



HAL
open science

Spasmophilie et possession : le symptôme de l'adolescent à l'épreuve de la culture

Amina Hemdane, Bénédicte Goudet Laffont, Agathe Benoit de Coignac, Thierry Baubet

► **To cite this version:**

Amina Hemdane, Bénédicte Goudet Laffont, Agathe Benoit de Coignac, Thierry Baubet. Spasmophilie et possession : le symptôme de l'adolescent à l'épreuve de la culture. Marie Rose Moro. Devenir adulte : chances et difficultés, Armand Colin, pp.143-157, 2014, 978-2200287344. <hal-03964268>

HAL Id: hal-03964268

<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-03964268v1>

Submitted on 31 Jan 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-SA 4.0 - Attribution - ShareAlike - International License

Pour citer cet article :

Hemdane A, Goudet-Lafont B, Benoit de Coignac A, Baubet T. Spasmophilie et possession : le symptôme de l'adolescent à l'épreuve de la culture. In : Moro MR, éd. *Devenir adulte : chances et difficultés*. Paris : Armand Colin ; 2014. p. 143-157.

Spasmophilie et possession : le symptôme de l'adolescent à l'épreuve de la culture

Amina Hemdane

Chef de Clinique – assistant, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Maison des adolescents Casita, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

Bénédicte Goudet Lafont

Chef de Clinique – assistant, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Maison des adolescents Casita, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

Agathe Benoit de Coignac

Praticien Hospitalier, Maison des adolescents Casita, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

Thierry Baubet

Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, EA 4403, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité, Chef du Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie générale et addictologie spécialisée, Hôpital Avicenne (AP-HP), Bobigny.

Auteur pour la correspondance : Pr Thierry Baubet – Psychopathologie – Hôpital Avicenne – 125 rue de Stalingrad – 93009 Bobigny Cedex – thierry.baubet@avc.aphp.fr – 01 48 95 54 75 – 06 03 29 88 56 – Fax 01 48 95 59 70

Il s'agit d'une demande comme les maisons des adolescents (MDA) en reçoivent beaucoup : l'école s'inquiète pour la situation de deux jeunes filles, Clara et Loundja, âgées de seize ans, et une infirmière scolaire nous appelle. Clara a été la première à faire des crises qui ont reçu l'étiquette de spasmophilie et qui déstabilisent la classe. Elles sont décrites par les membres de l'équipe éducative comme très démonstratives avec une dimension sexuelle manifeste. Quand les crises arrivent, les autres élèves interviennent et contiennent physiquement Clara. L'apparence érotisée de ces interventions et relativisée par certains enseignants qui y voient un processus d'entraide entre adolescents, d'autres trouvent intolérable d'assister à de telles scènes. Il s'en suivra de multiples débats : faut-il laisser les autres élèves intervenir ou intervenir soi-même ? Faut-il exclure Clara trop « malade » pour que la scolarité soit maintenue ?

La situation se complique quand quelques semaines plus tard une autre élève, Loundja fait des crises quasi identiques. A l'inverse de Clara, jeune fille coquette et populaire, Loundja est plutôt discrète, peu à l'aise dans la relations avec les pairs.

Le parcours de soins médicaux est comparable pour les deux adolescentes : elles ont d'abord eu recours à des consultations aux urgences. Les crises prennent l'allure de secousses tonico-clonique généralisées ne s'accompagnant cependant ni de morsure de la langue, ni de perte d'urine. Les examens réalisés afin d'éliminer une étiologie somatique sont normaux. Le diagnostic de crises de tétanie dans un tableau de spasmophilie est évoqué. Le même diagnostic avait été avancé par l'infirmière scolaire quand elle nous avait sollicités. C'est donc suite à un double adressage des urgences et de l'école que nous recevons ces deux patientes.

Clara a été la première à consulter avec ses parents, la part psychogène de « stress » et d'anxiété reconnue dans la pathogénie des crises de spasmophile à rendu le recours aux soins

psychiques naturel. Clara, comme ses parents, partageait cette représentation avec l'école et avec les urgences. La prise en charge proposée prenait tout son sens pour elle et sa famille. Nous ne détaillerons pas ici son histoire clinique. Nous avons eu plus de mal à rencontrer Loundja dont la famille s'est montrée plus réticente, ne comprenant pas cet adressage. Devant l'aggravation des symptômes, le risque de déscolarisation et face à l'insistance des différents partenaires, ils viennent plus tardivement en consultation.

Nous exposerons dans un premier temps la situation de Loundja et les modalités de sa prise en charge incluant une approche ethnopsychiatrique. Nous discuterons par la suite les enjeux culturels du diagnostic de spasmophilie.

Premiers entretiens avec Loundja et sa famille

Lors des premières rencontres Loundja est une jeune fille peu apprêtée, évitant le regard. Malgré ses 16 ans elle a une apparence prépubère. Elle est peu accessible et répond brièvement aux questions. Son discours est superficiel et l'élaboration autour des crises est difficile, elle dit ne pas s'en souvenir et semble y être indifférente. Ses parents sont migrants, d'origine Kabyle, elle est la troisième d'une fratrie de quatre et la vie de famille prend une place importante. Elle investit particulièrement la scolarité et ses résultats sont bons. Par ailleurs elle est assez éloignée des préoccupations classiques des adolescents et les relations avec les pairs sont très restreintes. Elle se dit peu préoccupée par les questions amoureuses mettant en avant que sa priorité c'est les études. Elle ne présente pas de symptomatologie anxieuse ou dépressive manifeste.

Ses parents sont très inquiets, les crises qui étaient rares et limitées au milieu scolaire sont plus fréquentes. Elles sont également plus violentes et surviennent désormais à la maison où

elles se manifestent différemment. Loundja paraît absente, elle peut se faire mal en tombant ou en se frappant la tête contre le mur. Il lui arrive aussi d'avoir des visions et de parler d'une voix grave qui n'est pas la sienne. Ces crises sont comprises par la famille comme des moments de possession, le mal dont elle souffre est identifié « elle est habitée par un djinn ».

Dans ce dispositif d'entretien classique le matériel recueilli est pauvre, les théories culturelles qui sont au premier plan peuvent entraver l'accroche thérapeutique puisque nous ne sommes pas perçus comme compétents pour guérir Loundja de son état de possession. Ces théories peuvent aussi désarçonner les professionnels du soin. Pour continuer à travailler et renforcer l'alliance thérapeutique, il est important dans de telles situations de recourir à une double lecture, psychodynamique et anthropologique, ce que permet l'approche transculturelle parents-enfants, telle que Moro (2006) l'a développée, dans le prolongement des travaux de Devereux et Nathan.

Espace familial : la consultation transculturelle

Devereux (1978) a construit l'ethnopsychanalyse à partir de l'anthropologie et de la psychanalyse. Les deux postulats de bases en sont l'universalité psychique et le codage culturel. Ainsi ce qui définit l'être humain c'est son fonctionnement psychique qui est universel, mais chacun y tend par la particularité de sa culture d'appartenance.

Devereux considère le matériel culturel comme un levier thérapeutique particulièrement efficace si on le traite de manière complémentariste, le complémentarisme étant le principe méthodologique selon lequel un observateur face à un fait donné doit l'analyser obligatoirement, mais non simultanément selon une lecture anthropologique et psychanalytique. Les deux discours ne peuvent être réduits l'un à l'autre. Devereux souligne également la nécessité de travailler sur le contre-transfert culturel, soit l'ensemble des

réactions conscientes et inconscientes suscitées chez le thérapeute par la distance culturelle avec le patient. A partir de ces principes, que Devereux avait pensés pour la thérapie individuelle, Nathan (1986) a développé un dispositif thérapeutique groupal particulier. Le patient y est reçu avec sa famille et en présence d'un interprète qui a également une fonction d'informateur au sens anthropologique du terme. Un thérapeute principal conduit l'entretien et fait circuler la parole avec plusieurs cothérapeutes de langues, de cultures et de parcours divers. Ils sont tous sensibilisés à l'anthropologie, certains parlent plusieurs langues. L'altérité est matérialisée d'emblée pour le patient. Dans cet espace de consultation, la présence de nombreuses personnes placées en cercle, l'intérêt porté aux représentations culturelles et aux théories étiologiques profanes, la présence de l'interprète vont favoriser le processus de narration et l'alliance. Moro, à partir des principaux éléments de ce dispositif, a construit une ethnopsychiatrie de la relation parents-enfants, et a particulièrement développé l'approche des enfants de migrants (Moro 2006, 2009, Moro et Réal 2006). Toutefois, il faut souligner avec force que ce dispositif groupal n'est pas un dispositif de première intention : il est indiqué dans les cas où la prise en charge individuelle s'avère insuffisante ou inopérante du fait de facteurs culturels, et dans ces cas là, il est mené en parallèle avec le travail individuel. Ce sont des séances longues (1h30 à 2h), espacées d'au moins un mois, et pour une durée limitée. Elles ont pour fonction de relancer, de dynamiser le travail individuel, mais aussi, parfois, de le rendre possible !

Dans le groupe, la possession de Loundja est d'emblé abordée mais le récit devient plus contextualisé, le portage du groupe favorise le processus associatif. L'expérience vécue par Loundja va réactiver chez son père un souvenir ancien, il raconte avoir été possédé quand il avait dix ans. Il dit avoir eu de « la chance » car c'est arrivé « au pays » et un bon *imam* s'est occupé de lui. Pour Loundja la situation apparaît plus complexe car ses parents disent qu'il n'a pas été possible de trouver un *imam* aussi compétent qu'au pays. Ainsi la dynamique

groupale et le cadre vont permettre de partir des logiques culturelles de la famille. En effet lors d'une possession une négociation se fait avec le *Djinn* pour qu'il quitte la personne possédée qui sera ainsi guérie. Les représentations culturelles intériorisées par les parents ont permis que le mal de Loudja soit identifié, cependant la rupture du cadre contenant du fait de la migration semble entraver le processus de guérison. Cela se traduit dans le discours des parents pour qui Loudja ne guérit pas parce qu'elle est en France. Selon Nathan, La migration induit une perte du cadre culturel externe et une moins grande efficacité du cadre culturel interne, ce dernier bien que présent à l'intérieur du patient a du mal à s'actualiser et n'est plus congruent avec l'enveloppe externe (Nathan 1987).

Nous apprendrons également au cours de ce suivi que Loudja porte le prénom de sa grand-mère paternelle. La tradition aurait voulu que ce prénom soit donné à l'aînée des filles, mais cette décision a été reportée jusqu'à la naissance de notre patiente et prise avec de grandes réticences, les parents s'accusant mutuellement d'en avoir pris la responsabilité. Cette grand-mère est initialement présentée comme une femme de caractère inspirant le respect, puis progressivement apparaissent les sentiments ambivalents qu'elle suscite chez le père de Loudja, mêlant colère, rejet puis culpabilité face à ses ressentis. Le père parvient à raconter sa relation difficile avec sa mère, et en particulier le vécu douloureux d'un premier mariage qu'elle lui aurait imposé. Les enjeux transgénérationnels dans lesquels Loudja est prise paraissent complexes, les sentiments ambivalents de son père semblent prendre leur sens quand Loudja décrite comme « gentille » est possédée par un Djinn « méchant » et persécuteur qui ne la quittera pas. Loudja semble avoir la mission difficile de réparer la relation de son père à sa propre mère, et de restaurer l' imago maternel abimé.

Progressivement le discours n'est plus centré sur les préoccupations liées à la possession, la place que prennent les crises dans la dynamique familiale est plus claire. Elles semblent avoir

pour fonction d'entraver le processus de séparation. Suite aux crises répétées Loundja a été déscolarisée plusieurs mois, les parents ont été rassurés par cette décision et en ont perçu un réel bénéfice. « A l'école si elle tombe elle risque de se faire mal, à la maison, il y aura toujours quelqu'un pour s'occuper d'elle ». Le clivage paraît ainsi de plus en plus net entre le milieu protecteur de la maison et l'extérieur vécu comme source de danger. Les théories culturelles prennent moins de place dans le discours parental et c'est l'investissement scolaire jugé excessif qui est tenu pour responsable des crises. Le temps passé à étudier dans sa chambre est un temps qu'elle ne passe pas avec le reste de la famille et cela lui est reproché.

La maladie de Loundja remet en cause ses projets d'études longues. L'investissement scolaire encouragé quand elle était enfant est désormais présenté comme la cause de sa maladie et comme une menace à la pérennité du lien familial. Elle se retrouve donc soumise à cette injonction paradoxale et prise dans un conflit de loyauté. Le fait d'aborder ces questions dans la consultation transculturelle favorisera leur élaboration dans l'espace individuel, c'est tout l'intérêt du dispositif à géométrie variable décrit plus haut.

L'espace individuel

Dès les premières consultations transculturelles, le contact avec Loundja semble s'améliorer et un travail d'élaboration va s'amorcer. Elle retiendra que l'« on a cru ses parents », elle semble en être étonnée, mais également fière que ça puisse nous intéresser, cela semble valoriser sa culture d'origine.

Loundja parlera de l'écart entre la vie à la maison et celle de l'extérieur, « c'est deux mondes différents ». Elle craint que l'accès à des études longues compromette son inscription dans la filiation et l'éloigne de sa famille, « la priorité c'est la famille et non les études... ». L'affiliation au groupe de pairs est aussi l'enjeu de conflits de loyauté, avoir les mêmes

préoccupations que les autres adolescents apparaît comme une transgression des règles et du cadre éducatif des parents (tenues vestimentaires, sorties, relations amoureuses), elle reste donc figé dans cette présentation préadolescente en repoussant à plus tard toutes ces questions.

Progressivement un véritable processus d'autonomisation va s'enclencher, Loundja est plus coquette, a de nouveaux amis. Elle fera le lien entre ces choix difficiles et la survenue de la maladie. Elle mobilise des ressources qui lui permettent une élaboration autour de la dissociation entre filiation et affiliation dans laquelle elle est prise, comme beaucoup d'enfants de migrants (Moro 2009).

Loundja n'adhère pas complètement aux étiologies culturelles avancées par les parents, elle ne les rejette pas pour autant. Pour elle les crises sont aussi liées au stress, à la fatigue et l'amélioration de son état est la conséquence des soins qu'on lui propose. Rappelons que les crises sont survenues la première fois en classe, et Loundja semble avoir emprunté le symptôme de sa camarade dans ce qui paraît être un processus d'identification à celle-ci. Loundja jeune fille plutôt effacée jusque-là, se rapproche de Clara, elle suscite autant d'intérêt, sa souffrance est reconnue et on lui suggère comme cela avait été fait à Clara de consulter. Nous apprenons qu'elles échangent via les réseaux sociaux sur leurs crises, se donnant des conseils et se soutenant mutuellement.

Pour ces deux adolescentes les crises entravent le corps, nous pouvons les comprendre comme une entrave au mouvement d'indépendance qui est le propre de l'adolescence. C'est à la fois des mouvements d'autonomisation et d'appropriation du corps qui semblent affectés. Le symptôme peut être compris comme une défense à l'égard de la sexualité. Il marque à l'adolescence un conflit d'indépendance vis-à-vis des liens familiaux et la place complexe envers les désirs sexuels.

C'est sous le terme de crises de spasmophilie, pourtant entité au contours flou et mal définis, que les symptômes des deux jeunes filles, sont compris par les intervenants qui nous les ont adressées. Cela interroge, la spasmophilie peut elle être envisagée comme une construction culturelle liée à la culture occidentale ?

La Spasmophilie, une construction culturelle liée à la culture occidentale ?

Les troubles présentés par Loundja nous semblent trouver un sens dans une culture donnée. Ses crises empruntent ainsi la forme d'expression de la spasmophilie de façon identique à une autre élève, lorsqu'elle est en classe, et sont diagnostiquées comme telle par les médecins urgentistes. Toutefois au domicile, elles sont reconnues par sa famille, d'origine kabyle, comme un état de possession par les *djinns*. Cette façon de manifester sa souffrance par différentes voies d'expression correspondant chacune à un diagnostic bien particulier nous interpelle. Si l'état de possession par les *djinns* correspond à une théorie culturelle courante dans la région dont est originaire Loundja, qu'en est-il de la spasmophilie ? Peut-on la relier à la culture occidentale dans une lecture anthropologique ?

Littlewood (2001), avec l'éclairage de l'anthropologie médicale définit ainsi la maladie : «Comme n'importe quel autre fait social, la maladie peut-être comprise, d'une certaine façon, comme caractéristique de la société particulière au sein de laquelle on la rencontre : qu'elle vienne révéler, cristallisés par des situations individuelles, des sentiments communément partagés ou qu'elle témoigne de ce que des observateurs nommeraient des tensions entre les groupes qui la constituent ». La constitution des symptômes n'est donc pas du simple ressort de la créativité individuelle. Elle traduit, au niveau individuel, un conflit culturel en lien avec des exigences fonctionnelles imposées par la société.

Les « Syndromes liés à la culture » : contours du concept

Ceci nous conduit à nous intéresser plus particulièrement à des modèles qualifiés de « Culture-bound syndromes » ou « Syndromes liés à la culture » (SLC), dont la définition est variable et qui sont l'objet d'un débat continu. En effet, la littérature, abondante depuis ces trente dernières années, que ce soit du côté de l'anthropologie, de la psychologie comme de la psychiatrie, se fait l'écho de controverses reflétant les diverses façons de concevoir le rôle de la culture dans l'expression symptomatique et l'émergence de la maladie mentale.

Ce terme de « Culture-bound syndromes » a été introduit dans la littérature, en 1967, par le psychiatre chinois Pow-Meng Yap pour décrire des manifestations symptomatiques inhabituelles et déterminées par des facteurs culturels tant au niveau de la forme que de la fréquence. Il considère ces syndromes comme des variantes de troubles psychiatriques déjà connus et décrits dans la psychiatrie occidentale. Il soutient qu'ils n'ont pas une valeur essentiellement exotique et que la société occidentale en dispose elle aussi (Yap 1967).

Les SLC apparaissent pour la première fois dans la nomenclature psychiatrique dans le DSM IV (1994). Il s'agit alors d'un glossaire de 25 items, placé en appendice, en fin de volume sous la forme d'un « sixième axe ». « Le terme *Culture-bound syndromes* désigne des modèles de comportements aberrants et d'expérience de difficultés qui sont récurrents et spécifiques à une région donnée et peuvent être ou non associés à des catégories diagnostiques particulières du DSM IV. Plusieurs de ces tableaux cliniques sont considérés localement comme des « maladies » ou du moins des désordres et la plupart ont des dénominations locales. Bien que des modes de présentation des problèmes conformes aux catégories principales du DSMIV se retrouvent à travers le monde, les symptômes particuliers, leur évolution et la réponse sociale qu'elles suscitent sont souvent influencées par des facteurs culturels. Par contraste, les *Culture-bound syndromes* sont en général limités à

des aires culturelles ou à des sociétés spécifiques ; ils constituent des catégories diagnostiques locales populaires qui associent des significations cohérentes à certains types d'expériences et d'observations répétitives, structurées et exprimant de l'affliction. » (APA 2000). Issu des efforts du groupe de travail « Culture et Diagnostic » qui portaient sur l'intégration des dimensions culturelles dans le champ psychiatrique, les divers chercheurs et cliniciens ayant collaboré au processus ont par la suite fait une analyse critique de la façon dont les propositions, ont été intégrées ou non au texte final (limites liées à la structure de l'ouvrage lui-même, basé sur la définition de catégories diagnostiques bien précises, à l'idéologie sous-jacente caractéristique de la psychiatrie nord-américaine,...)

D'autres définitions montrent diverses perspectives possibles et parfois contradictoires (De Plaen 2003). Ainsi, selon Cassidy (1982) les SLC sont comme des constellations symptomatiques catégorisées comme des maladies ou des dysfonctionnements et caractérisées par au moins un des critères suivants : on ne peut les comprendre en dehors du contexte culturel spécifique où ils prennent place ; l'étiologie représente ou symbolise des significations fondamentales et des normes comportementales propres à cette culture ; le diagnostic qui en est fait repose sur une technologie et une idéologie spécifique à la culture ; un traitement efficace ne peut être effectué que par un des membres de la culture en question. Le même genre de constellation symptomatique peut être retrouvé dans d'autres cultures mais sans être théorisé de la même façon. De même un traitement qui peut être considéré comme efficace dans un contexte culturel donné, peut ne pas être évalué de la même façon dans un contexte différent. Selon Cassidy, les concepts de la biomédecine occidentale seraient eux-mêmes saturés par la culture et diverses entités « médicales » pourraient être considérées comme constituant des bons exemples de SLC.

Selon Prince (1985), la définition est plus restreinte. Il met l'accent sur la constellation symptomatique en elle-même, qu'il différencie des modèles explicatifs sous-jacents (étiologie) ainsi que des modes de traitement (thérapeutique) qui peuvent lui être associés.

Pour Littlewood (2001), les SLC « représentent des modèles distincts et cohérents, transmis de génération en génération, selon une tradition culturelle continue, et on considère qu'ils sont intimement liés à la manière qu'à chaque société de comprendre l'individu et d'édicter ses propres normes». Ils « facilitent l'articulation des intérêts de l'individu et de la société (habituellement entre des groupes différenciés par l'âge ou par le sexe). Les sujets qui se trouvent en situation de frustration intolérable et qui présentent un syndrome psychiatrique culturel exercent de fait, une pression morale occulte sur les instances (parentales, sociales, etc.). L'approche anthropologique nous offre une explication fonctionnaliste selon laquelle un tel modèle culturel (le syndrome psychiatrique) fonctionne comme sous-système d'une totalité sociale. Elle nous montre également de quelle façon l'individu emploie les mécanismes sociaux pour ajuster sa situation ; mais elle propose en outre, un sens, une signification que prend le modèle à la fois pour l'individu et pour la société » (Littlewood 1985 et 1986)

Dans le cadre de cet article nous allons nous appuyer principalement sur l'idée que les SLC sont des tableaux cliniques assez homogènes, qui sont reconnus et compris comme cohérents et porteurs d'un sens au sein de certaines cultures. Ils permettent au sujet de s'écarter de la norme, d'exprimer une souffrance tout en ayant l'assurance d'être compris au sein d'une culture donnée. Ils constituent, pour reprendre le terme de l'anthropologue américain Ralph Linton (1936), un « modèle d'inconduite ». Ces manifestations constituent des canaux sémantiques communs à des groupes culturels (Baubet 2009), permettant d'exprimer toute

sorte de souffrances individuelles. Ils permettent aussi de diminuer la responsabilité du patient vis-à-vis de ses troubles, mais pas de ses autres actes (Beard 1981).

La spasmophilie, un syndrome lié à la culture ?

La spasmophilie est un syndrome clinique polymorphe et variable, qui toucherait environ 8 millions de Français, dont 90% de femmes (Schwob 1993). On ne retrouve que très peu d'articles à son sujet dans la littérature internationale, et son existence est l'objet de nombreuses controverses. En effet, bien que largement étudiée, la spasmophilie reste encore mal connue sur un plan étiologique et de nombreuses hypothèses physiopathologiques ont été avancées sans recevoir pour autant de validation scientifique indiscutable (Sidoun 1989).

Le terme de spasmophilie est apparu au milieu du XIX^{ème} siècle, forgé par l'aliéniste Charles Féré (1852–1907), ancien chef de laboratoire et secrétaire de Charcot. La spasmophilie est définie comme « une prédisposition souvent héréditaire aux crises de tétanie. Elle est caractérisée par une hyper-irritabilité neuromusculaire généralement latente, mais qui peut se manifester par des lipothymies, des paresthésies, des troubles psychiques, des spasmes viscéraux, des crises convulsives. » (Garnier-Delamare 1984)

Ce trouble va rapidement s'inscrire dans la filiation des pathologies anxieuses, champ qui va connaître des remaniements considérables au gré de l'évolution des théories dominantes. S'il bénéficie particulièrement de l'intérêt des somaticiens qui nourrissent de nombreuses hypothèses organiques, ses intrications avec les troubles conversifs et les affections psychosomatiques sont aussi régulièrement décrites et en font une maladie difficilement « classable » sur le plan étiologique et qui ne dit rien de la structure psychique sous-jacente.

Ainsi, ce trouble n'apparaît dans aucune des classifications diagnostiques internationales. Néanmoins, c'est un diagnostic qui est devenu très populaire en France, relayé, contre toute

évidence scientifique, dans la société par l'intermédiaire des médias et largement utilisé par les praticiens pour décrire des troubles assez variés mais qui tous relèveraient d'une maladie physique au déterminisme et à l'évolution propre, avec des traitements spécifiques (Pelissolo 2003). Ce syndrome a en effet suscité l'intérêt des médecins comme en témoigne la multiplicité des publications dans des revues de médecine interne, neurophysiologie, réadaptation et médecine physique, biomédecine et pharmacothérapie, anesthésie réanimation, allergologie, immunologie clinique... Différentes hypothèses ont été formulées : état d'hyperexcitabilité nerveuse objectivable par des modifications électromyographiques (doublets ou multiplets) et un signe particulier, le signe de Chvostek ; tendance hypocalcémiant ou manque de magnésium pour en tirer une thérapeutique à base de calcium et de dérivés de la vitamine D ; comorbidité avec des pathologies endocriniennes, très fréquentes à l'adolescence ; enfin le rôle du processus pubertaire à l'adolescence a été proposé par certains internistes (Klotz 1972).

La fréquence des cas de spasmophilie pourrait ainsi être comprise comme une forme d'expression de la souffrance tolérée par notre société, car basée sur une conception médicale somatique. Cette forme, en effet, n'apparaît pas aussi stigmatisante que la maladie mentale, tout en permettant par l'étrangeté de ces symptômes de singulariser l'individu souffrant. Le diagnostic de spasmophilie va reposer sur des examens complémentaires (dosages ioniques, électromyogrammes,...), des prescriptions (magnésium, calcium ou vitamine D) spécifiques de la culture médicale occidentale. Le modèle occidental médical permet la déresponsabilisation du patient en opposition à d'autres modèles étiologiques du malheur dans d'autres sociétés où sont concernées les relations au monde extérieur. Dans le modèle médical, seul l'individu est concerné et ce modèle exclut la personne d'une logique socio-culturelle. La médecine va alors chercher à démontrer une réalité « biologique » rattachant les perturbations observées à une catégorie naturelle.

L'inclusion de la spasmophilie au sein des troubles mentaux échoue auprès du grand public car elle enlève alors aux patients toute autre forme de légitimité et de pouvoir et les réduisent au silence (Mestre 2001). Les représentations des désordres mentaux dans la société occidentale, ont tendance à discréditer le patient et à porter un jugement moral négatif et excluant.

L'exemple du cas de Loundja

Nous remarquons ainsi que le diagnostic de spasmophilie de Loundja, et de l'autre élève, loin de les exclure du groupe, en fait des personnes qu'il faut soutenir et protéger aussi bien du côté des enseignants que dans le groupe des pairs. Le début d'épidémie de spasmophilie dans cette classe pourrait correspondre à un moment de forte tension dans le groupe. Un des effets de ces crises va être de renverser les rapports de force dans des groupes hiérarchisés (Enseignants-Elèves / Proviseur-enseignants). Les crises semblent venir menacer les enseignants dans leur autorité et dans leur capacité à gérer un risque, engageant leur responsabilité (enseignants confiant la gestion de ces crises aux autres élèves,...). Nous pouvons noter ici que la spasmophilie va venir toucher à des enjeux socio-culturels clés tels que la valeur grandissante que prend la notion de responsabilité, la sexualité (forte érotisation des crises), la place de la maladie et de la biomédecine (crises associées à une tumeur cérébrale, épilepsie, contagiosité...) et de façon plus générale les relations sociales et les normes de comportements au sein de la société.

Les deux adolescentes trouvent ainsi le moyen d'exprimer, de façon conforme à leur culture, leurs souffrances individuelles, leurs conflits internes propres à l'adolescence et de menacer les ordres établis familiaux et institutionnels tout en bénéficiant d'une responsabilité diminuée vis-à-vis de leurs troubles.

La spasmophilie et la possession sont ici des théories étiologiques de la souffrance subjective de ces deux adolescentes. C'est en travaillant sur la manière dont elles se les approprient, les abandonnent, les rejettent ; dont elles les partagent ou non avec leur famille et leur entourage, qu'à pu se nouer la relation thérapeutique. L'utilisation des théories culturelles, loin de figer les adolescentes dans un univers culturel, a finalement constitué la voie d'accès à la subjectivité, peut-être la seule qui était alors possible pour Loundja..

Bibliographie

American Psychiatric association. (2000). DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux Texte révisé. Paris : Masson ; 2000.

Baubet T. L'évaluation clinique en situation transculturelle. In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychopathologie transculturelle. De l'enfance à l'âge adulte*. Paris : Masson ; 2009.pp91-106.

Beard GM. American nervousness: Its causes and consequences. New York : Putnam ; 1981.

Bourichon J. Perturbation du métabolisme du calcium dans la spasmophilie chronique normocalcémique d'allure idiopathique. Thèse de doctorat en médecine. Université de Paris ; 1960.

Carraz J. Vous n'êtes pas spasmophile : contribution à une critique du concept de spasmophilie. Thèse de doctorat en médecine. Université de Paris ; 1986.

Cassidy CM. Protein-Energy Malnutrition as a Culture-Bound Syndrome. *Cult Med Psychiatry* 1982 ; 6 : 325-45.

Devereux G. *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris : Flammarion ; 1978.

De Plaen S. Des *culture-bound syndromes* au « travail de la culture ». In : Baubet T, Moro MR, éditeurs. *Psychiatrie et migrations, Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Paris : Masson ; 2003.p.75-90

Durlach J, Gremy F, Metral S. La spasmophilie: forme neuromusculaire du déficit magnésien primitif. Étude statistique de la valeur diagnostique et pronostique des critères cliniques. *Revue Neurologique* 1967 ; 117(1):177-189.

Durlach J. Spasmophilie, maladie de Barlow et magnésium. *Phytotherapy – Phytothérapie et médecines naturelles* 1984 ; (10) : 21-28.

Garnier M, Delamare J, éditeurs. *Dictionnaire des termes techniques de médecine*. Paris : Maloine ; 1984.

- Klotz HP. La décompensation pubertaire de la spasmophilie. In : *Problèmes actuels d'endocrinologie et de nutrition*. Paris : ESF ; 1972.
- Littlewood R, Lipsedge M. Culture-bound syndromes. In : Granville-Grossman K, éditeur. *Recent Advances in Psychiatry-5*. Edinburgh : Churchill-Livingstone ; 1985.
- Littlewood R. La migrations des syndromes lié à la culture. *Synapse* 1986 ; (19) : 34-38.
- Littlewood R. Nosologie et classifications psychiatriques selon les cultures: les “syndromes liés à la culture”. *L'autre cliniques cultures et sociétés* 2001 ; 2(2) : 441- 66.
- Linton R. The study of a man. New York : Appleton ; 1936.
- Mestre C. De la possession à l'hystérie. *L'autre cliniques cultures et sociétés* 2001 ; 2(2) : 595-508
- Moro MR. Bases de la clinique transculturelle. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La pensée sauvage ; 1986.p.159-177.
- Moro MR, Réal I. La consultation transculturelle d'Avicenne. In : Moro MR, De La Noë Q, Mouchenik Y, éditeurs. *Manuel de psychiatrie transculturelle*. Grenoble : La pensée sauvage ; 1986.p.217-237.
- Moro MR. Parents-enfants en situation migratoire : une nouvelle clinique des métissages. In : T. Baubet T, Moro MR, éditeur. *Psychopathologie transculturelle*. Paris : Masson ; 2009.p.58-88.
- Nathan T. *La Folie des autres*. Paris : Dunod ; 1986.
- Nathan T. La fonction psychique de trauma. *Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie* 1987 ; (8) : 7-9.
- Pelissolo A. Spasmophilie, tétanie et hyperventilation psychogène. In : *Urgences 2003 Enseignements supérieurs et conférences*. Paris : Brain Storming L & C ; 2003.p.15-22.
- Prince R. The Concept of Culture-Bound Syndromes : Anorexia Nervosa and Brain-fag. *Soc Sci Med* 1985 ; 21(2) : 197-203.
- Schwob M. Les 100 visages de la spasmophilie. Paris : Hachette ; 1993.
- Sidoun P, Fontaine R, Falugi G. Spasmophilie, attaques de panique et névrose hystérique. Confrontation des concepts. *Concours Médical* 1989 ; 111 (25) : 2157-9.
- Yap PM. Mental diseases peculiar to certain cultures. Mental Diseases Peculiar to Certain Cultures: A Survey of Comparative Psychiatry. *Journal of Mental Science* 1951 ; 97: 313–327.
- Yap PM. Comparative psychiatry: a theoretical framework. Toronto: University of Toronto Press; 1974.