



Varia - décembre 2022
Volume 2

Numéro 2
2022

Espaces Africains

Revue des Sciences Sociales

ISSN
2957-9279

Revue du Groupe de recherche PoSTer (UJLoG - Daloa - CI)
<https://espacesafricains.org/>



Espaces
Africains

REVUE ESPACES AFRICAINS

Revue des Sciences Sociales

PRÉSENTATION DE LA REVUE

La revue Espaces Africains est adossée au groupe de recherche pluridisciplinaire et international Populations, Sociétés & Territoires (PoSTer) basé à l'Université Jean Lorougnon Guédé (UJLoG) de Daloa en Côte d'Ivoire. Elle a pour vocation la réflexion sur les problématiques des sciences sociales liées à la spatialisation et à la territorialisation des phénomènes sociaux en Côte d'Ivoire, en Afrique de l'Ouest, et plus généralement sur le continent. Elle s'appuie sur un réseau de correspondants nationaux et internationaux de renom basés en Europe, dans différents pays africains, et en Côte d'Ivoire.

La revue offre un espace de publication aux chercheurs confirmés et en devenir sur les questions relatives aux mutations de nos sociétés et territoires africains, dans toute leur diversité et leurs spécificités locales. Elle s'intéresse aux relations entre les sociétés et leurs territoires, aux échelles locale, nationale, sous-régionale et continentale, au service du développement, dans l'optique de répondre aux défis sociétaux majeurs auxquels sont confrontées nos sociétés. Elle est donc fondamentalement pluridisciplinaire : géographie, sociologie, anthropologie, histoire, science politique, économie, et autres champs des sciences humaines et sociales, y bénéficient d'un espace privilégié d'expression.

Le comité de lecture de la revue est national et international, et la qualité de son contenu est assurée par des procédures d'évaluation par les pairs en double aveugle. Elle est ouverte à l'envoi spontané de contributions scientifiques, autant qu'elle est alimentée par des dossiers thématiques spéciaux et l'organisation de manifestations scientifiques visant à faire avancer la connaissance dans son champ de compétence. Elle s'adresse à la communauté académique, scientifique, au monde de la décision politique et économique, ainsi qu'au grand public, dans l'objectif de mettre la connaissance des sociétés africaines et leurs espaces à la disposition de tous.



ÉQUIPE ÉDITORIALE

RÉDACTEURS EN CHEF

Florent **GOHOUROU**

Maître de conférences

Enseignant-chercheur – Université Jean Lorougnon Guédé (UJLoG) – Daloa (Côte d’Ivoire)

Chercheur associé – MIGRINTER (UMR 7301- CNRS - Université de Poitiers - France)

Directeur – Groupe de recherche PoSTer (Daloa – Côte d’Ivoire)

fgohourou@yahoo.com

Cédric **AUDEBERT**

Directeur de Recherche au CNRS

Laboratoire caribéen des sciences sociales (UMR 8053 - Université des Antilles - France)

cédric.audebert@cnrs.fr

COMITÉ EDITORIAL

- Cédric **AUDEBERT** - Directeur de recherche au CNRS - Université des Antilles (France)
- Céline Yolande **KOFFIE-BIKPO** - Professeure Titulaire - UFHB (Côte d’Ivoire)
- Florent **GOHOUROU** - Maître de Conférences - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- Michel **DESSE** - Professeur des Universités - Nantes Université (France)

SECRETARIAT DE RÉDACTION

- Akotto Ulrich Odilon **ASSI** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- Christian **WALI WALI** - Enseignant-chercheur - Université Omar-Bongo (Gabon)
- Gue Pierre **GUELÉ** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- Kopeh Jean-Louis **ASSI** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- Mohamed **KANATÉ** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- N’kpomé Styvince Romaric **KOUAO** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)
- Quonan Christian **YAO-KOUASSI** - Enseignant- chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)

TRÉSORIER

- Didier-Charles **GOUAMENÉ** - Enseignant-chercheur - UJLoG (Côte d’Ivoire)

COMITÉ SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

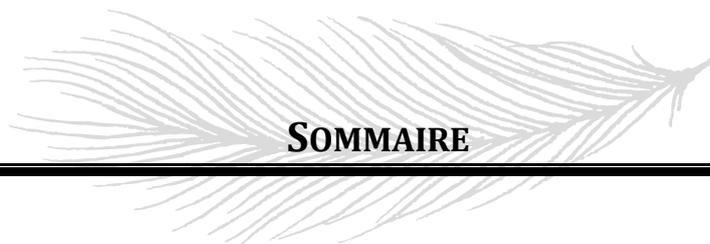
Membres internationaux du comité scientifique et de lecture

- Amadou **DIOP** - Professeur Titulaire - Université Cheikh Anta Diop (Sénégal)
- Amélie-Emmanuelle **MAYI** - Maître de conférences - Université de Douala (Cameroun)
- Bara **MBOUP** - Maître de conférences - Université Cheikh Anta Diop (Sénégal)
- Mohammed **CHAREF** - Professeur Titulaire - Université d'Agadir (Maroc)
- Cheikh **N'GUIRANE** - Maître de conférences - Université des Antilles (France)
- Christine **MARGÉTIC** - Professeure des Universités - Nantes Université (France)
- Fabio **VITI** - Professeur des Universités - Université Aix-Marseille (France)
- Follygan **HETCHELI** - Professeur Titulaire - Université de Lomé (Togo)
- Guy Serge **BIGNOUMBA** - Professeur Titulaire - Université Omar-Bongo (Gabon)
- Kossiwa **ZINSOU-KLASSOU** - Professeure Titulaire - Université de Lomé (Togo)
- Koudzo Yves **SOKEMAWU** - Professeur Titulaire - Université de Lomé (Togo)
- Léandre Edgard **NDJAMBOU** - Maître de conférences - Université Omar-Bongo (Gabon)
- Michel **DESSE** - Professeur des Universités - Nantes Université (France)
- Moussa **GIBIGAYE** - Professeur Titulaire - Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
- Patrick **POTTIER** - Maître de Conférences - Nantes Université (France)
- Pierre **KAMDEM**, Professeur des Universités – Université de Poitiers (France)
- Rémy **BAZENGUISSA-GANGA** - Directeur d'études - IMAF (Paris - France)
- Serge **LOUNGOU** - Maître de Conférences - Université Omar-Bongo (Gabon)
- Toussain **VIGNINO** - Professeur Titulaire - Université d'Abomey-Calavi (Bénin)

Membres nationaux du comité scientifique et de lecture

- Abou **SANGARE** - Professeur Titulaire - UAO (Côte d'Ivoire)
- Adou Marcel **AKA** - Maître de conférences - UJLoG (Côte d'Ivoire)
- Anoh Paul Koffi **KOUASSI** - Professeur Titulaire - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Arsène **DJAKO** - Professeur Titulaire - UAO (Côte d'Ivoire)
- Assouman **BAMBA** - Professeur Titulaire - UAO (Côte d'Ivoire)
- Atsé Alexis Bernard **N'GUESSAN** - Maître de conférences - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Auguste Konan **KOUAKOU** - Maître de Conférences - UJLoG (Côte d'Ivoire)
- Axel Désiré Dabié **NASSA** - Professeur Titulaire - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Bi Tozan **ZAH** - Maître de conférences - UAO (Côte d'Ivoire)
- Céline Yolande **KOFFIE-BIKPO** - Professeure Titulaire - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Chiaye Claire **YAPO-CREZOIT** - Maître de recherche - IPCI (Abidjan – Côte d'Ivoire)
- Dadja Zénobe **ETTIEN** - Maître de conférences - UAO (Côte d'Ivoire)
- David Pébanagnanan **SILUÉ** - Maître de conférences - UPGC (Côte d'Ivoire)
- Didié Armand **ZADOU** - Maître de conférences - UJLoG (Côte d'Ivoire)
- Didier-Charles **GOUAMENÉ** - Maître de conférences - UJLoG (Côte d'Ivoire)

- Drissa **KONÉ** - Maître de conférences - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Fato Patrice **KACOU** - Maître de Recherche - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Gbété Jean Martin **IRIGO** - Maître de conférences - UPGC (Côte d'Ivoire)
- Henri **BAH** - Professeur Titulaire -UAO (Côte d'Ivoire)
- Irène **KASSI-DJODJO** - Maître de conférences - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Kouadio Eugène **KONAN** - Maître de conférences - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Kouakou Siméon **KOUASSI** - Professeur Titulaire - USP (Côte d'Ivoire)
- Lasmé Jean Charles Emmanuel **ESSO** - Maître-assistant - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Paterne Yapi **MAMBO** - Maître de conférences - UFHB (Côte d'Ivoire)
- Yao Jean-Aimé **ASSUÉ** - Maître de conférences - UAO (Côte d'Ivoire)



SOMMAIRE

1- SOURBAR JUSTIN WENCESLAS HIEN

Le Baobab, plus qu'un symbole, c'est une source de vie au Sud-ouest de Burkina Faso-----
-----7-18

2- FRANÇOISE CHRISTIANE NDAKISSA ONKASSA

Les grandes stratégies de la Russie au sein des BRICS (2000 à nos jours)-----19-31

3- ETANISLAS NGODI

Mabiala-Ma-Nganga dans l'histoire de la résistance à la pénétration coloniale au Coloniale
au Congo (1892-1896) -----32-46

4- ALASSANE HASSIMI – YAYÉ MOUSSA

Délimitations territoriales coloniales, migrations agraires et conflits fonciers dans le
Dallol Bosso (1901-1950), Niger -----47-55

5- GEORGIN MBENG NDEMEZOGO

L'imaginaire du serpent-argent : Entre légendes urbaines et violence de l'imaginaire -----
-----56- 64

6- MANNI GARVIN OKANGA ORPHAYE

Et si la CEMAC refusait l'intégration économique régionale ?-----65-76

7- DOUDOU BEN BÉCHIR NIANG – SALIF KONÉ – YOUSOUF KARAMBE

Organisation de jeunesse au Mali d'hier à aujourd'hui : les dynamiques d'action pour une
participation à la vie publique-----77-88

8- KODJO SENA ATCHON

Crises foncières et fragilisation de la cohésion sociale dans le canton de Sanguéra à Lomé
(Togo)-----89-101

9- RAPHAËL KOMENAN YA – FANNY SEYDOU

Impacts des mécanismes endogènes dans la résolution des conflits fonciers ruraux entre les villages de Massasso-Sénofo et Migniniba dans le département de Kani-----
-----102-116

10- MICHEL MËTENOU MEHINTO

Clinique d'un cas de trouble de comportement récidivant à Cotonou : quand la famille limite l'accompagnement psychothérapeutique-----117-129



Revue des Sciences Sociales

Numéro 2 | Vol. 2

Varia – décembre 2022

CLINIQUE D'UN CAS DE TROUBLE DE COMPORTEMENT RÉCIDIVANT À COTONOU : QUAND LA FAMILLE LIMITE L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

CLINICAL CASE OF A RECURRENT BEHAVIORAL DISORDER IN COTONOU : WHEN THE FAMILY LIMITS PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT

MICHEL MÈTONOU MEHINTO

RÉSUMÉ

Les conduites déviantes des adolescents perturbent souvent leurs parents et l'entourage. Parfois, ces conduites se révèlent être pathologiques, nécessitant ainsi une prise en charge. Toutefois, la thérapeutique des troubles de conduites requiert la bonne implication familiale. La présente étude de cas tente d'analyser les paramètres familiaux limitant la bonne conduite des psychothérapies face à un trouble de conduites. Le patient ainsi que sa mère ont été sélectionnés par le biais de la technique de choix raisonné. Ils ont respectivement été soumis à trois entretiens cliniques au cabinet « Soleil Contact » les 7, 21 et 28 avril 2022. Les informations collectées auprès de ces cibles ont fait objet d'une analyse du contenu textuel. Il ressort de cette réflexion scientifique que le

caractère monoparental de la famille, l'absence du père et les insuffisances éducatives du patient D. déterminent la survenue et le maintien de conduites déviantes de celui-ci. Cet état de choses freine les tentatives de prise en charge initiée par le psychologue à la demande de la mère du patient. De plus, ce cas pose un problème d'accompagnement des familles et du regard que celles-ci portent sur l'utilité des pratiques psychologiques.

Mots-clés : Adolescent, trouble de comportement, accompagnement psychothérapeutique, famille, Cotonou.

ABSTRACT

The deviant behaviors of adolescents often disturb their parents and family members. Sometimes these behaviors turn out to be

pathological, thus requiring treatment. However, the treatment of conduct disorders requires good family involvement. The present case study

attempts to analyze the family parameters limiting the proper conduct of psychotherapy in the face of a conduct disorder. The patient and his mother were selected by means of the reasoned choice technique. They respectively underwent three clinical interviews at the "Soleil Contact" office on April 7, 21 and 28, 2022. The information collected from these targets was subjected to a textual content analysis. It emerged from this scientific reflection that the single-parent nature of the family, the absence of the father and the educational inadequacies of patient D. determine the occurrence and maintenance of deviant behaviors of the latter. This state of affairs hinders

the attempts at treatment initiated by the psychotherapist at the request of the patient's mother. Moreover, this case poses a problem of accompaniment of the families and of the glance that they carry on the utility of the psychological practices.

Keywords : Adolescent, behavior disorder, psychotherapeutic support, family, Cotonou

INTRODUCTION

L'adolescence est connue comme étant une période particulière du développement psychique de l'être humain. Elle est tant perturbante pour l'adolescent que pour ses parents qui ne sont souvent pas informés et assez préparés à toutes les modifications physiques, physiologiques et surtout comportementales qui caractérisent cette étape de la vie de l'enfant. Il arrive qu'au cours de cette période, les conduites de l'adolescent revêtent un caractère déviant, l'exposant tant à de graves dommages, qu'à la rigueur de la loi. Il est d'usage de parler d'adolescence difficile ou de dire qu'on a affaire à un adolescent difficile. Parler d'adolescents difficiles plutôt que d'adolescence difficile, revient déjà à centrer le regard sur les dynamiques individuelles de construction de soi de l'être, plutôt que de penser le phénomène à partir des caractéristiques marquant une étape de développement ou un intervalle d'âges (Laval & Ravon 2016 : 7). Le passage à cette étape chronologique du développement n'implique pas de façon évidente l'adoption de conduites déviantes telle qu'on l'observe dans différents cas. Les situations de conduites indésirables et délinquantes invitent à se questionner sur la personnalité des adolescents concernés ainsi que sur les remaniements psychiques inhérents à cette période de la vie.

Dans ces situations marquées par des conduites indésirables et perturbantes pour les parents et l'entourage social, la pathologie peut bien se manifester. Elle appelle ainsi la nécessité d'une

prise en charge psychologique et psychosociale. Cette prise en charge se définit au nom des problèmes d'ordre sanitaire, social, éducatif, ou judiciaire rencontrés à l'âge adolescent. Il peut s'agir de toxicomanie, de conduites à risques, de délinquance, de troubles du comportement, de décrochage ou rupture scolaire, d'insertion professionnelle impossible, de maltraitance, de souffrance psychique, et bien d'autres (Laval & Ravon 2016 : 7). Parallèlement à cet impératif, il est à noter que l'intervention auprès des adolescents ayant des troubles de comportement est un réel défi pour les intervenants (Blouin 2011 : 2). En effet, les déterminants de telles conduites répréhensibles sont très variés et divergent en nature.

Les troubles de conduites des adolescents peuvent résulter tant des perturbations physiques, psychiques, familiales que sociales. Mais, un fait assez observé et considéré comme vrai par de multiples analystes est le lien fréquent entre les troubles de comportements et l'existence de dysfonctions familiales au sein des familles de provenance des adolescents en question. Gansel (2016 : 20) mentionne à ce sujet que la « carence » et le « chaos familial » vécus dans la petite enfance provoquent chez ces sujets une anomalie dans leur développement psychique qui explique leurs comportements. Dans de tels états inappropriés, les structures familiales constituent à la fois des sources d'induction ou de facilitation des conduites inadaptées des adolescents, mais elles s'érigent également en

obstacles aux initiatives et tentatives thérapeutiques visant une amélioration ou une correction de ces troubles. Cet état de choses est imputable, dans le contexte béninois, à un sentiment d'autosuffisance par rapport aux questions de conduites, aux croyances selon lesquelles les corrections de ces comportements viendront d'une œuvre divine. La posture négative de la famille provient également de la préférence et d'une représentation des pratiques traditionnelles de soins comme étant d'efficacité infaillible, de la gêne de devoir recourir aux professionnels de la santé mentale, des résistances inconscientes diverses et bien d'autres considérations limitantes.

Le cas d'un patient nommé « D. » pour la circonstance, s'est révélé digne d'intérêt pour la présente recherche. En effet, la multiplicité des pratiques déviantes de l'adolescent et l'apparente impuissance de la famille dans la résolution de problème ou au moins la réduction de son ampleur, ont motivé l'envie d'en comprendre les contours scientifiques. La problématique de cet adolescent évoluant dans une famille particulièrement impressionnante a fait l'objet de la présente réflexion scientifique. L'objectif était d'analyser les paramètres structurels et dynamiques d'une telle famille qui génère, et entretient les troubles de comportement chez un adolescent. Il est question ici d'une recherche sous un format spécifique d'étude de cas. Cette vignette clinique a été réalisée sur la base des informations que les entretiens psychologiques ont permis d'avoir. La démarche méthodologique employée se résume en une sélection du cas par commodité et choix raisonné avec une collecte d'informations faite par recherche documentaire et entretiens cliniques.

Ce rapport qui émerge de l'adoption de cette démarche méthodologique se présente avec une structuration composée des détails relatifs à ladite démarche méthodologique, des résultats d'investigation et d'une discussion et intérêts du cas étudié. La rubrique consacrée aux résultats comporte la présentation de la vignette clinique, les hypothèses et discussions diagnostiques, le diagnostic retenu et les éléments psychothérapeutiques initiés. Dans un élan d'objectivité et de respect des principes scientifiques, des gestes méthodologiques

appropriés ont été adoptés, et leur contenu fidèlement ressorti.

1. DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

La sélection du cas a été faite suivant la technique de choix raisonné au cabinet « *Soleil Contact, le luisant de votre personnalité* » en avril 2022. Trois raisons majeures ont milité en faveur de son choix. Il s'est agi d'abord de la posture impuissante de la famille face aux troubles du comportement du patient, ensuite de la disponibilité de sa mère, et enfin du consentement de celle-ci à participer à l'étude.

La collecte des informations a consisté en une recherche documentaire et en l'administration d'un guide d'entretien au cabinet « *Soleil Contact, le luisant de votre personnalité* ». Les entretiens avec D. et sa mère se sont déroulés les 7, 21 et 28 avril 2022. Le guide d'entretien qui a servi d'outil de collecte de données était structuré autour des points suivants : l'identité, le motif de la consultation, l'anamnèse, les conditions et habitudes de vie quotidienne, les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques et judiciaires, la santé physique actuelle et celle psychique, l'équilibre émotionnel, les expériences traumatiques, et l'itinéraire thérapeutique. Ces interviews ont été conduites selon les principes d'un entretien clinique avec le patient et deux autres membres de sa famille (la sœur de D et sa mère). Les tentatives de rencontre des autres membres de la famille n'ont pas abouti avant la production de ce travail de synthèse clinique du cas. Avec la recherche documentaire, les informations nécessaires à une meilleure connaissance des contours de la question des troubles du comportement ont été obtenues. Ces mêmes informations ont servi à compléter les supports d'entretiens cliniques pour une obtention des notions nécessaires à la bonne et complète compréhension du cas.

La nature des informations étant qualitative, leur traitement s'est fait par transcription des contenus des entretiens et par analyse du contenu textuel obtenu. En effet, avec le texte composé des réponses du patient et celles de sa mère aux différents items des guides d'entretien qui leur ont été administrés, le contenu des résultats a été élaboré. Les propos et idées qui s'attachent le plus aux éléments qu'on prévoit en comprendre les

contours ont été isolés. Une analyse des mots et expressions utilisés ainsi que de leur fréquence dans le discours des interviewés ont permis de porter un intérêt particulier à certaines expressions. Selon le besoin, c'est parmi ces corpus d'intérêt que les contenus narratifs ont été retenus.

2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

2.1. PRÉSENTATION DU CAS CLINIQUE

2.1.1. MOTIF DE CONSULTATION

Le jeune D a été conduit en consultation en compagnie de sa mère pour les motifs de vols et fugues répétitifs avec de très brèves périodes d'accalmie évoluant depuis environ 8 ans. La motivation de le conduire en consultation est née de ce que la veille du jour de consultation, il aurait fugué après un vol d'argent à la maison. D. aurait été retrouvé par sa mère avec l'aide des jeunes de son quartier, tard dans la nuit dans une salle de jeu avec des amis dans un quartier de la même ville situé à plusieurs kilomètres de son domicile.

2.1.2. ANAMNÈSE

Le patient D., d'origine togolaise est âgé de 16 ans et de sexe masculin. Il est mince de corpulence, de taille moyenne et de teint brun. Il est issu d'une grossesse non désirée avec plusieurs tentatives d'interruption volontaire qui se sont soldées par des échecs. Il est né à terme à Cotonou et par voie basse au portail de la structure de soins où la mère se rendait pour son accouchement. Son développement se serait déroulé sans heurt majeur. Sur le plan familial, ses parents se sont séparés avant sa naissance. Il est le deuxième enfant d'une fratrie utérine de trois enfants et vit avec sa sœur aînée de 19 ans, son frère cadet de 3 ans, sa mère et son oncle maternel dans la maison de ses grands-parents maternels qui sont des fonctionnaires de l'État à la retraite. Ils sont tous les trois de pères différents et leur mère, âgée de 36 ans, est agent dans un service de nutrition d'un hôpital de Cotonou. Sa famille maternelle est d'obédience religieuse chrétienne catholique et de niveau socioéconomique modeste. Son dernier contact physique avec son père remonterait à 8 ans et les contacts téléphoniques sont rares. Au

niveau scolaire, D. redouble la classe de 4^e dans un collège de Cotonou. Il aurait bien débuté son cursus scolaire avec une très bonne performance jusqu'à l'âge de 9 ans, avant que ses résultats scolaires ne connaissent une chute progressive pour aboutir à son redoublement en classe de 4^e. On note des absences fréquentes de D. aux cours.

Quant à l'histoire de ses conduites inadaptées, celles-ci remontent à ses huit ans d'âge en 2014, où il avait involontairement provoqué un incendie à la maison, en l'absence des adultes, avec une bougie allumée pour chercher son vélo. S'étant réfugié dans les escaliers pour fuir les flammes, il fut secouru par les sapeurs-pompiers. Quelques semaines après cet incendie, sa mère soutient avoir enregistré les premiers mensonges et vols de D. C'est à ce moment que les premiers châtiments corporels lui ont été infligés tant par sa mère que par son oncle maternel ainsi que par d'autres adultes témoins de ses fautes. Les mensonges et vols se sont multipliés jusqu'à l'âge de 12 ans environ où les premières fugues ont été constatées. Il avait aussi l'habitude de ne pas souvent obéir aux instructions des adultes ni respecter les quelques limites qu'imposent le bon sens et la vie à la maison. Il lui arrivait d'entrer par la fenêtre dans la chambre de ses grands-parents maternels pour y voler de l'argent accessible à lui. Il a été également signalé par sa mère et sa sœur qu'il aurait défoncé des portes au sein de la maison, soit pour voler des vivres à partager à ses amis ou surtout pour voler de l'argent. D se serait rendu également au service de sa mère pour y voler de l'argent caché dans un placard, en se servant de la clé de service à l'insu de cette dernière.

Les vols ont également été enregistrés dans un hôtel proche du domicile du patient, hôtel qu'il fréquentait depuis son enfance. Les responsables de l'hôtel l'accueillaient comme leur propre enfant et il passait du temps avec leurs enfants à eux. Dernièrement, il aurait volé de l'argent, qui a été remboursé par ses parents, puis des téléphones quelques mois après dans le même hôtel. En dehors du mensonge, des vols et des fugues, D. a eu à engrosser une mineure de 15 ans environ. Cette dernière a été avortée par ses propres parents. La mère a signalé qu'il a souffert il y a peu de temps, d'une infection sexuellement transmissible qui a difficilement été traitée. D.

aurait l'habitude de coucher avec plusieurs filles tout comme certains de ses compagnons d'aventure. En effet, il traîne toujours avec une bande de jeunes qu'il a tendance à vouloir impressionner. Ces derniers le nomment d'ailleurs « le Président » ou « le Boss ». Ils sont généralement dans les salles de jeux vidéo, les restaurants et à différentes plages toujours pour s'amuser. D. a fait un court séjour en garde à vue pour vol de téléphones à l'hôtel, puis à sa sortie, mis sous le contrôle du commissaire dans un commissariat non loin de chez lui. Il devrait s'y rendre tous les matins et se soumettre à des corvées. Quelques jours après cette nouvelle mesure, D. aurait volé une des motos saisies par la police et aurait dit à ses amis que c'est sa mère qui la lui a achetée. Il a été retrouvé et la moto récupérée. Sur suggestion du commissaire, D. avait été envoyé au Nord du pays pour un camp de jeunes pendant les vacances. Là encore, des vols ont été enregistrés, mais pas de fugue du lieu de campement. Aucun acte agressif n'a été enregistré et il n'a pas encore été vu en possession ou consommant une substance psychoactive.

S'agissant des antécédents familiaux, la mère de D. a relevé que son unique frère utérin, âgé de 45 ans, célibataire, sans enfant et enseignant d'anglais, souffre d'un trouble mental chronique de manifestations psychotiques avec des fugues, des scènes de nudité, des propos délirants et incohérents.

2.1.3. ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE

Au nombre des tentatives thérapeutiques dont a bénéficié le patient, on note les mesures parentales correctives à type de châtiments corporels, conseils par les parents et les proches de la famille, la mise en confort avec la multiplication des sorties au restaurant, des achats d'objets et de vêtements pour faire plaisir et satisfaire au mieux tous les besoins et désirs de D. Des pratiques religieuses de type exorciste et des prières diverses ont été également initiées à plusieurs reprises dans l'élan de voir les conduites insupportables de D. disparaître. Elles ont été sollicitées auprès de prêtres catholiques, des responsables du renouveau charismatique catholique, et de plusieurs pasteurs d'églises évangéliques.

Les pratiques rituelles et phytothérapeutiques ont été employées avec des résultats non satisfaisants ; la plus grande période d'accalmie qui en a découlé ayant été d'environ sept à huit semaines. Cette période a été marquée par une docilité de D. décrite par sa mère comme étonnante et difficilement croyable. Les conduites intolérables ont repris de plus belle avec un vol couplé de fugue.

Notons que D. a aussi fait plusieurs expériences thérapeutiques avec différents psychologues avant notre rencontre, mais avec le même résultat non concluant lié à une interruption précoce de la procédure psychothérapeutique. Cette interruption survient généralement à la première occasion saisie par le patient pour une fugue. Un camp d'adolescents a été mis à contribution pour élargir le champ des possibilités thérapeutiques contre les conduites inadaptées de D. Ce camp de jeunes n'a réussi qu'à limiter D. à un endroit clos sur quatre semaines. Signalons que le patient a été mis sous contraintes par des policiers et commissaire de police pendant environ trois semaines. Au cours de cette période, D. a été soumis aux châtiments corporels, à des corvées au sein et autour du commissariat.

2.2. DIAGNOSTIC CLINIQUE

2.2.1. ÉLÉMENTS SÉMILOGIQUES

Les éléments sémiologiques notés au cours des entretiens peuvent se résumer comme suit :

- mensonges dans de multiples situations à la maison et hors de la maison ;
- vols répétitifs à la maison, à l'hôtel dans son quartier, au service de sa mère, ainsi qu'au commissariat. Les vols par effraction sont également à signaler à ce niveau ;
- transgression des règles établies dans la maison, à travers les non-retours à la maison passant souvent plusieurs nuits hors de la maison, les rares retours tardifs à la maison ;
- fugues, à travers les sorties sans permission et à l'insu de tous, et parfois par fuite au vu et au su des adultes présents ;
- insensibilité au châtiment corporel, car dit qu'il simule les pleurs juste pour que la punition s'arrête ;

- absentéisme scolaire, par de nombreux cours séschés conduisant au redoublement de la classe de 4^e cette année.

2.2.2. HYPOTHÈSES ET DISCUSSION DIAGNOSTIQUES

Tenant compte des différents signes identifiés dans l'histoire du cas, certaines hypothèses peuvent être émises quant au diagnostic. Il s'agit de diagnostics incluant des problèmes de conduites. Au nombre de ceux-ci, nous pouvons mentionner :

- le trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité ;
- le trouble oppositionnel avec provocation ;
- les troubles dépressifs et bipolaires ;
- le trouble explosif intermittent ;
- le trouble de l'adaptation ;
- le trouble de la personnalité antisociale ;
- le trouble des conduites.

Parmi ces différentes hypothèses, une seule désignation répond au mieux aux caractéristiques du trouble étudié. Ainsi, les autres propositions sont écartées sur la base de particularités qui les différencient de la problématique réelle soulevée par le cas clinique. Selon les principes du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -V (DSM-V) (APA 2013), le cas D. ne répond pas aux critères diagnostiques d'un trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H). En effet, dans le TDA/H, même si les enfants ont souvent un comportement hyperactif et impulsif qui peut s'avérer perturbateur, ce comportement en lui-même ne viole pas les normes sociales correspondant à l'âge. L'hypothèse du trouble oppositionnel avec provocation est quant à elle écartée parce que les comportements perturbateurs observés chez D. sont plus graves que ceux habituellement enregistrés dans les troubles oppositionnels. Aussi, ces troubles s'accompagnent-ils d'une dysrégulation émotionnelle qui n'est pas notée dans le cas D. En considérant que D. affichait ses comportements perturbateurs depuis très longtemps et que ceux-ci ne semblent pas être liés à un trouble de l'humeur, l'hypothèse des troubles dépressifs ne convient pas non plus et donc doit être aussi écartée. En ce qui concerne le trouble explosif intermittent, il est abandonné du fait de l'absence de conduite agressive connue dans les comportements de D. Pour le trouble de

l'adaptation et le trouble de la personnalité antisociale, on note respectivement l'absence de survenue d'un facteur de stress psychosocial expliquant la survenue des conduites à problème et l'âge du sujet en question qui ne permet pas encore d'objectiver un trouble de personnalité. Ces deux constats poussent à écarter les hypothèses de trouble de l'adaptation et de trouble de la personnalité.

On peut donc porter le diagnostic de trouble des conduites, car les problèmes de conduite de D. se manifestant par les fraudes et vols, les graves violations des règles établies chez un sujet de moins de 18 ans, semblent représenter un mode de comportement répétitif, fréquent et persistant, occasionnant une perturbation du fonctionnement social, familial et scolaire.

2.2.3. DIAGNOSTIC RETENU

En partant de la précision selon laquelle, la compréhension de la dynamique globale du cas prime, dans l'intérêt de cette étude sur une quelconque classification nosographique, il est à noter que les éléments sémiologiques obtenus des entretiens et observations cliniques permettent de retenir un diagnostic à quelques réserves près. Ce diagnostic est à retenir si les trois grands critères diagnostiques (A, B et C) du DSM-V (APA 2013) sont validés. Ce qui est en réalité effectif dans le présent cas. On note une prédominance des critères liés aux fraudes, mensonges et vols, des violations graves de règles établies avec précisément des signes (10, 11, 12, 13, 14 et 15) suivants du même manuel diagnostic :

- a pénétré par effraction dans une maison, un bâtiment ou une voiture appartenant à autrui ;
- Mentir souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations (p. ex. « arnaque » les autres) ;
- a volé des objets d'une certaine valeur sans affronter la victime (p. ex. vol à l'étalage sans destruction ou effraction, contrefaçon) ;
- reste dehors tard la nuit en dépit des interdictions de ses parents, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans ;
- a fugué et passé la nuit dehors au moins à deux reprises alors qu'il vivait avec ses parents ou en placement familial, ou a fugué une seule fois sans rentrer à la maison pendant une longue période ;

- fait souvent l'école buissonnière, et cela a commencé avant l'âge de 13 ans.

En conséquence, le diagnostic retenu est celui du **trouble grave de conduites à début dans l'enfance avec émotions prosociales limitées**.

À partir des récits et du niveau de compréhension psychopathologique actuel du cas, une psychothérapie a été prévue. Mais elle n'a pas été conduite à son terme par le fait de multiples limitations liées au patient, au cadre disponible et à la famille du souffrant.

2.3. PISTE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

2.3.1. PROJET THÉRAPEUTIQUE

Le projet thérapeutique était constitué de deux volets. Ces deux volets ont été motivés par la compréhension des facteurs et mécanismes qui induisent et maintiennent les conduites inappropriées de D. Après avoir aidé les différents acteurs concernés à comprendre du mieux possible les mécanismes des troubles de conduites de D., le premier volet de la psychothérapie était celui dédié à sa famille. Celui-ci consistait à accompagner la famille de D. en vue de la rendre plus contenante et canalisante de par sa structure et sa dynamique. Le second volet était celui portant directement sur les conduites de D. Ce volet du projet thérapeutique visait une meilleure conduite individuelle et sociale et ceci, après compréhension de ses difficultés cognitives, affectives et comportementales. Il faut signaler que ce volet nécessitait avant tout l'établissement d'une bonne relation thérapeutique. Il convient de signaler qu'aucun test de personnalité n'avait été préalablement administré au patient D. avant l'interruption de la démarche thérapeutique.

2.3.2. DIFFICULTÉS ET FREINS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Les difficultés observées dans la tentative d'exécution de ce projet psychothérapeutique sont liées au patient lui-même, à la famille et au cadre thérapeutique. Les difficultés liées au patient consistent en son irrégularité aux séances. Le patient n'est jamais présent à la maison les jours prévus pour les séances et n'est donc pas conduit en séance. La mère signale à chaque veille des séances qu'il n'est

pas rentré à la maison. Cette indisponibilité physique du patient constitue une difficulté avec laquelle tant les parents et les soignants n'ont pas encore trouvé une solution en dehors de l'hospitalisation. Les tentatives d'obtenir son intérêt, son attention et son adhésion à la prise en charge n'ont pas encore abouti. Avec la famille du patient, les difficultés sont avant tout une très faible implication dans la prise en charge psychologique de D. Cette insuffisance tire sa source de la perception que les membres de la famille ont de la psychologie et de ses pratiques. Pour eux, on a déjà trop parlé à D. c'est parce qu'il n'est pas prêt qu'il continue avec ces mauvais comportements. Aussi, la mère de D. est-elle actuellement célibataire et vit dans la maison de ses parents. Ce qui fait des parents de la mère, à la fois les grands-parents et les parents adoptifs de D. La structuration familiale pose un important problème. L'autorité parentale semble inexistante, du moins paraît assez faible pour influencer convenablement D. et le prendre en contrôle. Aussi, le découragement et la posture abandonnique des parents rendent-ils facile la multiplication des conduites répréhensibles par le patient. Le cadre thérapeutique quant à lui possède une structure qui ne garantit pas une bonne contention de l'adolescent. De plus, le programme thérapeutique disponible au moment de l'étude ne permet pas d'insérer D. dans une procédure de thérapie collective. Toutes ces difficultés ont limité la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique.

2.3.3. STRATÉGIES ADAPTATIVES PRÉVUES

Les conditions thérapeutiques présentées plus haut font penser à la nécessité d'une hospitalisation. En effet, les adolescents en grande difficulté qui consciemment ou non font obstacle à l'aide psychologique proposée à travers des fugues ou dérogations aux règles habituelles établies, placent les professionnels « dans une position d'impuissance » (Gansel 2016 : 30). Ils obligent ainsi ces derniers à prendre des mesures radicales quand la perception du besoin est unanime entre soignants et avec les parents. Cette forme de prise en charge est en réalité connue pour être réservée aux malades dangereux pour eux-mêmes ou pour l'entourage. Ce sont plutôt les malades avec des manifestations psychotiques qui semblent en premier subir cette approche

thérapeutique. Jusqu'au milieu du XXe siècle, le pouvoir psychiatrique s'est surtout exercé dans des lieux d'enfermement et d'éloignement au sein de vastes institutions asilaires. Ces dernières décennies, les pratiques faisant usage de la contrainte sont devenues multiformes et extensives prenant les aspects d'hospitalisations sans consentement, d'immobilisations corporelles, d'enfermements, de collaborations interinstitutionnelles (Brodwin & Velpy 2014 ; Lovell & Rhodes 2014). Ces pratiques de contrainte convoquent pour les acteurs de terrain, le problème de la légitimation (Gansel 2016 : 57). Mais la nécessité oblige et donne raison au choix de cette alternative. Il faut donc que le cadre d'hospitalisation soit le plus adapté avec une structure et des composantes utiles et fonctionnelles pour l'assurance d'un programme thérapeutique.

Le cadre d'hospitalisation mieux adapté, doit pouvoir assurer la contenance et la restauration psychique de l'adolescent pris en charge. Dans cette logique, Coenen (2001 : 144), évoquant le cas des adolescents violents, estime qu'il faut un travail éducatif d'un adulte contenant pour donner un sens thérapeutique à l'enfermement de l'adolescent violent, en l'inscrivant dans une continuité relationnelle sécurisante. Il définit la contenance comme étant aussi la capacité d'accueil et d'hébergement des matériaux psychiques déliés et destructeurs procédant d'un travail groupal dans lequel l'équipe se constitue comme un réceptacle suffisamment flexible pour être déformé par les projections violentes provenant du patient. Inspirées de telles conceptions, ces pratiques de contenance sont établies sous forme de protocole de traitement et d'information dans les différentes institutions en charge d'adolescents difficiles.

Par le travail d'élaboration groupale opéré en supervision ou en analyse de la pratique, ils transforment les vécus affectifs non mentalisés de l'adolescent dont ils sont devenus le contenant en éléments secondarisés. Ce travail thérapeutique met en place une sorte de feed-back dans lequel ils œuvrent à restaurer les processus de pensée défailants découlant des processus primaires de l'adolescent. Ces processus inadaptés étant généralement ceux qui sous-tendent ses comportements.

3. DISCUSSION ET INTÉRÊT DU CAS

Le cas de D. est intéressant à plusieurs égards. Il pose à lui tout seul, les problèmes de dysfonctions familiales, d'éducation, de connaissance et de confiance en la psychologie dans un contexte marqué par les valeurs culturelles traditionnelles, la spiritualité et la mystique. En ce XXIe siècle, où la grande disponibilité d'internet fournit des informations et renseigne sur presque tout, mettre des limites aux enfants et adolescents sans créer de conflits demeure un challenge difficile pour de nombreux parents.

À notre époque où le bien-être des enfants semble la priorité, où le dialogue est de mise en toutes circonstances, où les réseaux sociaux nous inondent de conseils et d'images de perfection, les parents se sentent bien souvent coupables, démunis et doutent de plus en plus d'eux-mêmes (Schwennicke 2021 : 13). Être parent est une mission très complexe pour laquelle aucune formation ni aucun diplôme n'est clairement requis. Les insuffisances dans cet exercice exposent les enfants à une éducation défailante et aux conséquences d'une famille qui perd en efficacité. Comme dans le cas de D. étudié dans cette réflexion scientifique, les problèmes de conduites issus des différents dysfonctionnements familiaux rangent les adolescents concernés dans la catégorie des adolescents difficiles. Cette catégorie d'adolescents difficiles sous-entend également la difficulté des intervenants à les prendre en charge et à les aider. Face à l'impossibilité de trouver un hébergement adapté, à des situations inextricables où l'incertitude sur ce qu'il s'agit de faire est communément partagée, le malaise des accompagnants est transversal à tous les corps professionnels concernés (Laval & Ravon 2016 : 8).

Cette discussion essaiera de faire mention de quelques éléments clés autour de la question des troubles de conduites des adolescents ; éléments que le cas de D. impose à l'attention du professionnel de la santé mentale.

3.1. SÉPARATION DES PARENTS ET ENVIRONNEMENT FAMILIAL INADAPTÉ

La séparation des parents constitue un des facteurs de stress le plus fréquemment observé chez les enfants (Maughan & McCarthy 1997 : 163). De nombreux auteurs ont attiré l'attention sur le lien existant entre l'éclatement de la structure familiale et l'apparition ultérieure de comportements agressifs, trouble des conduites et délinquance (Rodgers & Pryor 1998 : 36). Le stress de l'enfant a longtemps été attribué à l'absence de l'un des parents à la suite du divorce, mais différentes études ont montré qu'il est surtout lié à plus de difficultés avant et après le divorce (Rutter 1995 : 561). Les enfants de couples divorcés ou séparés sont en réalité susceptibles de faire l'expérience de multiples facteurs de stress : détresse émotionnelle des parents, moindre disponibilité pour l'enfant ; difficultés économiques, changement de statut social ; déménagement, changement d'école ; persistance de conflits entre les parents ; recomposition des familles. Même si D. n'a pas connu de déménagements liés aux séparations parentales, ses parents s'étant séparés avant sa naissance, il a cependant subi de nombreux conflits parentaux impliquant souvent ses grands-parents.

Les facteurs familiaux postérieurs à la séparation ont également fait l'objet d'études. De façon générale, les dissensions persistant après la séparation des parents ont un impact délétère, surtout si l'enfant est impliqué par l'un ou l'autre des parents dans des conflits de loyauté (Kelly 2000 : 967). Aseltine (1996 : 146) montre dans son étude menée pendant trois ans auprès de 1208 adolescents âgés de 14 à 17 ans que les enfants dont les parents se sont remariés sont psychologiquement moins affectés que ceux dont les parents sont restés célibataires. Ce résultat s'explique probablement par le fait que les familles monoparentales doivent faire face à un stress plus aigu et à des difficultés financières et relationnelles plus importantes que les familles recomposées. C'est le moment de rappeler que la mère de D. n'a jamais eu d'union ou de mariage stable jusqu'à l'âge actuel du patient. Ce qui pourrait participer à la survenue et à la gravité des troubles de conduite

observés. Le libertinage dans lequel s'est retrouvé D. le garde dans la compagnie de pairs délinquants.

3.2. FRÉQUENTATION DES PAIRS DÉLINQUANTS

Dans l'étude de Stouthamer-Loeber *et al.* (2002 : 120), la fréquentation de pairs délinquants augmente significativement le risque de persistance de comportements délinquants à l'adolescence. Toutefois, les relations entre les deux phénomènes sont manifestement réciproques et dynamiques, dans la mesure où les individus sélectionnent et modèlent leur propre environnement et donc leur expérience. Des travaux (Vitaro *et al.*, 1997 : 681 ; Gatti *et coll.* 2005 : 1184) ont étudié l'influence de deux modèles : le « modèle de l'influence des pairs » et le « modèle des caractéristiques individuelles » sur le développement de la délinquance chez les garçons. L'enfant tend à se rapprocher de ceux qui vont renforcer son propre comportement (Snyder *et al.*, 1996 : 219). L'association avec des pairs délinquants augmente la délinquance des jeunes qui ont des antécédents importants de comportements déviants (Gatti *et al.*, 2005 ; *op. cit.*). Dans le cas D., les mensonges et vols dominent les conduites à problème.

3.3. VOLS, MENSONGES ET FRAUDES

Une étude longitudinale nationale réalisée aux États-Unis a montré que la majorité des adolescents délinquants commettent des vols et que, contrairement au vandalisme et à l'agression physique, la fréquence de ces comportements ne diminue pas à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte (Elliott *et al.*, 1989 : 207). Les jeunes enfants mentent souvent pour obtenir des biens ou des faveurs ou pour échapper à des obligations. Les enfants menteurs chroniques sont également reconnus comme étant plus agressifs, hyperactifs et de tempérament oppositionnel (Gervais *et al.*, 2000 : 218). L'agressivité n'a pas été remarquée chez D., de même pour les éléments d'hyperactivité. Cependant une grosse difficulté dans le respect des règles établies a été notée chez le patient.

3.4. VIOLATIONS DES RÈGLES ÉTABLIES

Par définition, les symptômes figurant dans le DSM-V pour cette composante du trouble des conduites ne débutent pas dans la petite enfance; ils apparaissent généralement à la préadolescence chez les jeunes pour lesquels il y a un diagnostic de trouble des conduites avec début pendant l'enfance (Collectif INSERM 2005 : 57). Dans ce cas, les violations graves de règles établies seraient un prolongement du trouble qui a commencé durant la petite enfance. Dans les autres cas comme celui de D., ces violations pourraient être considérées comme un type de trouble des conduites. En effet, dans sa petite enfance, D. était décrit comme un enfant des plus docile et désiré de tous à cause de son calme. Les données officielles de délinquance aux États-Unis révèlent qu'entre 1985 et 1997, les fugues étaient la deuxième cause des arrestations d'adolescentes, alors qu'il s'agissait d'une cause d'arrestation moindre pour les adolescents (McCord *et al.*, 2001 : 178). L'école buissonnière apparaît quant à elle comme un comportement beaucoup plus fréquent. Leblanc et Tremblay (1988 : 283) rapportent une prévalence de 30 % à 40 % chez les adolescents entre 1976 et 1986 au Québec. Dans l'étude longitudinale des garçons de milieux défavorisés à Montréal (Tremblay *et al.*, 2003 : 231), près de 25 % d'entre eux rapportaient avoir manqué l'école sans raison valable à l'âge de 11 ans ; ce pourcentage atteignait 60 % à 16 ans.

3.5. CONSÉQUENCES DES TRAJECTOIRES DE TROUBLE DES CONDUITES

Plusieurs études longitudinales ont montré que les enfants qui ont plusieurs symptômes de trouble des conduites sont à haut risque d'avoir des problèmes d'adaptation sociale : échec scolaire, rejet par les pairs, sexualité précoce, promiscuité sexuelle, tabagisme, consommation et abus de drogues, abus d'alcool, participation à des gangs délinquants, dépression, idées suicidaires, grossesse durant l'adolescence, problèmes d'intégration sur le marché du travail, problèmes de santé physique (Woodward et Fergusson 2000 : 247 ; Moffitt *et al.*, 2001 ; Loeber *et al.*, 2005 : 205). Cependant, le suivi de 500 adolescents délinquants jusqu'à l'âge de 70 ans montre clairement que plus ces individus avancent en âge, moins ils présentent les symptômes qui constituent les critères du trouble des conduites ou de la personnalité antisociale du DSM-IV (Sampson *et al.*, 2003 : 307). Ceci pousse à penser que les deux directions d'amélioration ou

d'aggravation des conduites sont possibles. Mais la question est d'identifier les éléments internes ou externes qui exercent une influence déterminante dans un sens ou dans un autre.

CONCLUSION

Les conditions d'une prise en charge difficile d'un trouble de conduites chez un adolescent ont été l'objet de cette étude. Elle a été initiée après le constat selon lequel la famille d'un patient souffrant d'un trouble de conduite avait un poids considérable dans la procédure de prise en charge. La famille est censée assurer une fonction éducative pour ses membres en entretenant des liens et relations complexes, marquées par l'autorité, l'assurance et la confiance. Elle prépare les individus à se constituer de façon harmonieuse en vue d'être des personnes bien préparées à la vie individuelle et surtout celle en société. Les défaillances familiales conduisent souvent à divers problèmes qui virent parfois en des pathologies. C'est le cas des troubles de conduite chez les enfants et les adolescents tels qu'il a été question dans la présente étude de cas.

Même si l'agression physique est le symptôme du trouble des conduites le mieux étudié dans les travaux scientifiques, on peut se rendre compte avec le cas de D. et avec certains contenus de la littérature qu'elle n'en est pas la seule manifestation. C'est le cas de D. qui n'a jamais pu bénéficier d'une prise en charge psychologique et psychosociale correcte et complète. Il serait utile de travailler à une meilleure prise de conscience des populations autour des avantages de l'accompagnement psychologique dans certaines situations de conduites déviantes. Mieux, des interventions préventives peuvent donc être déjà initiées pour prévenir les dysfonctions familiales développant chez les enfants des trajectoires développementales qui conduisent à de nombreux problèmes de santé mentale et de bien-être tant pour les individus affectés que pour leur entourage.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ALBERNHE Karine et ALBERNHE Thierry, 2014. *Les thérapies familiales Systémiques*, Elsevier Masson SAS, 4^e Ed, 325 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Washington DC, 5e éd., p. 615-622.

ASELTINE Robert H., 1996. « Pathways linking parental divorce with adolescent depression », *Journal of Health and Social Behavior*, no 2/37, p. 133-148. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.2307/2137269> [dernier accès novembre 2022].

BLOUIN Sophie, 2011. *L'évaluation familiale en protection de la jeunesse : une étude à cas multiples*, Thèse de Doctorat en Psychologie, Université du Québec.

BRODWIN Paul & VELPRY Livia, 2014. « The Practice of Constraint in Psychiatry: Emergent Forms of Care and Control », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, no 4/38, p. 524-526. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9402-y> [dernier accès septembre 2022].

COENEN Roland, 2001. « L'exclusion est une maltraitance Clinique des adolescents difficiles », *Thérapie Familiale*, no 2/22, p. 133-151. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-2-page-133.htm> [dernier accès septembre 2022].

INSERM (dir), 2005. *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Rapport (Expertise collective), Editions INSERM, Paris-France, XIV-428 p.

ELLIOTT Delbert S., HUIZING David & MENARD Scott, 1989. *Multiple problem youth: delinquency, substance use, and mental health problems*. Springer-Verlag, New York, 266 p.

GANSEL Yannis, 2016. « « Où sont-ils ? » : incertitudes professionnelles dans le traitement des adolescents « difficiles » », *Rhizome*, no 59/1, p. 78-85. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2016-1-page-78.htm> [dernier accès novembre 2022].

GANSEL Yannis, 2016. *Le souci des adolescents : traiter une vulnérabilité dangereuse*, Anthropologie sociale et ethnologie, Thèse de Doctorat de l'Institut de Recherche

Interdisciplinaire sur les enjeux Sociaux - sciences sociales, politique, santé, EHES-Paris, 397 p.

GATTI Uberto, TREMBLAY Richard, VITARO Franck & MCDUFF Paul, 2005. « Youth gangs, delinquency and drug use: a test of the selection, facilitation, and enhancement hypotheses », *Journal Child Psychol Psychiatr*, no 11/46, pp. 1178-1190. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.00423.x [dernier accès novembre 2022].

GERVAIS Jean, TREMBLAY Richard, DESMARAIS-GERVAIS Lyse & VITARO Franck, 2000. « Children's persistent lying, gender differences and disruptive behaviors: A longitudinal perspective », *International Journal of Behavioral Development*, no 2/24, p. 213–221. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1080/016502500383340> [dernier accès septembre 2022].

KELLY Joan B., 2000. Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, no 8/39, p. 963-973. DOI: 10.1097/00004583-200008000-00007 [dernier accès novembre 2022].

LAVAL Christian & RAVON Bertrand, 2016. « Avant-propos. Les adolescents difficiles et ceux qui s'en préoccupent », *Rhizome*, no 1/59, p. 5-13. Disponible en ligne : <https://www.cairn.info/revue-rhizome-2016-1-page-5.htm> [dernier accès septembre 2022].

LEBLANC Marc & TREMBLAY Richard E., 1988. « A study of factors associated with the stability of hidden delinquency », *International Journal of Adolescence and Youth*, no 3/1, p. 269–291. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1080/02673843.1988.9747643> [dernier accès novembre 2022].

LOEBER Rolf, LACOURSE Éric & HOMISH D. Lynn, 2005. Homicide, violence and developmental trajectories. Homicide, Violence, and Developmental Trajectories. In TREMBLAY Richard E., HARTUP W. W., & ARCHER J. (Eds.), *Developmental origins of aggression*, The Guilford Press, New York, p. 202-219.

LOVELL Anne M. et RHODES lorna A., 2014. « Psychiatry with Teeth: Notes on Coercion and

Control in France and the United States », *Culture, Medicine, and Psychiatry*, no 4/38, p. 618-622. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1007/s11013-014-9420-9> [dernier accès septembre 2022].

MAUGHAN Barbara & MCCARTHY Gérard, 1997. « Childhood adversities and psychosocial disorders », *British Medical Bulletin*, no 1/53, p. 156-169. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bmb.a011597> [dernier accès novembre 2022].

MCCORD Joan, WIDOM Cathy Spatz & CROWELL Nancy A., 2001. *Juvenile crime, juvenile justice*, National Academy Press, Washington, 384 p.

MOFFITT Terrien E., CASPI Avshalom, RUTTE Michael & SILVA Phil, 2005. *Sex differences in antisocial behavior*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 300 p.

RODGERS Bryan & PRYOR Jan, 1998. *Divorce and separation: the outcome for children*, Joseph Rowntree Foundation. York, England, 68 p.

RUTTER Michael 1995. « Clinical implications of attachment concepts: retrospect and prospect », *Journal of Child Psychology, Psychiatry*, no 36, p. 549-571. Disponible en ligne: DOI:10.1111/J.1469-7610.1995.TB02314.X [dernier accès novembre 2022].

SAMPSON Robert J. & LAUB John H., 2003. « Life-course desisters? Trajectories of crime among delinquent boys followed to age 70 », *Criminology*, no 3/41, p. 301-339.

SCHWENNICKE Catherine, 2021. *L'autorité parentale... autrement ! Comment reprendre la main sereinement ?* Éditions Mardaga, Bruxelles, Belgique, 119 p.

SNYDER James, WEST Lisa, STOCKEMER Vanessa, GIVENS S. & ALMQUIST-PARKS Laura, 1996. « A social learning model of peer choice in the natural environment », *Journal of Applied Developmental Psychology*, no 17, p. 215-237. Disponible en ligne: [https://doi.org/10.1016/S0193-3973\(96\)90026-X](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90026-X). [dernier accès octobre 2022].

STOUTHAMER-LOEBER Magda, LOEBER Rolf, WEI Evelyn, FARRINGTON David P. & WIKSTROM Per-Olof H., 2002. « Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, no 1/70, p. 111-123.

Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.111> [dernier accès octobre 2022].

TREMBLAY Richard, VITARO Franck, NAGIN Daniel, PAGANI Linda & SEGUIN Jean, 2003. The Montreal longitudinal and experimental study: Rediscovering the power of descriptions. " In THORNBERY Terence P. and Krohn Marvin D. (Eds.), 2003. *Taking Stock of Delinquency : An Overview of Findings from Contemporary Longitudinal Studies*, New York: Kluwer Publishers, p. 205-254.

TREMBLAY Richard, SCHAAL Benoist, BOULERICE Bernard, ARSENAULT Louise, SOUSSIGNAN Robert G., PAQUETTE Daniel and LAURENT Denis, 1998. « Testosterone, physical aggression, dominance, and physical development in early adolescence », *International Journal of Behavioral Development*, no 4/22, p. 753-777. Disponible en ligne: <https://doi.org/10.1080/016502598384153> [dernier accès novembre 2022].

VITARO Franck, TREMBLAY Richard E., KERR Margaret, PAGANI Linda & Bukowski William, 1997. « Disruptiveness, friend's characteristics and delinquency in early adolescence: a test of two competing models of development », *Child Development*, no 4/68, p. 676-689. Disponible en ligne: <https://www.jstor.org/stable/1132118> [dernier accès octobre 2022].

WOODWARD Lianne J. & FERGUSON David M., 2000. « Childhood and adolescent predictors of physical assault: A prospective longitudinal study », *Criminology*, no 38, p. 233-261. Disponible en ligne : DOI:10.1111/j.1745-9125.2000.tb00889.x [dernier accès septembre 2022].

AUTEUR

Michel Mètonou **MEHINTO**
Maître-Assistant des Universités / CAMES
Laboratoire de Psychologie Appliquée
Université d'Abomey-Calavi (Bénin)
Courriel : mipapaito01@yahoo.fr



© Édition électronique

URL – Revue Espaces Africains : <https://espacesafricains.org/>

Courriel – Revue Espaces Africains : revue@espacesafricains.org

ISSN : 2957-9279

Courriel – Groupe de recherche PoSTer : poster_ujlog@espaces.africains.org

URL – Groupe PoSTer : <https://espacesafricains.org/poster/>

© Éditeur

- Groupe de recherche Populations, Sociétés et Territoires (PoSTer) de l'UJLoG
- Université Jean Lorougnon Guédé (UJLoG) - Daloa (Côte d'Ivoire)

© Référence électronique

Michel Mètonou MEHINTO, « Clinique d'un cas de trouble de comportement récidivant à Cotonou : quand la famille limite l'accompagnement psychothérapeutique », Revue Espaces Africains (En ligne), 2 | 2022 (Varia), Vol. 2, ISSN : 2957- 9279, mis en ligne, le 30 décembre 2022.
