoconservation et l'affirmation narcissique phallique d'un côté et la destruction des objets partiels de l'autre. »

Le complexe fraternel ne serait pas un déplacement du complexe d'Œdipe ; ce n'est pas non plus à confondre avec le complexe de l'intrus décrit par Lacan. Ce n'est pas uniquement de la haine, l'envie ou la jalousie ; il comprend ces dimensions, mais encore d'autres, toutes aussi importantes et articulables aux précédentes : l'amour, l'ambivalence et les identifications à l'autre semblable et différent. (2)

Le complexe fraternel tient sa spécificité de son organisation et de sa fonction. En substance, « sa structure est organisée conjointement par la rivalité et la curiosité, par l'attrait et le rejet qu'un sujet éprouve vis-à-vis de cet autre semblable qui dans son monde interne occupe la place d'un frère ou d'une sœur. Selon cette perspective, l'attrait n'est pas seulement un retournement de la haine, la curiosité un contre-investissement du rejet. »

B. Point de vue de la psychologie de développement : la théorie de l'attachement fraternel

1. L'ainé comme base de sécurité

Stewart (13) s'intéresse au potentiel des aînés. Il se demande si les aînés peuvent être des figures d'attachement subsidiaires pour un jeune enfant. Dans cette recherche, l'auteur a observé 54 fratries. Son étude montre que 52 % de son échantillon d'aînés rassurent, réconfortent et soignent leur jeune cadet quand leur mère les laisse ensemble, seuls ou en présence d'une étrangère.

Bowlby (14) et Marvin (15) ont suggéré que les relations entre la mère et l'enfant se modifient avec le développement du perspective-taking (que nous traduisons en termes de décentration) à l'œuvre dès l'âge de quatre ans. Dans de nombreuses familles, le partenariat entre l'ainé et la maman est surtout visible

pour prendre soin du puîné. Une question se pose donc : y a-t-il une association entre l'habileté d'inférer un autre point de vue que le sien, la tendance de la mère à requérir l'aide de l'aîné dans le caregiving et le fait de s'occuper du jeune frère ?

L'étude menée par Bosso (16) a montré que l'aîné (âgé de 18 à 32 mois) dont l'attachement à la mère est sécurisé initie davantage de comportements « prosociaux » et moins de comportements « antisociaux » envers leur jeune frère ou soeur nouveau-né(e) que les enfants dont l'attachement est insécurisé.

La recherche de Teti et Ablard (17) révèle que les aînés sécurisés initient davantage de comportements d'aide et de réconfort envers les plus jeunes, exprimant de la détresse et du désarroi (causés par le départ de la mère lors de la situation de jeu), que les aînés insécurisés. De plus, en présence de la mère, les cadets sécurisés sont moins contestataires et agressifs envers leur mère et leur aîné, quand celle-ci joue uniquement avec l'aîné, que les cadets insécurisés.

Toujours dans la même perspective, Coutu et al (18) ont étudié l'influence de la relation mère–enfant sur la qualité des interactions fraternelles dans 44 fratries dont au moins l'un des enfants est d'âge préscolaire (l'écart d'âge moyen était de 27,2 mois). Les résultats indiquent que les aînés ont initié plus de conflits d'objets et ont manifesté plus de comportements affectueux que les cadets ; ils ont également initié plus d'interactions avec la mère et les cadets. Les cadets ont initié moins de comportements agonistiques que leurs aînés et ont adopté, de façon générale, un rôle de dépendance dans les interactions avec la fratrie.

Ainsi, dans les relations fraternelles les aînés ont plus tendance à protéger, réassurer, servir de modèle, avoir des comportements prosociaux alors que les cadets ont plus de comportements affiliatifs, ils recherchent la proximité, jouent des rôles complémentaires avec leur aîné.

Toutes ces études indiquent qu'une grande majorité des aînés sont capables, dans certaines circonstances, de sécuriser leur cadet anxieux et accrédi-
l'hypothèse de l'activation de son système de sécurité mais la question que l'on

peut se poser est de savoir s'ils ont une influence sur le versant « exploration » du cadet.

2. L'aîné comme base d'exploration du monde extérieur par le cadet

Dans l'étude de Troupel et Zaouche-Gaudron (19) ayant pour objectif d'examiner l'influence de la qualité du lien d'attachement fraternel sur la socialisation du jeune cadet dans une population constituée de neuf fratries (les cadets sont âgés de 36 à 48 mois et les aînés de quatre à dix ans) et de neuf enfants uniques de 36 à 48 mois, Les résultats indiquent que le cadet utilise le frère aîné comme ressource en cas de difficulté et qu'il va le solliciter en cas de problème. Ensuite, lors du départ ou du retour des parents, l'aîné sécurise son jeune frère qui est beaucoup moins anxieux que l'enfant unique. Conjointement, les résultats indiquent que ces effets sont influencés par la qualité du lien d'attachement du cadet envers son aîné.

Ainsi, en ce qui concerne le lien d'attachement fraternel, les conclusions de certains travaux nous donnent des pistes pour postuler que le cadet trouve réconfort auprès de son frère aîné qui est capable de représenter une base sécurisante lui permettant d'aller explorer le monde extérieur.

II. Rang de naissance et devenir du sujet

Depuis que l'hypothèse d'un lien entre le rang de naissance et le développement de certains traits de personnalité a été proposée (20), plusieurs auteurs ont tenté de déterminer l'existence d'une association entre le rang de naissance et divers aspects tels que la santé mentale (21), voire la consommation de psychotropes(22).

1. Les recherches cliniques

Au même titre que la taille de la fratrie, le rang de naissance est une variable largement étudiée à partir d'échantillons cliniques. Les recherches plus anciennes indiquent une surreprésentation des premiers-nés (les aînés) et une sous-représentation des enfants intermédiaires et des benjamins dans les centres de consultations psychologiques ou psychiatriques (23)

De son côté, Chevallier (24) montre à partir de sa revue de la littérature qu'il n'existe pas de lien entre une catégorisation large du variable « rang de naissance » (aîné, benjamin, intermédiaire) et la demande de consultation. Selon Chevallier, cela n'implique pas nécessairement un simple effet de rang de la fratrie mais indique plutôt que dans les familles de 4 enfants et plus, on consulte plutôt pour les jeunes.

Dans la littérature anthropologique, certains comme le psychanalyste français Boucebcî (5) parle du « syndrome d'ainité », tandis que l'anthropologue Fortes (25) parle du « syndrome du premier-né ». Boucebcî parle d'un facteur de risque important dans certaines sociétés comme l'Algérie. Le rang dans la fratrie lui apparaît comme une donnée essentielle dans l'analyse du risque psychopathologique, surtout la place symbolique de l'aîné quand les changements socioculturels sont radicaux importants et rapides. Il présente d'ailleurs plusieurs exemples de cas où « la décompensation au moment de la crise de l'adolescence, moment majeur dans la liquidation oedipienne, pose pleinement la problématique (...) de jeunes migrants en situation de rupture culturelle. » Fortes parle plutôt du syndrome du premier-né que l'on retrouve dans plusieurs cultures et qui constitue la reconnaissance par la naissance d'un premier enfant du statut de parent.

2. Les recherches épidémiologiques

La plupart des recherches épidémiologiques ayant inséré le rang de naissance dans leur devis sont de nature transversale et la majorité a été réalisée en Amérique du Nord. Certaines études montrent une association entre le rang de naissance et certaines catégories de problèmes. Par exemple, l'étude de Rutter (26) indique que les premiers-nés sont légèrement plus susceptibles de manifester des troubles intériorisés. Shepherd, Oppenheim et Mitchell (27) montrent que les premiers-nés âgés de 5 à 15 ans sont plus à risque de présenter des comportements extériorisés (déviants) selon la perception des parents. Au Québec, les données de Bergeron et coll. (28) révèlent que les enfants de 12 à 14 ans occupant un rang élevé dans la fratrie (3 et plus) ont plus de chances d'avoir des troubles intériorisés que les premiers-nés, les seconds-nés et les enfants de situation unique, selon l'évaluation des parents.

D'autres auteurs n'ont montré aucune association entre le rang de naissance et certains problèmes de santé mentale. Par exemple, Makaremi (29) n'a observé aucun lien entre le rang de naissance et les scores au questionnaire de Eysenck (extraversion. névrotisme. psychotisme) chez 262 enfants iraniens âgés de 10 à 14 ans. Également les données de Matsuura et coll. (30) indiquent que le rang de naissance n'est pas associé à des comportements déviants chez les enfants de trois pays asiatiques, soit la Chine, le Japon et la Corée, selon la perception des parents et des Professeurs

Il existe des recherches de nature longitudinale ayant tenté de délimiter le rôle du rang de naissance sur les problèmes de santé mentale des enfants et des adolescents. Sharma (31), à l'aide d'un échantillon de 250 enfants d'origine indienne, rapporte que les premiers nés sont plus susceptibles de présenter des problèmes de personnalité, d'alimentation, de sociabilité et scolaires. Feehan et coll. (32) montre que les premiers-nés sont plus susceptibles de manifester des problèmes intériorisés à l'âge de 15 ans

L'explication intra-utérine à ces données propose que les jeunes mères fournissent à leur premier enfant un environnement utérin optimal comparativement à celui de leur dernier-né ; l'apport nutritif donné par les jeunes mères qui ont vécu peu de grossesses serait plus riche. Cet avantage des premiers-nés aurait un impact dans plusieurs sphères telles que la santé en général et l'intelligence. En contrepartie, d'autres auteurs ont plutôt proposé que les premières grossesses auraient une plus forte probabilité de présenter des complications à l'accouchement comparativement aux grossesses subséquentes, ce qui signifie que plus le rang de naissance augmente et plus la santé des enfants serait bonne. (33)

La deuxième hypothèse concernant le rang de la fratrie et le risque psychopathologique souvent avancée est celle du détrônement que Adler (20) a mis de l'avant c'est -à dire lorsque le premier-né est éventuellement détrôné par la venue d'un nouvel enfant. L'aîné essaie donc de conserver sa place privilégiée auprès de ses parents. Cette réduction du temps accordé au premier né peut être associée à des confrontations régulières entre les deux enfants et cela peut avoir des effets sur les problèmes de comportements des enfants. Adler constatait d'ailleurs à cette époque de nombreux cas de régression chez des premiers-nés détrônés par un nouveau bébé. Cette hypothèse implique qu'à chaque fois qu'un nouvel individu arrive dans la famille, un autre est détrôné. En théorie, les seuls ne pouvant être détrônés sont les derniers-nés.

La troisième hypothèse, une des plus intéressantes, propose que les différences observées seraient dues au fait que les parents seraient plus attentifs et surprotecteurs à l'égard du premier enfant. Adams, (34) Rutter et Cox (35) parlent plutôt de l'hypothèse de l'anxiété parentale qui jouerait un rôle important dans l'étiologie des problèmes de santé mentale des enfants.

Globalement, les premiers-nés recevraient plus d'attention de la part de leurs parents que les autres enfants de la famille. La venue d'un premier enfant constitue en effet un événement stressant pour les parents ; à l'arrivée d'un second, les parents sont d'habitude mieux outillés pour faire face aux multiples demandes de l'enfant. Ils sont également beaucoup plus confiants et détendus dans leurs relations avec l'enfant. On assisterait ainsi à une diminution des comportements attentifs et surprotecteurs des parents à l'égard des autres enfants puisqu'ils seraient plus à l'aise avec eux.

L'hypothèse selon laquelle les parents interagissent différemment avec leurs enfants selon le rang de naissance semble donc la plus vraisemblable. En général, les études montrent que les comportements des parents varient selon que l'enfant soit un premier-né, un second-né ou un dernier-né(36)

Toujours dans la perspective de la troisième explication, d'autres affirment que les premiers-nés et les derniers nés jouissent d'une position privilégiée dans la famille. Par exemple, Kidwell(37) affirme que les premiers-nés reçoivent plus d'attention, d'affection et d'interactions positives de la part de leurs parents. Les derniers-nés quant à eux vivraient une relation plus détendue avec leurs parents compte tenu du fait que les parents s'occupent plus des aînés.

La quatrième et dernière explication propose que les parents investiraient beaucoup plus dans les premiers-nés sur le plan affectif et économique. Plusieurs recherches ont montré que les premiers-nés sont plus susceptibles d'avoir un niveau d'éducation plus élevé et de travailler dans des professions plus lucratives et de décision. Par exemple. Il est important de rappeler que les parents de premiers-nés ont habituellement de plus grandes attentes par rapport à eux(32).

OBJECTIF DE L'ETUDE :

L'objectif a été de décrire la psychopathologie de la pathologie psychiatrique du benjamin de la fratrie.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Montrer qu'une fonction défaillante de père pouvait être à l'origine d'une pathologie psychiatrique du benjamin
- Démontrer que la mère des benjamins atteints de troubles psychiatriques vivait des difficultés conjugales importantes.
- Montrer que l'aîné de la fratrie était mis dans une position parentale par le benjamin atteint de pathologie psychiatrique.

MATERIELS ET METHODES :

• Méthodes

-Type et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude qualitative de type descriptif. Elle s'est déroulée de Juin 2017 à Juin 2018.

-Population de l'étude

La population était constituée de patients suivis au centre de santé mentale Dalal xel de Fatick.

Le Centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick est une initiative de l'Ordre hospitalier de Saint Jean de Dieu, ordre de l'église catholique. Il est situé au centre du Sénégal sur la route nationale 1, à l'entrée de la région de Fatick.

Il comporte 01 unité d'hospitalisation avec 40 lits, 01 unité de consultation, 01 unité d'ergothérapie.

-Echantillon et taille

05 patients benjamins de fratrie suivis en ambulatoire ont été retenus pour notre étude.

-Critères d'inclusion

Les patients benjamins de fratrie, ayant accepté de participer à notre étude.

-Critères de non inclusion

Les patients n'étant pas benjamins de fratrie, ou refusant de participer à notre étude.

- **Matériels :**

-Procédures et Outils de collecte de données

Nous avons mené des entretiens semi-directifs avec les benjamins et leurs parents. Nous avons réalisé 02 entretiens avec chaque famille, durant le suivi en ambulatoire. Ces entretiens s'étaient passés successivement avec le patient, un des parents à la fois quand il était disponible, puis toute la famille, c'est-à-dire le patient avec le/les parents.

-Contraintes et limites de l'étude

Les familles n'étaient forcément pas disponibles pour l'étude. La durée de l'étude et du suivi, a été une limite. Les entretiens ont été faits avec la présence d'un traducteur, ce qui a pu occasionner une « perte de sens » de certains propos de patients s'exprimant parfois en d'autres langues que le français.

-Consentement

Le consentement libre et éclairé de l'étude a été sollicité pour tous les patients et leur famille, et l'anonymat a été respecté.

Patient I : ABLAYE S.

Il s'est agi d'un patient que nous avons reçu le 03/11/2017, amené par sa famille pour insomnie de réveils multiples, dialogue hallucinatoire, instabilité psychomotrice évoluant depuis 01 an environ. Il n'y a pas de notion de prise de toxiques. L'examen retrouve une instabilité psychomotrice et un dialogue hallucinatoire. Le diagnostic évoqué a été une schizophrénie paranoïde. Il a été mis sous antipsychotiques. L'évolution est satisfaisante avec disparition du dialogue hallucinatoire, et reprise du sommeil.

Entretien du 12/03/2018 avec la famille

Les parents disent que d'après eux, c'est Dieu qui a donné la maladie.

Entretien avec le père

Le père est Maçon, il s'appelle Ousmane S. Il est marié à 01 femme et est père de 06 enfants. Ils ont perdu 02 enfants, qui sont décédés juste avant la naissance de notre patient, de suite de « palu ». Ils ont 02 filles et 04 garçons vivants.

A la question « Que pensez-vous de votre enfant ? » il répond « rien »

Il nous dit :

« Il est très attaché à sa mère, je ne sais pas pourquoi. Avec ses frères, il n'a jamais eu de problèmes. Je lui connais 02 amis, avec qui il n'a pas de problèmes

« Je ne frappe pas mes enfants et je n'ai jamais frappé Ablaye. Nous vivons dans notre propre maison et je suis toujours à la maison ».

Nous notons que le père est très peu bavard, et il nous a fallu faire appel à lui pour qu'il se rende aux rendez-vous que nous lui avons fixés. L'entretien a duré

une dizaine de minutes environ ; nous nous sommes sentis gênés, car nous avons l'impression que le père n'était pas coopératif.

Entretien avec la mère

Elle se nomme Amy N. et est âgée de 62 ans. Elle s'est mariée en 1975 avec le fils de son oncle qui est son Mari. Elle signale avoir perdu plutôt 03 enfants.

Elle nous dit :

« Au moment de me marier, j'aimais quelqu'un d'autre, mais mes parents n'étaient pas d'accord. Finalement, j'ai épousé le fils de mon oncle. J'étais catholique et je me suis convertie en épousant mon cousin. Mon mari est toujours présent à la maison, et n'a pas beaucoup de travail. Il m'est arrivé de ne pas pouvoir me retenir parce que je suis souvent fatiguée car j'ai l'impression que mon mari ne fait rien ; parfois je me refuse à lui, je refuse d'avoir des relations sexuelles avec lui. Il nous est arrivés d'avoir beaucoup de problèmes, mais je suis resté à cause des enfants ; ils connaissent ma situation et ont commencé à travailler vers 10 à 11 ans chacun.

Je me sens très proche de mon fils aîné qui est en Espagne depuis 2006 ; il nous envoie de l'argent de temps en temps.

Concernant Ablaye, je pense qu'il est plus proche de moi que de son père ; d'ailleurs, quand il a quelque chose, il vient d'abord me donner avant de penser à son père. Je l'ai déjà frappé 01 fois, car son grand frère lui avait prêté un habit et il ne voulait pas. Ablaye est proche d'un de ses grand frère, et il y a 04 enfants entre eux ; ce dernier est chauffeur de taxi, marié avec 02 enfants. Il vit à la maison avec sa famille.

Entretien avec Ablaye S

Le patient dit : « je me sens proche de Mame Cheikh ; il est chauffeur, et on s'entend plutôt bien ; pour compenser son absence, je partais jouer surtout au football. Je n'ai que 02 amis avec qui j'ai grandi.

Concernant mes parents, je me sens proche de ma mère, que je trouve parfois triste et je ne sais d'ailleurs pas pourquoi. Je me rappelle que la fois où ma mère m'a frappé, c'est une fois je suis sorti sans demander de permission.

Ma maladie, je sais que ça a commencé par des maux de tête et je ne sais pas vraiment quelle est la cause ».

Entretien avec la famille entière

Quels sont les projets pour le patient ?

Le père dit, après un long temps d'arrêt : je veux qu'il revienne travailler comme maçon.

La mère dit : je pense que c'est préférable qu'il change de boulot ; le marabout a dit que c'est parce qu'il a rencontré un djinn dans son boulot qu'il est autant malade.

Entretien du 09/04/ 2018 avec Cheikh (Le frère du patient chauffeur), Ablaye S et sa mère

Nous recevons la famille, avec le frère qui s'assoit au milieu de la maman et du patient. Il est chauffeur et a du se libérer pour venir en consultation avec son frère.

Le patient est plutôt stable sous traitement et il nous signale avoir repris le travail de maçon avec son père.

Le frère nous dit : » Ablaye et moi sommes très proches, par rapport à nos autres frères et sœurs ; surement parce que moi, je ne cherche pas trop les problèmes. Ablaye était un garçon très taquin et très jovial de nature ;

Sa maladie a commencé quand il a décidé d'aller en Gambie pour travailler, avec un de ses patrons. Je suis allé lui rendre visite la bas et tout allait bien, il était bien installé ; c'est après que son patron m'a appelé pour dire de venir le prendre car ça n'allait pas ».

A ce propos, le patient signale qu'il était pourtant à l'aise là-bas et il ne sait pas ce qui s'est passé.

Discussion du cas :

Ablaye est le dernier né d'une fratrie utérine de 06 enfants. Ses relations avec ses parents sont normales, même s'il perçoit bien les « souffrances » que sa mère endure. Il dit à ce propos : « je la sens un peu triste je ne sais pas pourquoi ».

Nous notons néanmoins que le père assume difficilement son rôle. Sa femme dit à ce propos : « Il m'est arrivé de ne pas pouvoir me retenir de lui parler parce que je suis souvent fatiguée car j'ai l'impression que mon mari ne fait rien ». Les difficultés financières occupent une place importante dans la famille, poussant les enfants, parmi lesquels notre patient, à travailler vers l'âge de 10-11 ans. La proximité qu'Ablaye entretient avec son père du fait de leur métier commun (que le père a appris à Ablaye et pas aux autres enfants,), fait qu'il a investi le « mauvais rôle », le père étant disqualifié auprès de la mère (« il ne fait rien »). Cet investissement met Ablaye dans une position inconfortable, car dans le même temps, il dit se sentir proche de sa mère; comment plaire au père et à la

mère en même temps, alors que le père ne plait plus à la mère ? Andolfi (38) décrit ces familles où l'enfant « s'occupe du bien être des parents au détriment du sien ». Le patient pourrait être vu comme le lien qui maintient une relation entre son père disqualifié et sa mère qui dit « souffrir dans le couple » mais « rester à cause des enfants ».

A l'occasion d'un séjour hors du domicile familial, c'est-à-dire en Gambie où il est allé pour travailler, il développe un accès psychotique. Cet accès psychotique permet au patient de jouer son rôle de tampon entre ses parents, en permettant un retour au domicile familial.

PATIENT II : BABACAR D.

Il s'agit d'un patient que nous recevons le 16/02/2017, amené par ses parents pour une symptomatologie remontant à 3 semaines environ, fait d'une agressivité physique envers ses parents, d'une instabilité psychomotrice, d'un trouble du sommeil à type d'insomnie totale et des hallucinations acoustico-verbales non précisées. Cette symptomatologie survient chez un patient suivi depuis 2012 à l'hôpital Fann pour polytoxicomanie associée à une schizophrénie. Nous posons le diagnostic de troubles psychotiques dus à l'usage de substances psychoactives. Il est hospitalisé et mis sous antipsychotiques et anxiolytiques. Il est ensuite suivi en ambulatoire sous antipsychotique par voie orale et retard.

Après une longue période d'absence aux rendez-vous, les parents le ramènent en consultation le 20/04/2018 pour une symptomatologie similaire, avec une reprise de la consommation des substances psychoactives, ce qui nécessite une hospitalisation.

Entretien avec la mère

Elle s'appelle Mme Habibatou D. et est fonctionnaire dans un ministère de la place.

Elle nous dit : « je l'ai eu après une fausse couche ; après lui, j'ai eu plusieurs autres fausses couches et même une grossesse extra utérine ; finalement, j'ai décidé d'arrêter avec mes deux garçons ; il y a 05 ans d'écart entre eux ; son frère est ingénieur en télécommunications et voyage beaucoup ; je lui dis de ne pas s'inquiéter pour son frère, nous on s'en occupe.

Je pense que c'est un enfant gâté, son père l'a trop chouchouté quand il était petit ; parfois vers l'âge de 03 ans, Babacar dormait sur lui. C'est quand il était en 4^e, au moment où son frère a eu le BAC, qu'il a commencé à fréquenter des gens et à fumer. Je pense qu'il a développé un complexe d'infériorité par rapport à son frère, parce que quand il est en crise, parfois il dit à son frère : « Tu es une mauviette, tu es collé aux parents, c'est moi le guerrier ». Parfois, il vient s'excuser mais deux jours plus tard, il nous insulte.

Je pense que mon mari a des réactions disproportionnées avec lui ; quand il faut le sanctionner, il ne le fait pas et quand il fait une petite bêtise, il réagit brutalement.

C'est moi qui m'occupe de plusieurs choses à la fois ; mon mari étant malade d'hypertension, parfois j'enferme mon mari pour m'occuper de mon fils.

Je crois qu'il est entouré par des femmes ; d'ailleurs je lui connaissais une petite amie mais depuis qu'il fume, il n'en a plus eu ; je crois que la solution, c'est de lui trouver une femme».

« J'ai une belle sœur qui lui a proposé de venir travailler dans son chantier, mais puisque on ne lui payait pas son argent tous les jours, il a décidé d'abandonner le travail en question ».

-Entretien avec le père

« Babacar, c'est le nom de mon beau-père ; j'ai beaucoup d'affection pour lui ; ils nous a beaucoup aidé quand nous étions jeunes mariés car je n'avais pas d'argent à cette époque d'ailleurs, il m'arrive parfois de penser que je l'ai gâté.

Quand il était petit, il avait des jeux étranges, il déchirait des chaussures et jouait avec des couteaux.

Jusqu'à l'âge de 15ans, il n'avait pas vraiment d'amis jusqu'au point où il a commencé à fréquenter des personnes qui l'ont poussé à fumer.

Il m'arrive de le frapper, et parfois son frère m'aide à le corriger.

Je pense qu'il est faible, il n'arrive pas à prendre ses responsabilités, il suit la foule ; quand son frère est absent, il essaie de l'imiter tout le temps dans sa manière d'être. Mais il n'est proche de personne dans la famille. Nous avons même essayé de déménager, mais jusque-là ça ne va pas ; on a tout essayé, on est découragés.

Entretien avec le patient

« J'étais très proche de mon père quand j'étais petit ; je m'entends plutôt bien avec lui, et ma mère s'entend bien avec mon aîné.

J'ai toujours été faible de caractère ; d'ailleurs mes parents me disent : « toi, tu es homosexuel, tu es faible ».

Quand mon frère est allé à l'université, ça m'a bouleversé ; c'est à cette période que j'avais un ami Talla qui m'a poussé à fumer ; j'avais d'ailleurs vu mon frère fumer, mais je ne sais pas si il a continué.

J'ai du mal à regarder une fille dans les yeux ; il m'est arrivé d'avoir une copine mais je ne l'avais pas dragué car je ne pouvais pas.

J'ai l'impression d'avoir raté ma vie, car je ne suis pas dans la voie tracée ; je ne sais vraiment pas ce qui m'anime ; parfois j'ai 1000frs et je cherche à aller fumer sans savoir pourquoi.

A la question « quels sont tes projets dans la vie ? Le patient nous répond : « je veux avoir beaucoup d'argent, beaucoup de femmes, aider ma famille, ».

Lorsque nous lui demandons quel métier il veut effectuer, c'est toujours la même réponse, c'est à dire « un travail qui va me donner beaucoup d'argent, avant de préciser mécanicien ».

Discussion du cas

Le patient est le 2^e né d'une fratrie utérine de 2 garçons. Il est né après plusieurs fausses couches ; de plus après lui sa maman aurait eu à faire plusieurs fausses couches. Cet état de fait pourrait expliquer la distance qui existe entre lui et sa mère qui d'ailleurs avoue être plus proche de son frère aîné que de lui-même. En effet, « Culturellement il vaut mieux ne pas s'attacher à un enfant qui vient après plusieurs fausses couches pour ne pas souffrir si on venait à le perdre ». La dyade mère-enfant est remplacée par le couple « père-fils ». Les propos de la maman sont assez évocateurs. Elle qui dit : « Je pense que c'est un enfant gâté, son père l'a trop chouchouté quand il était petit ; parfois vers l'âge de 03 ans, Babacar dormait sur lui ». Cette proximité a entraîné une identification à son père. Mais que peut-on devenir si on s'identifie quelqu'un dont l'autorité, la fonction phallique est défaillante ? « C'est moi qui m'occupe de tout, j'enferme parfois mon mari pour m'occuper de mon fils » dit la mère. A ce propos, il est intéressant de noter la similitude entre ces propos du patient « j'ai du mal à regarder une femme dans les yeux » et l'attitude symbolique du père et sa place dans le système familial, lui qui « a besoin de son fils aîné pour corriger son

cadet, », « a tout essayé, est découragé ». C'est un père démissionnaire et disqualifié par la mère. Claude Olivenstein a très bien décrit ce père considéré comme défaillant : absence réelle ou symbolique et/ou jugement méprisant de la mère et/ou maltraitance et/ou addicté, d'où un père vécu comme carentiel dans tous les cas (39). Ici, le père est symboliquement absent.

Pierrette Witkowski, (40) décrit des enfants qui présentent une psychopathologie similaire à celle de Babacar. Elle remarque que ces enfants « réussissent, sur une longue période, à *imposer leurs propres règles de fonctionnement* à sa famille en exerçant des actions interprétées par son ou ses parents comme autant de pressions psychologiques et/ou d'agressions physiques. ». Ils occupent souvent une place privilégiée (ainé ou cadet) ; les parents ont une entente conjugale excellente, même si il y a une disqualification implicite d'un parent par un autre ; elle émet l'hypothèse que « C'est en désobéissant, (...) en étant maltraitant qu'il la protège. Il est maltraitant, tyran par délégation, il l'est pour que ses parents ne le soient pas », hypothèse qui se vérifie aisément chez notre patient.

A Cette faille narcissique, « j'ai toujours été faible de caractère, mes parents me disent que toi tu es homosexuel » s'ajoute la rivalité au frère, qui accentue cette faille narcissique. Sa mère dit à ce propos : « quand il est en crise, il accuse son frère d'être une mauviète au contraire de lui-même qui veut être un guerrier ». Cette haine qu'il peut éprouver envers son frère, est doublée par l'amour et le besoin d'identification qu'il peut éprouver envers lui. Il est à ce propos significatif de noter ces propos de son père qui dit : « quand son frère est absent, il essaie de l'imiter tout le temps dans sa manière d'être ». Cette rivalité fraternelle était déjà retrouvée par E et M. C ortigues qui en faisait un déplacement de la rivalité paternelle. (5).

Babacar a manqué de structure intérieure suffisamment solide, ce qui le pousse à ne pas avoir un sens de responsabilité accrue envers lui-même ou envers les autres, ce qui pourrait expliquer la consommation répétitive de substances psychoactives.

Cas III : Birame N.

IL s'agit d'un patient de 28 ans, que nous recevons le 26/12/2017 pour une symptomatologie remontant à 70 jours, à son retour de Dakar. La mère qui l'accompagne aurait remarqué qu'il s'isole, reste tout le temps couché dans son lit et serait agressif, et ce de manière impulsive. Cette agressivité serait surtout dirigée contre la coépouse de sa mère. A ce propos, le patient dit : « c'est la coépouse ma mère qui est sorcière, je sais que c'est elle qui m'a donné la maladie, elle me dit que je suis un bandit ; c'est pour cela que je suis devenu agressif ; » Cette symptomatologie survient dans un contexte d'interruption thérapeutique car le patient aurait été hospitalisé et suivi à Thiaroye sous antipsychotiques pour une symptomatologie similaire.

Nous retenons le diagnostic de bouffée délirante récidivante ; le patient est hospitalisé pendant 01 mois, puis le suivi est continué en ambulatoire sous anti psychotiques. L'évolution est satisfaisante avec disparition de la symptomatologie.

Le 09/ 02/ 2018, nous le recevons en consultation de suivi

Le patient nous dit : « je suis le dernier né de ma mère, je sais que je suis un enfant gâté ; tout ce que je demande, ma mère me le donne ; mon père c'est un bon père mais je sais que c'est la coépouse de ma mère qui m'a fait ça, la maladie que j'ai ».

Le 26/04/2018, nous avons un entretien avec la famille complète

-Entretien avec le père, Samba N

C'est un monsieur de 72ans, qui habite un village environnant et a toujours été cultivateur. Il est polygame, marié à 02 femmes. La mère de Birame est la première femme de son mari.

Il nous dit : « j'ai rencontré ma femme dans le village, et je l'ai aimé ; je savais qu'elle avait déjà 02 enfants, mais quand un homme aime, il aime. J'ai eu 02 enfants avec elle, parmi lesquels Birame. Il n'avait pas de problèmes particuliers quand il était plus petit. Il a fait le certificat et est allé au Collège; il a fait 02 ans au collège, mais faute de moyens financiers, il a dû arrêter. Puis il a rejoint ses frères à Diourbel, et quelques temps après, il est parti à Dakar.

J'ai toujours traité mes enfants au même pied d'égalité ; parmi mes enfants, je suis plus proche de Birame que des autres enfants ; ce que je lui dis parfois, je ne peux lui dire à d'autre ; j'ai l'impression qu'on a les mêmes qualités ; c'est l'homonyme de mon grand-père que je n'ai pas connu ; d'ailleurs je ne l'ai jamais frappé, contrairement aux autres enfants.

Pour sa maladie, je ne sais pas s'il a eu une mauvaise compagnie mais je ne lui connaissais pas d'amis. C'est quand il est rentré de Dakar que sa maladie a commencé ; sa maladie avait beaucoup de force.

Quand j'ai pris ma deuxième femme, la mère de Birame l'a bien accueilli. D'ailleurs, les relations sont bonnes entre elle, ses enfants et Birame. Depuis que Birame est rentré à la maison, tout se passe bien.

Entretien avec la mère de Birame

Binta G., 68 ans, travaillait avant à Dakar comme ménagère de temps en temps, ce qu'elle ne fait plus maintenant.

Elle nous dit : » j'étais divorcée quand j'ai rencontré le père de Birame. J'avais déjà fait 08 ans de mariage et j'avais environ 24 ans, avec 02 enfants. Dieu a fait qu'on se soit aimés. Ma mère était d'accord pour qu'on se marie mais pas ma grand-mère, et nous sommes mariés ».

« Le mariage se passait bien ; il a pris une deuxième femme il y a 20 ans environ ; je me suis sentie inutile, j'ai senti que l'amour était fini entre nous ; depuis je souffre mais le mal est fait ; je veux seulement finir avec ça ; au début ça faisait mal mais maintenant ça va ;

« Un jour, j'ai voulu rejoindre mon mari dans le lit conjugal et il a refusé en disant de ne plus venir le voir ; je l'ai dit à Birame, qui m'a demandé de supporter ; depuis lors, il m'appelait matin et soir tous les jours pour me remonter le moral ».

« Concernant Birame, quand il a eu 08- 09 ans, la deuxième femme est arrivé et je le lui ai donné comme elle n'avait pas d'enfant ; mais nous habitions tous dans la même concession. Mais il était très indépendant et tenait à s'occuper de ses propres besoins. Mais on ne lui refusait rien quand il était petit.

« Son père l'a fait sortir de l'école pour s'occuper du troupeau, mais je n'étais pas d'accord, j'ai même beaucoup pleuré. Birame ne voulait pas faire la

bergerie ; un jour, son père l'a insulté et il a boudé pendant 03jours, en quittant la maison ; son frère à Diourbel l'a récupéré et il a appris la mécanique ».

« Je sais qu'il est plus proche de son père ; moi je l'ai frappé une fois seulement ; il n'avait pas beaucoup d'amis ; il est aussi plus proche de son frère qui est à Diourbel ».

Entretien avec Birame

« Je pense que c'est ma tante, la femme de mon père qui m'a donné la maladie. Quand j'étais plus jeune, elle m'a donné quelque chose à manger et depuis lors, j'ai mal à la tête et au ventre ; depuis qu'elle est arrivée, il y a la jalousie et les palabres, rien ne se passe bien.

Je suis plus proche de ma mère, comme je suis son dernier enfant. Elle ne me refuse rien. Quand j'avais 11ans, quand la deuxième femme de mon père est arrivée, on m'a confié à elle et je voyais qu'elle faisait beaucoup de pratiques mystiques ».

« J'ai fait l'école jusqu'au collège, puis mon père a demandé que j'arrête pour être berger. Je n'étais pas d'accord mais comme c'est mon père... je n'ai pas beaucoup d'amis, j'ai des connaissances, mais 01 seul ami. C'est lui qui m'a demandé d'aller me protéger, car je pense qu'elle m'a marabouté. Donc actuellement je prends les deux traitements ».

Nous avons trouvé le père très peu concerné

Discussion

La fonction paternelle du père de Birame est ici défaillante. Garant de l'accès à l'agressivité de son fils, de l'affirmation de soi et de la capacité de se défendre, par un modèle identificatoire, il a bridé cette agressivité en imposant des choix à Birame. Ces choix imposés auraient eu pour conséquence une agressivité refoulée, avec un retour du refoulé sous forme de délire persécutif dont le choix du persécuteur est dicté par la maman, qui nourrit secrètement une animosité envers sa coépouse.

Birame se trouve pris entre plusieurs figures persécutrices : D'un côté, il est donné symboliquement à la deuxième femme de son père par sa mère, pour montrer sa « conduite exemplaire »⁽⁴¹⁾ envers cette dernière, même si par ailleurs elle souffre de la venue de cette épouse qui la fait se sentir inutile. De l'autre, Son père, qui se dit proche de lui, le retire de l'école pour s'occuper des animaux, à cause de l'arrivée de la deuxième femme. Ce retrait est vécu comme une trahison par le patient. Enfin, il accuse la deuxième épouse de son père de l'avoir marabouté. Il n'y a pas de surprise donc qu'il « choisisse » de délirer sur le mode persécutif, avec une thématique de maraboutage. Cette thématique ne serait pas choisie au hasard ; d'après MC et E Ortigues, « le maraboutage sous ses diverses formes, correspondrait à une relation triangulaire de rivalité sur le mode phallique » (5).

Birame est le dernier né de sa mère. Il est le 4^e enfant de cette dernière, et semble proche d'elle. D'ailleurs c'est de cette manière qu'il se positionne puisqu'il se dit proche de sa mère, même si cette dernière le trouve plutôt proche de son père. Cette proximité ressort du fait qu'elle lui raconte sa vie sentimentale et intime. Tout se passe comme si le patient était un prolongement de la mère ; nous sommes ici dans une relation fusionnelle, dans laquelle le père est absent, ou même perçu comme étranger à cette relation, de même qu'une

parentification de Birame que sa mère prendrait pour conjoint. L'épisode de l'arrêt de l'école, décision prise par le père, contre l'avis de la mère qui dit avoir beaucoup pleuré et n'être pas d'accord, un peu comme son fils, témoigne de ce lien étroit.

Ce type de relation est souvent prépondérant dans les foyers polygamiques, ou « chaque épouse, même si elle continue à demeurer dans la concession, tend avec ses enfants, à vivre de manière séparée » (41) .Ici, la particularité tient au fait que cette proximité en général n'autorise pas les indiscretions sur la vie intime comme le fait la mère de Birame, qui est tenu à la « discrétion » de même que la contestation du rôle du père qui traditionnellement, « doit apprendre à son fils à bien se comporter, et donc fait des choix pour ses enfants, car le bon vouloir des enfants ne sauraient être respecté, dès qu'il est en mesure de comprendre »(41) .Cette parentification exposera Birame aux symptômes de déviance, de dépression et à une diminution de son bien être subjectif (42).

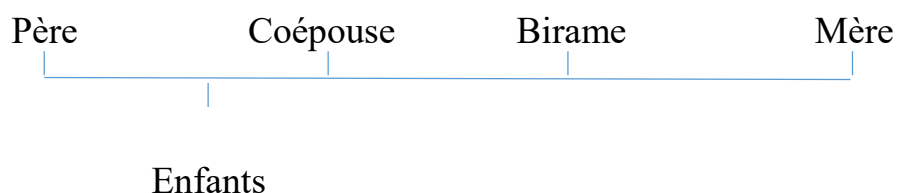


Figure 1 : Structure actuelle de la famille

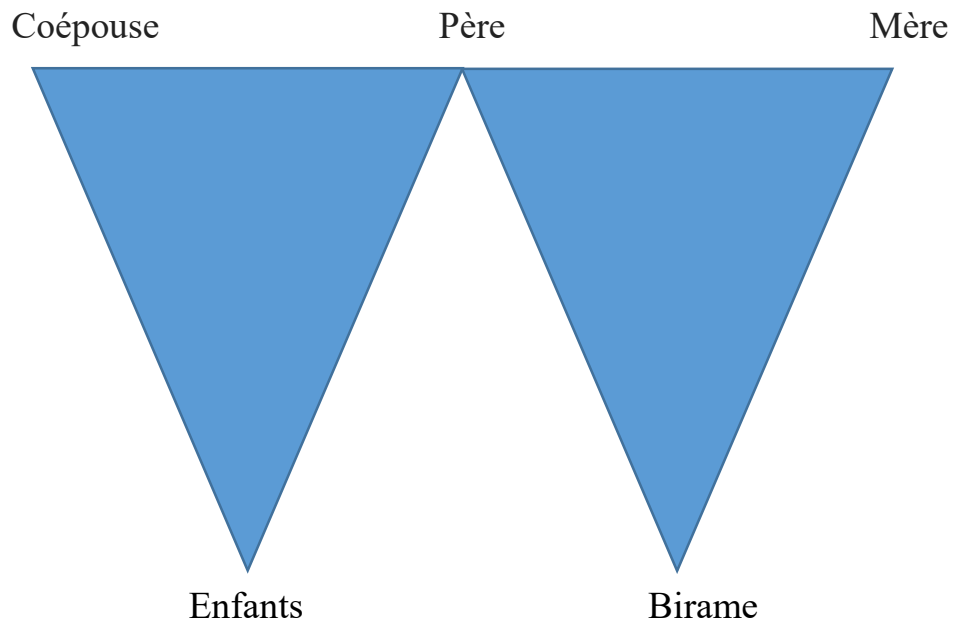


Figure 2 : Structure familiale « saine »

Cas IV : Ndeye Codou F.

Il s'agit d'une patiente de 22 ans, célibataire mère d'un enfant, qui nous a été amenée le 03/09/2017 pour une symptomatologie évoluant depuis 05 jours avant la consultation. En effet, sa mère nous signale qu'on l'aurait appelé car sa fille, qui était en vacances aurait eu un comportement étrange : elle parlait à des personnes invisibles, elle cherchait à partir tout le temps, et ne dormait pas de toute la nuit. Cet événement survenait 01 an après la naissance de sa fille.

L'examen à l'entrée montre des idées délirantes à thématique messianique et à mécanisme hallucinatoire (« j'ai une mission que Dieu m'a donnée, je parle avec des gens que vous ne pouvez pas voir »). Le Diagnostic de Bouffée délirante a été évoqué et retenu et la patiente a été hospitalisée, puis continue son suivi en Ambulatoire. L'évolution est bonne avec disparition de la symptomatologie et critique du délire.

Nous recevons Ndeye Codou et sa mère en entretien le 25/04/2018

Entretien avec la mère de Codou

Elle s'appelle Marie M ; elle a 03 enfants et est commerçante. Elle a 03 enfants, 01 garçon et 02 filles, et Codou serait sa dernière. Elle nous dit :

« J'ai rencontré le père de Codou dans le quartier et on s'est aimé ; comme je n'avais pas de frères et que j'étais l'ainée de ma mère, je suis restée avec elle, et mon mari venait me retrouver à la maison ; mais il faisait beaucoup de problèmes donc nous avons divorcé ; Codou avait à peu près 01 an à cette époque. Après le divorce, il n'y a pas eu de problèmes pour savoir qui devait garder les enfants. C'était un commerçant comme moi et je suis restée avec les enfants ».

« Parmi mes trois enfants, je crois que c'est Codou qui est la plus proche de son père. C'est l'homonyme de sa mère. Elle se déplace beaucoup pour le voir, et il lui donne beaucoup de conseils et de cadeaux. Moi je suis plutôt proche de sa grande sœur».

« Codou était une fille très active qui aimait jouer avec les gens ; c'est juste qu'elle était très rancunière. C'est quelqu'un qui respectait ses études, qui aimait son corps. Elle entretenait de bonnes relations avec ses frères, surtout son grand frère. Il travaille à Dakar, et elle serait tombée malade pendant un séjour que ce dernier aurait effectué à Dakar. Sa grande sœur parfois lui donnait parfois des conseils en lui demandant d'arrêter de courir derrière les garçons. Cette grande sœur travaille et est mariée actuellement ».

«Elle n'avait pas beaucoup d'amies filles ; j'avais soupçonné qu'elle avait un petit ami ; je l'ai même appelé pour lui en parler et elle m'a dit que c'était juste un ami de la classe, et finalement c'est lui le père de l'enfant. Il est un peu âgé.

« Concernant sa maladie, je ne sais pas exactement pourquoi elle est tombée malade...mais actuellement ça va ».

Entretien avec le père :

Nous n'avons pas pu nous entretenir avec le père, car la mère nous signale qu'il n'est pas disponible et qu'il n'a pas de numéro de téléphone.

Entretien avec Ndeye Codou

La patiente nous dit : « la maladie est venue parce que je pensais beaucoup au fait que j'ai un enfant sans être mariée. Cela a fait beaucoup de mal à mon père. Mais actuellement la relation entre mon père et moi ça va mieux. Mais je pense beaucoup qu'il me faut un travail et un mari. Je ne veux pas ressembler à ma mère, parce que quand tu as des problèmes après, personne ne t'aide. C'est mauvais d'avoir un enfant sans être mariée ; tout le monde te dis que tu es mauvaise ».

« Concernant mon père, c'est mon ami ; il cherchait toujours un moyen de s'occuper de nous ; mon père ne m'a jamais frappé, contrairement à ma maman qui me frappe souvent.

« Je préfère mon frère à ma sœur ; ma sœur, elle bavarde beaucoup, elle me gronde tout le temps ».

« Je ne pense pas que j'ai eu beaucoup d'amis garçons ; d'ailleurs, je les voyais dans la rue car maman refusait qu'ils viennent à la maison ; je pense que mon ex petit ami m'a menti ; il m'a trompé et s'est marié. Actuellement je souhaite moi aussi me marier».

Avant ma maladie, j'avancais bien à l'école et je n'avais jamais repris de classes. Je fais actuellement la Tle L.

Discussion

Ndeye Codou est la dernière enfant de sa mère. Elle a seulement 01 an quand ses parents divorcent, mais elle et sa maman sont d'accord pour dire que de tous ses enfants, c'est elle qui est la plus proche de son père. Son père, qui est séparé de la mère, est idéalisé : « il cherchait toujours un moyen de s'occuper de nous, ne m'a jamais frappé ». D'ailleurs elle ne mentionne à aucun moment les difficultés financières de la famille, dont le père ne serait pas la cause d'après elle. Cette idéalisation inconsciente pousse la patiente à constamment chercher une figure de père idéale. De plus, l'absence du père dès son plus bas âge entraîne une perte de la fonction surmoïque qui est dévolue au père. Ce facteur pourrait expliquer la particulière proximité qu'elle entretient avec son frère aîné (elle est tombée malade pendant une absence de celui-ci) et de même, elle explique l'âge avancé (une quinzaine d'année de différence) du géniteur de son enfant.

Bougoul Badji notait déjà que, dans la société sénégalaise, l'autorité du père, voire des pères a comme dernier relais fréquemment l'aîné de la fratrie (43).

Mais cette recherche n'est pas sans risque. L'idéalisation du père **pourrait** donner lieu à un aveuglement, et donc à la déception de la part de figures paternelles de remplacement (« mon petit ami m'a trompé »).

L'absence du père, et donc l'absence de la fonction de séparation que le désir de la mère pour le père engendre (Lacan) (11), aurait engendré une identification massive à la mère, par défaut de triangulation précoce. La patiente dit d'ailleurs « je ne veux pas ressembler à ma mère » comme pour éviter une réalité concrète. La mère ayant entouré d'une mise en garde la sexualité et la reproduction (« je lui ai demandé d'arrêter de courir derrière les garçons, j'ai soupçonné qu'elle a un petit ami »), la patiente est laissée à ses interrogations sans réponse, générant de l'angoisse. Sa bouffée délirante, survenue 06 mois après son accouchement avec des thématiques mégalomaniques serait en miroir du sentiment de rejet et d'infériorité (« tout le monde te dit que tu es mauvais »), exacerbé par le fait qu'elle aurait perdu l'approbation de son père (cela a fait beaucoup de mal à mon père). Dans le même ordre d'idées, Debora J. Johnson, dans une revue de la littérature, a montré que les filles issues de famille monoparentales ont une faible estime d'elles-mêmes, avec un haut risque de grossesses précoces (44).

CAS V : Serigne Cheikh Modou S. F

Il s'agit d'un patient de 21 ans, célibataire sans enfants, sans emploi, qui nous a été amené par sa mère le 26/04/2018 pour une symptomatologie évoluant depuis 07 jours environ. Sa mère nous signale que tout aurait commencé par une insomnie totale bien supportée, une logorrhée et des propos étranges dans lesquels il disait être attaqué par des mauvais esprits.

Cette symptomatologie surviendrait dans un contexte de rupture thérapeutique ; en effet, le patient aurait été hospitalisé en 2016 et en 2017 dans un centre de santé de la place pour une symptomatologie similaire.

Le patient est un usager régulier de Cannabis et d'alcool depuis environ 03 ans.

A l'entrée, nous notons un syndrome maniaque constitué d'une humeur exaltée, avec idées de persécution, une instabilité psychomotrice avec agitation sur son siège, et une insomnie totale bien supportée.

Le diagnostic retenu est un accès maniaque avec caractéristique psychotique dû à la consommation de substances psychoactives.

Il a été hospitalisé, mis sous traitement à base de thymorégulateur et antipsychotiques.

Il est sorti sous ce traitement le 24/05/2018 sous ce traitement dans un état stable.

Entretien avec Serigne F

J'ai commencé à fumer lorsque j'avais 15 à 16 ans, j'étais en classe de 4^e. C'est un ami qui m'a poussé. J'aime bien fumer et je ne crois pas que ce soit ça qui soit à l'origine de ma maladie. J'ai dû arrêter l'école à cause de cela.

Concernant ma famille, j'aime beaucoup ma mère, nous sommes des amis, elle me raconte sa vie. C'est vers elle que je me tourne quand j'ai des problèmes. Par contre mon père je le vois comme un père, mais il ne m'a jamais beaucoup donné de conseils. Je le trouve effacé, mais je ne sais pas pourquoi. J'aime beaucoup Khadim mon frère aîné car « il ne bagarre pas trop ». Par contre, celui que je suis, il est un peu fou, il me frappe souvent.

Entretien avec Fatou F, 55 ans, la mère du patient

J'avais 24ans quand nous nous sommes mariés. Je fais partie d'une famille maraboutique et mon père m'a donné en mariage car le père de mon mari était

son taalibé. Nous étions très proches et on se connaissait depuis l'enfance. Il est comptable mais il a perdu son travail juste avant que l'on se marie. C'est moi qui réglais les problèmes financiers du ménage ; souvent, j'étais furieuse contre lui car quand il avait l'argent, il ne contribuait pas aux dépenses. De plus, il était souvent agressif envers les enfants, et envers moi. Quand j'ai accouché Serigne, quelques temps après, mon mari m'a battu et j'ai donc décidé de faire un planning familial car ça devenait difficile.

Au cours de l'entretien, elle parle beaucoup de ses fils (elle en a 04) qui sont une vraie fierté pour elle. Elle dit « Serigne était un garçon bien ; parfois les gens me disaient : « ton enfant là est bien deh ! Il n'avait jamais repris de classe mais quand il est allé au CEM, il a commencé à fréquenter les taalibés de Cheikh Bethio et un parmi eux l'a initié à la consommation de Cannabis. Il n'avait pas beaucoup d'amis, 03 ou 04 car il aime être avec des grandes personnes, et malheureusement ce sont eux qui le poussent à fumer.

Depuis son enfance, il est très proche de moi ; d'ailleurs je ne l'ai jamais frappé contrairement à son père ; c'est d'ailleurs lors d'un voyage qu'il a fait loin de moi qu'il a eu son premier épisode.

Avec ses frères, tout se passe plutôt bien, mais il est plus proche de l'ainé, Khadim. Moi de même je suis proche de Khadim. Celui qui précède Serigne le frappe souvent. Moi je ne l'ai jamais vu avec des femmes, pas même ses frères n'ont de copines. C'est un enfant, je pense qu'on l'a emporté. Cela fait 04ans qu'il est malade, et je pense que sa maladie est due à un maraboutage, mais je n'y pense pas.

Discussion :

Le père de Serigne est symboliquement absent. Mari et père violent, il est disqualifié aux yeux de sa femme car « il ne contribue pas aux dépenses ». Cette fonction paternelle défaillante aurait livré les enfants aux soins exclusifs de leur mère, avec une particularité pour Serigne, du fait de sa position de cadet. Cette absence symbolique du père, qui devait non seulement réduire l'anxiété maternelle et répondre à ses besoins pulsionnels, mais aussi jouer un rôle de contenant à la dyade mère-enfant, livre Serigne à une instabilité émotionnelle, et à un contrôle des impulsions défaillant, c'est-à-dire à une perte de contrôle face à des substances psychoactives. (45)

L'absence symbolique du père (« je le trouve effacé » dit Serigne) entraîne un défaut d'identification, avec comme conséquence une recherche de structuration dans le groupe. Lequel groupe, s'il ne peut pas être la fratrie (« celui que je suis, c'est un fou » dit Serigne), sera des groupes d'amis et en l'occurrence « des grandes personnes » comme dit sa mère, sous-entendu des personnes plus âgées que Serigne, des figures paternelles de remplacement. La relation avec ses pairs se structurent autour du cannabis, remplaçant ainsi la relation qu'il aurait dû avoir avec ses pairs.

La fonction paternelle défaillante est concomitante à une relation dyadique fusionnelle à la mère avec défaut de triangulation, par disqualification du père. Il dit d'ailleurs à ce propos : « ma mère c'est mon amie, elle me raconte souvent sa vie ». Stanton (1982) constatait déjà que « les mères de toxicomanes ont avec leur fils une pratique éducative symbiotique et que cette pratique éducative symbiotique dure beaucoup plus longtemps que chez les mères de schizophrènes. Le tout accompagné d'une marginalisation des pères dans l'éducation, voire d'une disqualification ouverte », ce qui semble être le cas chez notre patient. (46) Cette proximité, où la mère de parente devient amie dans une

sorte de confusion générationnelle, livre Birame à une identification projective de la mère avec des idées de persécution. Tout se passe comme si le patient était le porte-parole de la souffrance maternelle, mère qui dans ce cas, subit une situation de persécution avec violence conjugale, mais ne peut s'exprimer et se séparer, car elle est « d'une grande famille maraboutique ».

L'enfant dernier né de fratrie vient souvent clôturer une suite de frères, et communément il est appelé « l'enfant de la vieillesse ». C'est un enfant qui vient après un long parcours du couple parental, ponctué de succès et d'échecs, de réussites ou d'erreur. Les parents évoluent, des événements internes ou externes ont pu modifier la configuration familiale. Le benjamin de la fratrie ne dispose donc pas « du même type de disponibilité parentale et des mêmes ressources économiques et relationnelles que leurs aînés »(47). C'est un enfant souvent investit émotionnellement par les parents (43).

Les benjamins, de par leur position symbolique, marquent la fin d'un cycle parentale où ces derniers sont dépossédés de leur mandat de géniteur, une sorte de castration. Cette action procède à un nivellement qui ramène les parents dans la position d'élément de la fratrie. Ce nivellement les autorise secondairement à assumer leur fragilité. Cette action sollicite aussi le benjamin qui peut s'inviter dans une danse parentale qui peut être difficilement vécu selon le niveau d'implication parental.

1. Relation au père

Avec l'arrivée des enfants, le statut d'époux doit coexister avec celui de père. Il est sollicité dans sa capacité à endosser un nouveau rôle, qui lui impose de nouvelles exigences. Il doit être le porteur de la loi et fixer les limites, tout en offrant un modèle identificatoire.

L'expression inadaptée de la discipline par le père signerait une défaillance de la fonction paternelle, comme retrouvé chez le patient Babacar D. Au-delà du rôle de séparation-individuation joué par le père, il devrait avoir dans le même temps un rôle de liaison et de protection de la relation mère-enfant, (48), ce qui semble ne pas ressortir dans ce cas. Cette fonction paternelle défaillante est aussi physique en cas de divorce, comme dans le cas de la patiente Ndeye Codou, ou

alors au niveau des dépenses quotidiennes, comme dans le cas du patient Ablaye S, voire de Serigne F. Comme conséquence, nous avons fréquemment une disqualification du père par la mère (Birame N, Serigne F,), avec un défaut de triangulation et maintien, soit dans la dyade père-enfant, soit plus fréquemment mère-enfant avec le père qui « occuperait mal, voire pas du tout le fauteuil que lui aménagerait son épouse pendant sa relation à son fils » pour reprendre la métaphore de P.Julien (49), où le père peut soit mal occuper la place que lui ferait la mère, soit ne pas avoir de place du tout si la mère ne lui en donne pas. Le benjamin, souvent pris entre deux feux, deux loyautés contradictoires, joue fréquemment le rôle de tampon entre ses parents souvent séparés soit physiquement par le divorce (cas de Ndeye codou) soit émotionnellement (cas de Birame N et de Serigne F)

Cet exercice où le père est disqualifié aux yeux de la mère entraîne une souffrance, parfois une véritable cassure du monde interne pouvant déboucher sur des troubles psychotiques (cas de Birame N, de Ndeye Codou). Des auteurs ont souligné ce phénomène chez des enfants de parents séparés (50), ou témoins de violence conjugale(42)

2. Relation à la mère

La mère est le premier « autre de l'enfant ». La grossesse met de fait la mère en position de support au développement de l'enfant. Elle fait progressivement place à une relation certes dyadique, mais fusionnelle. La mère est chargée de soins de maternage et c'est elle qui est le support de l'attachement de l'enfant. C'est de cette position centrale que se construisent la triangulation et l'introduction du père auprès de l'enfant.

Dans notre étude, les mères traversent des situations de difficultés conjugales. Mariée par défaut, résignée et convertie (mère de Ablaye), repoussée par son mari comme (mère de Birame) ou victime de violence conjugale (mère de

Serigne), elles sont fréquemment sujettes à faire des « dépressions », ce qui peut ressortir du discours de la mère de Birame qui dit : « depuis je souffre mais le mal est fait » ; de même, la mère de Ablaye révèle : « je suis souvent fatiguée car j'ai l'impression que mon mari ne fait rien ». Ces états de mal être affectent inévitablement nos patients qui pour Birame, « appelait matin et soir tous les jours pour remonter le moral (de sa mère) » et Ablaye qui avait « remarqué que sa mère est triste sans savoir pourquoi ». Des auteurs, en parlant des enfants d'immigrés, notent que les benjamins de fratrie joueraient le rôle de « bête de somme, arrivant après un parcours difficile des parents et de multiples conflits. » Ils seraient ainsi les réceptacles de la dépression de la mère(51). Or la dépression de la mère augmenterait le risque chez eux de présenter des épisodes de dépression mais aussi d'anxiété et de troubles des conduites (52).

Les mères ont fréquemment une relation fusionnelle avec leurs derniers nés. C'est le cas des patients Serigne F et Birame N, que les mères, dans une confusion générationnelle, prennent pour confidents de leur vie, de leurs conflits, voire de leur vie intime. Cette proximité les exposerait à des troubles psychiques. Virginie Gourlay note dans le même sens que beaucoup de derniers nés se réfugierait dans la toxicomanie pour échapper à une relation trop fusionnelle avec leurs mères(53).

Enfin, dans le cas du patient Babacar, la mère est rejettante, non seulement du père mais aussi de tout ce qu'il peut engendrer (fausses couches à répétition), et donc de notre patient qui a une forte identification au père. Cela a eu un impact certain sur le devenir psychique de Babacar, qui très tôt aurait été livré et soumis à un défaut de portage maternel. Melanie Klein à travers un abondant matériel psychanalytique, révélait déjà « les profonds sentiments de culpabilité du bébé face à un avortement ou une fausse couche de la mère, encore renforcés si après lui il n'y a pas eu d'autre naissance, provoque la terreur d'une rétorsion de la part de la mère fantasmatiquement endommagée. » (54)

3. Relation aux autres membres de fratrie

Des auteurs soulignent qu'en Afrique noire, l'ainé est en quelque sorte le prolongement du père avec parfois les responsabilités inhérentes et les fonctions, fonction paternelle comprise, aux yeux de ses frères cadets(55).

L'enfant cadet, pour combler la place défaillante du père, s'identifie facilement à l'ainé de la fratrie, ce que nous avons retrouvé dans tous les cas que nous avons analysés. Freud disait dans totem et tabou(56) « C'est ainsi que le ressentiment contre le père, (...), a cédé la place à l'amour et donner naissance à un idéal de soumission absolue à ce même père primitif qu'on avait combattu; (...) la tendance a dû naître alors à ressusciter l'ancien idéal du père, en élevant au rang de dieux des individus qui, par certaines de leurs qualités, étaient supérieurs aux autres ». Le mécanisme de substitution d'un père absent par une figure présente dotée de qualités similaires aurait eu cours depuis l'antiquité et serait aussi à la base de l'identification aux aînés par les benjamins. C'est dans cette optique que l'on pourrait aussi comprendre la consommation de substances psychoactives chez les patients Babacar et Serigne : Par la consommation, ils remplissent leur besoin d'identification, par une sorte de remplacement d'une figure par le produit de consommation.

La place dans la fratrie et ses implications psychopathologiques a été surtout étudiée à partir de la position d'ainé. Tout au long de nos multiples entretiens avec les patients et leurs parents, nous avons essayé de comprendre quelles sont les particularités psychopathologiques associés à la position de benjamin de fratrie, en d'autres termes si des particularités personnelles ou relationnelles pouvaient expliquer la survenue de troubles psychiques chez ces patients benjamins de fratrie.

Les benjamins de fratrie ont une place particulière dans la famille. Ils bénéficient de l'expérience accumulée par les parents dans leur relation avec leurs aînés. Ils symbolisent aussi parfois la fragilité du lien conjugal.

Les patients que nous avons rencontrés ont une relation dyadique avec un des parents, accompagnée d'une forte identification. Cette relation entraîne une vulnérabilité psychique, car le benjamin est pris dans un conflit de loyauté. Il est le lieu de cristallisation des rivalités parentales et aurait tendance à se réfugier soit dans une néoconstruction de la réalité, soit dans la consommation de substances psychoactives.

L'« étouffement » émotionnel résultant de la relation parentale les conduit à une sollicitation d'un membre de la fratrie, préférentiellement l'aîné, qu'ils prennent pour modèles identificatoires.

1. Eiguer A. «Et Si Narcisse Avait Une Soeur ?». *Enfance Et Psy* 1999 ; 9:24-31.
2. Kaes R. Le Complexe Fraternel. Paris :Dunod ; 2008 : 235p.
3. Bourguignon O. Le Fraternel. Paris : Dunod ; 1999 : 276p.
4. Ortigues E, Ortigues M-C. Oedipe Africain. Paris: L'harmattan;1984 :324p.
5. Boucebc M. Rang d'aîné dans la fratrie et risque psychopathologique : Le syndrome d'aîné. *L'information psychiatrique* 1994 ; 70,7 : 583-92.
6. Ernst C, Angst J. Birth order : Its influence on personality. Berlin : Springer ; 1983 :343p.
7. Kidwell JS. The neglected birth order: Middleborns. *Journal of marternage and the Family* 1982 ; 44: 225-35.
8. Freud S. Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. Névrose, psychose et perversion. Paris : PUF ; 1973 : 271-81.
9. Le Chartier-Atlan C. Un traumatisme si banal. Quelques réflexions sur la jalousie fraternelle. 1997 ; 61, (1):57-66.
10. Granjon E. Etéocle Et Polynice, Frères Ennemis. *Le Divan Familial* 2003 ; 10 :81-9.

11. Lacan J. Les complexes familiaux dans la formation de l'individu. Paris Navarin ; 1938: 25p.
12. Jeammet N. Echechs et reprises du projet fraternel dans la genèse. *Journal de la psychanalyse de l'enfant* 2000 ; 27 : 27-45.
13. Stewart RB. Sibling attachment relationship: Child-infant interactions in the strange situation. *Dev Psychol* 1983 ; 19, 2 : 192–9.
14. Bowlby J. Attachment and loss. Vol.1 Attachment. 2^{ème} édition. New York : Basic ; 1969 : 299p.
15. Marvin RS. An Ethological-cognitive model for the attenuation of mother-child attachment behaviour. In: Alloway T, Pliner P, Krames L (Eds.). *Advances in the study of communication and affect*. Vol 3. New-York : Plenum Press ; 1977 :145-76.
16. Bosso R. Attachment quality and sibling relations: Responses of anxiously/avoidant and securely attached 18- to 32-month-old firstborns toward their second-born siblings. *Dissertation abstracts international* 1985 ; 47 : 1293.
17. Teti DM, Ablard KE. Security of attachment and infant-sibling relationships: a laboratory study. *Child Dev* 1989 ; 60 : 1519–28.
18. Coutu S, Provost M, Pelletier D. Relation mère–enfant, qualité des interactions fraternelles chez des enfants d'âge préscolaire. *Canadian Journal Of Behavior Science* 1996 ; 28 (1) :1–11.

19. Troupel O, Zaouche-Gaudron C. Le Lien d'attachement Fraternel : L'utilisation des histoires à compléter. *Revue Internationale De L'éducation Familiale* 2005 ; 8 (2) : 27–38.
20. Adler A. Characteristics of first, Second and third child. *Child* 1927 ; 3 : 14.
21. Lester D, Eleftheriou L, Peterson CA. Birth order and psychological health: A sex difference. *Personality and individual differences* 1992 ; 13 : 379-80.
22. Schierbeek ML, Newlon BJ. Substance Abuse And Attempted Suicide: The role of perceived birth position in adolescents. Individual Psychology. *Journal of adlerian theory, research & practice* 1990 ; 46(3) : 358-64.
23. Chornbart De Lauwe, M. J. Psychopathologie sociale de l'enfant inadapté. Paris : Edition Du Cnrs ; 1959 : 299p.
24. Chevallier P. Population infantile consultant pour des troubles psychologiques. *Population* 1988 ; 3 : 611-38.
25. Fortes M. The first born . *J Child Psychol Psychiatry* 1974 ; 15: 81-104.
26. Rutter M , Tizard J , Whitmore K . Education, health and Behaviour. Londres : Long Man ; 1970 : viii-474p.

27. Shepherd M, Oppenheim B. Mitchell S. *Childhood behavior and Mental health*. New York : Grune & Stratton ; 1971 : 340p.
28. Bergeron L, Valla J-P, Breton J-J, Gaudet N, Berthiaume C, Lambert J et al. Correlates of mental disorders in the Quebec general population of 6 to 14 year olds. *J Abnorm Child Psychol* 2000 ; 28: 47-62.
29. Makaremi A. Birth order, neuroticism, and psychotism among Iranian children. *Psychological reports* 1992 ; 71 : 919-22.
30. Matsuura M, Okubo Y , Kojima I, Takahashi R, Wang Y-F, Shen Y-C et al. A cross-national prevalence study of children with emotional and behavioural problems - A WHO collaborative study in the western pacific region. *J Child Psychol Psychiatry* 1993 ; 34: 307-15.
31. Shama P. Patterns of psychological problems and birth order : A longitudinal study. *Child psychiatry quarterly* 1982 ; 10 :64-8.
32. Feehan M, Stanton W, Mcgee R, Silva PA. A longitudinal study of birth order. Help seeking and psychopathology. *British journal of clinical psychology* 1994 ; 33: 143-50.
33. Madea JD. Taille de la fratrie. Rang de naissance, sexe des membres de la fratrie, intervalle intergénérisque et difficultés de comportement chez des enfants âgés de 4 à13 ans. Thèse Doctorat Médecine. Montréal : Université de Montréal, Faculté de Médecine ; 2001 :292p.

34. Adams BN. Birth order : A critical review. *Sociometry* 1972 ; 35: 411 -39.
35. Rutter M, Cox A. Other family influences. In Rutter M ,
Hersov L (Eds.). *Child and adolescent psychiatry modern approaches*. 2nd ed.
Oxford: Blackwell Scientific Publications ; 1985 :960p.
36. Dunn J, Kendrick C. The arrival of sibling: Changes in patterns of
interaction between mother and firstborn child. *J Child Psychol Psychiatry*
1980 ; 21: 119- 32.
37. Kidwell JS. Number of siblings, siblings spacing, sex, and birth
order : Their effects on perceived parent-adolescent relationships. *Journal of
marriage and the family* 1981 ; 43: 315-32.
38. Andolfi M. « L'enfant consultant ». *Cahiers critiques de thérapie familiale
et de pratiques de réseaux* 2001 ; 2, 27 :99-116.
39. Olivenstein C. *La vie du toxicomane*. Paris, PUF ; 1982 : 116p.
40. Witkowski P. « Il est interdit d'obéir » ou les dictatures familiales dont les
tyrans sont des enfants... », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de
pratiques de réseaux* 2005 ; 1,34 : 53-67
41. Diop A-B. *La famille wolof*. Paris : Karthala ; 1985: 262p.
42. Buchanan CM, Maccoby EE, Dornbush SM. Caught between parents :
Adolescents' experience in divorced homes. *Child Development* 1991 ; 62 :
1008-29.

43. Bougoul B. La folie en Afrique, une rivalité pathologique. Paris : L'harmattan ; 1993 :211p.
44. Johnson DJ. Father presence matters : A review of the literature. Philadelphie : National Center of fathers and families ; 1997 :31p.
45. Greenspan S. «The second other» : The role of the father in early personality formation and the dyadic-phallic phase of development. In Cath SH, Gurwitt AK, Ross JM (Eds). Father and child: Developmental and clinical perspectives Boston: Little, Brown and company ; 1982 :123-38.
46. Stanton MO, Todd T. The family therapy of drug abuse and addiction. New York : Guilford Press ; 1982 : [np].
47. Monique B. La fratrie, creuset de paradoxes. Paris : L'Harmattan ; 2003 : 162p.
48. Golse B. L'être-bébé. Paris: P.U.F ; 2006 : 352p.
49. Julien P. Les trois dimensions de la paternité. In Clerget J & M-P (Ed). Places du père. Violence et paternité. Lyon: Presses Universitaires de Lyon ; 1992 : 167-73.
50. Courtois A. Guerre parentale et clivage de la fratrie : un double enfermement. *Cahiers de psychologie clinique* 2008 ; 2, 31 :51-68.
- .

51. Yahyaoui A. Fratrie en chantier. Relations en souffrance et force du lien. *Le Divan familial* 2003 ; 10,1 :107-22
52. Hoffman JP, Baldwin SA, Cerbone FG. Onset of major depressive disorder among adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:217-24
53. Gourlay V. Rang de naissance dans la fratrie du toxicomane. *Psychotropes* 2004 ; 10, 1 : 99-107.
54. « Revue des revues ». *Revue française de psychanalyse* 2008 ; 2,72 : 561-607.
55. Scelles R. Famille et handicap : prendre en compte des spécificités du trauma de chacun. In Ciccone A, Korff-Sausse S, Missonnier S, Scelles R. (sous la direction de). *Cliniques du sujet handicapé*. Toulouse : Erès;2007:13-37.
56. Freud S. Totem et Tabou. Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 2010 : 225p.

RESUME

La position dans la fratrie et le risque psychopathologique est un champ de recherche foisonnant. Nous avons cherché à identifier les principales caractéristiques psychopathologiques retrouvées chez les benjamins de fratrie.

Notre étude qualitative a été réalisée à partir d'entretiens semi-directifs de 05 patients, rencontrés pendant leur suivi au centre de santé mentale Dalal Xel de Fatick.

Les patients que nous avons rencontrés ont une relation dyadique avec un des parents, accompagnée d'une forte identification. Cette relation entraîne une vulnérabilité psychique, car le benjamin est pris dans un conflit de loyauté. Ils s'identifient aux aînés de leur fratrie de manière préférentielle.

L'étude de facteurs supplémentaires de vulnérabilité psychique associés à la position de benjamin est nécessaire.

Mots clés : benjamin de fratrie- conflit de loyauté- identification.

Auteur : Dr Sidi Tchameni Cedric

Mail : sidicedric@gmail.com