

Éditorial

Attention école : jeux dangereux

Dangerous games at school

M.F. Le Heuzey *

Service de psychopathologie de l'enfant et l'adolescent, hôpital Robert-Debré, AP-HP, 48, boulevard Sérurier, 75019 Paris cedex, France

Reçu le 11 mars 2003 ; reçu en forme révisée le 12 juin 2003

Mots clés : Activités paraphiliques ; Asphyxie auto-érotique ; Autostrangulation ; Conduites à risques ; Accidents ; École

Keywords: Accidents, psychology; Asphyxia, psychology; Paraphilias, psychology; Child; Schools

« Benjamin, 14 ans, décédé par jeu du foulard », « Hugo 8 ans, décédé lors d'un jeu du foulard », « Quentin 10 ans, décédé, victime du jeu de la canette », « Leila, 13 ans, brisée, violée par 8 garçons, lors d'une tournante ». Ces titres s'affichent de plus en plus souvent dans la grande presse.

Dans nos cours d'école, nos préaux, nos gymnases, les jeunes se livrent à de nouveaux jeux, des jeux dangereux, des jeux interdits. Du jeu du béret, ils sont passés au jeu du foulard ; du jeu de cache-cache ou de « chat », au jeu de « la canette » ou de la « gardave », de la ronde enfantine, ils en sont arrivés à la tournante. Victime ou acteur plus ou moins consentant, tout élève est confronté un jour ou l'autre à un de ces jeux, mais il en garde généralement le secret vis-à-vis de ses parents, de ses professeurs et de son médecin... Le collège en est le lieu privilégié, même si des comportements identiques se font jour dans les écoles élémentaires. Dans les lycées, les conduites évoluent vers la consommation de substances psycho-actives et vers d'autres comportements à risque.

Ces jeux et ces conduites sont dangereux pour soi-même ou pour autrui, parfois pour les deux.

1. Des jeux dangereux pour soi et des jeux dangereux pour les autres

Le jeu du foulard est le plus connu des jeux dangereux pour soi-même. Nommé selon les cas « jeu du cosmos, rêve

indien, navette spatiale, jeu des poumons, nuit merveilleuse, 30 s de bonheur, coma indien, rêve bleu, etc. », il consiste en une strangulation utilisant une ceinture, un foulard ou un lien quelconque avec lequel le cou est serré jusqu'à la perte de connaissance. La strangulation est effectuée par le jeune lui-même ou par un copain, généralement dans les sanitaires, près des robinets pour pouvoir aider au réveil. Les « étranglants » et les « étranglés » sont les mêmes, à tour de rôle. Le jeu du sternum ou jeu de la tomate est un jeu voisin : la perte de connaissance est provoquée par un appui intense sur le sternum jusqu'au blocage de la respiration. Le jeu de la grenouille vise à obtenir le même résultat en s'accroupissant et en hyperventilant jusqu'à la perte de connaissance.

Des parents ont constitué des associations pour faire connaître ces pratiques et tenter de prévenir d'autres décès. Des rapports ont été envoyés à différentes instances. En mars 2002, l'inspection générale de l'éducation nationale a rendu un rapport au ministre de l'éducation nationale avec des propositions et des conseils pour les établissements scolaires, sans que ces phénomènes disparaissent.

D'autres jeux sont surtout dangereux pour les autres. Le plus connu est le jeu de la canette : si l'enfant désigné par le groupe de joueurs comme victime ne rattrape pas la canette de soda lancée vers lui, il est roué de coups. Le petit pont massacreur, la ronde, la mort subite, la mêlée, le bouc émissaire, la « PJ ou la gardave »... sont autant de jeux reposant sur le même principe : un enfant est choisi le matin comme victime, à partir d'un prétexte quelconque et est battu et humilié par le groupe. Dans le jeu de la compresse, 2 tortionnaires « coincent » un autre jeune en s'asseyant de chaque côté et en le maltraitant tout en l'empêchant de bouger. Les « tournantes » sont des agressions sexuelles réalisées en

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie-france.leheuzey@rdb.ap-hop-paris.fr (M.F. Le Heuzey).

groupe : la victime est généralement une fille qui a eu l'imprudence de ne pas dissimuler son corps sous un survêtement informe ou un voile islamique.

2. Une littérature médicale réduite

En dépit du nombre croissant de victimes et de la médiatisation de ces faits, la littérature médicale et en particulier psychiatrique est restée limitée. Les décès par pendaison sont trop rapidement assimilés à des activités suicidaires ou paraphiliques. Cette hypothèse est ainsi la seule évoquée par Blanchard et Hucker dans 117 cas de décès par autostrangulation, alors que 1/3 des victimes est âgé de 10 à 19 ans et ne présente pas les caractéristiques habituelles de l'autoasphyxie érotique paraphilique [1]. De même, l'étude portant sur 136 enfants décédés par strangulation, pendaison et suffocation, en Grande-Bretagne en 1995 [2], s'interroge, sans réponse, sur la cause exacte du décès de 21 enfants de 8 à 14 ans. Dans l'étude écossaise de Wyatt et al. en 1998 [3], 6 décès par pendaison sont qualifiés de suicides, uniquement parce qu'ils ne sont pas accidentels. Il faut attendre la publication canadienne de Le D et al. en 2001 [4] pour que soient évoqués ces jeux de strangulation chez les jeunes, dans les sanitaires des collèges. La mort de 4 enfants et le coma d'un cinquième ont fait prendre conscience de l'existence de ce jeu, avec pour conséquence la décision de supprimer les distributeurs d'essuie-mains en tissu dans les toilettes.

3. À quel contexte psychologique peut-on rattacher ces phénomènes ?

La plupart de ces jeux dangereux s'intègre dans le grand domaine des conduites à risque dont la période de prédilection est l'adolescence et dont il existe une grande variété, allant des sports extrêmes (saut à l'élastique, sports de glisse...), à la consommation d'alcool et de drogues, en passant par la conduite de motos sans casque, les rodéos automobiles, les rapports sexuels non protégés.

Ces conduites sont sous-tendues par différents mécanismes :

- recherche de nouveauté : le jeune tente de nouvelles expériences pour sortir du quotidien morne et répétitif, pour se détacher du train-train de l'enfance et pour connaître des sensations interdites ;
- recherche de sensation forte et de vertige : la notion de plaisir est très présente dans les jeux type foulard : « lorsque je jouais j'étais tellement bien, je ne sentais plus la douleur, je planais, c'était le bonheur » dit une adolescente. Certains garçons reconnaissent de plus rechercher aussi un plaisir sexuel, par exemple dans les pratiques solitaires du jeu du foulard. Mais ce qui l'emporte c'est la perte de connaissance avec ses sensations hallucinatoires.

Ces expériences de confrontation au risque, se déroulent selon Le Breton en 4 phases successives [5] :

- le vertige : c'est la panique voluptueuse, la griserie, « le pied » ;
- l'affrontement à soi-même ; on ne se mesure pas à un autre individu mais à soi-même ; on est son propre adversaire, et pour cela on surmonte sa peur et on maîtrise son corps ;
- la blancheur : c'est le stade de repli sur soi, de coma ou d'absence ;
- enfin la survie : avoir survécu est une victoire, sur soi-même toujours, sur la mort parfois. C'est l'aspect ordalique de ces conduites : si on échappe à la mort c'est que la vie a un sens et une valeur. La frontière est ainsi souvent imprécise entre conduite suicidaire et conduite de risque : mettre sa vie en jeu, flirter avec la mort, où est la différence [6] ? « c'est le danger, le risque qui me plaît » dit un adolescent ;
- « toxicomanie sans drogue » : la sensation de plaisir et le vertige sont recherchés, et conduisent à la répétition du jeu : « j'étais tellement bien que je ne pouvais plus m'en passer et je jouais tous les jours, et même plusieurs fois par jour » déclare un ancien pratiquant du jeu du foulard. La pratique évolue alors comme une vraie conduite addictive : on a besoin de jouer de plus en plus souvent, en prenant de plus en plus de risques, et la sensation de manque apparaît si on ne peut plus jouer [7] ;
- recherche de reconnaissance par les pairs : pour être admis dans un groupe de copains, il faut en passer par certains rites, ne pas « se dégonfler », ne pas perdre la face. Cette nécessité d'être reconnu par les autres, d'être admis dans le groupe conduit à accepter de faire comme eux, c'est-à-dire mettre sa vie en jeu, ou s'associer aux plus forts pour martyriser le plus faible. Certes, s'acharner sur un bouc émissaire, se liguier contre le plus vulnérable, obéir au plus fort ne sont pas des phénomènes nouveaux. Mais l'acharnement d'un groupe sur un seul élève jusqu'à ce que ce dernier soit incapable de se relever, sanguinolent et défiguré ne peut être considéré comme anodin. C'est pourquoi, il faut évoquer la distorsion cognitive de certains jeunes chez qui la notion de souffrance de l'autre est absente : le risque de le briser ou de le tuer n'est pas perçu. Le jeune utilise l'autre comme un objet, un objet utile à son plaisir, comme dans un « jeu quelconque » et ce d'autant que dans les jeux vidéos, on peut « gagner des vies supplémentaires » ; et si on est *game over*, on peut recommencer une nouvelle partie, avec une nouvelle fille ou un nouveau garçon.

4. Comment soupçonner et aborder ces pratiques chez les enfants et adolescents ?

Certains signes peuvent être repérés par les parents : traces rouges autour du cou, notion de vision floue, d'étourdissements, de bourdonnements d'oreilles, de fatigue, de baisse du rendement scolaire, difficulté à se séparer de sa ceinture, ou de son foulard. L'enfant victime de mauvais traitements de la part des autres peut présenter différentes traces de coups

non ou mal expliqués, avec vêtements déchirés, lunettes trop souvent cassées. Parfois, c'est le refus d'aller à l'école accompagné de signes anxieux (« tableau de phobie scolaire »). L'anxiété et la peur sont parfois exprimées verbalement, ou plus souvent physiquement : douleurs abdominales ou céphalées, répétitives en période scolaire et absentes lors des congés.

Lorsque le médecin suspecte la pratique de jeux dangereux, il cherche l'existence d'autres conduites à risque : tabagisme, consommation d'alcool et de drogues, pratique de sports à risque ; car généralement le jeune amateur de sensations fortes ne se limite pas à la pratique d'une seule activité et pour lui c'est le danger qui est attractif. Lui dire que l'on peut mourir en jouant au foulard, ou en faisant de la moto sans casque, il le sait et c'est ce risque qu'il recherche. Pour les jeunes pratiquant de multiples conduites à risque, une aide psychothérapique est nécessaire, afin de les aider à canaliser cette recherche de sensations dans les activités les moins dangereuses possibles.

Si l'enfant pratique exclusivement le jeu du foulard, il faut l'informer certes, mais également l'adresser à un pédopsychiatre qui explorera le contexte familial et les mécanismes psychologiques qui sous-tendent spécifiquement sa pratique chez cet enfant, et mettra en place l'aide nécessaire.

Pour les enfants et adolescents « victimisés », l'évaluation des conséquences physiques et psychologiques des traumatismes repose également sur l'examen conjoint du pédiatre et du pédopsychiatre. Mais que les répercussions soient graves ou non, en plus du traitement de ces traumatismes, il faut mettre en place une prise en charge de l'enfant en psychothérapie d'affirmation de soi pour qu'il sorte de son rôle de bouc émissaire.

La prise en charge des enfants et adolescents agresseurs relève, quant à elle, de structures multidisciplinaires asso-

ciant prises en charge éducative, sociale, médicopsychologique, et éventuellement judiciaire.

5. Conclusion

Il faut que les parents et les médecins ne se voilent pas la face, qu'ils connaissent l'existence de ces pratiques, qu'ils en parlent avec les enfants pour mettre en place les aides appropriées. Surtout il faut penser à la prévention dont une partie est sociale et scolaire mais qui est aussi parentale et médicale. La prévention éducative (respect de l'autre, lutte contre l'ennui et l'oisiveté, contrôle des activités télévisuelles violentes...) est du ressort des parents. La prévention pédiatrique et pédopsychiatrique repose sur la reconnaissance et la prise en charge précoce des troubles psychopathologiques qui favorisent les conduites à risque comme certains états dépressifs ou anxieux et surtout comme l'hyperactivité de l'enfant [8].

Références

- [1] Blanchard R, Hucker SJ. Age, transvestism, bondage and concurrent paraphilic activities in 117 fatal cases of autoerotic asphyxia. *Br J Psychiatry* 1991;159:371–7.
- [2] Nixon JW, Kemp AM, Levene S, Sibert JR. Suffocation, choking and strangulation in childhood in England and Wales: epidemiology and prevention. *Arch Dis Child* 1995;72:6–10.
- [3] Wyatt JP, Wyatt PW, Squires TJ, Busuttill A. Hanging deaths in children. *Am J Forensic Med Pathol* 1998;19:343–6.
- [4] Le D, Macnab AJ. Self strangulation by hanging from cloth towel dispensers in Canadian schools. *Inj Prev* 2001;7:231–3.
- [5] Le Breton D. Passions du risque. Paris: Métailié; 2000 Collection Suites Sciences Humaines.
- [6] Le Heuzey MF. Le suicide de l'adolescent. Paris: Masson; 2001 Collection consulter prescrire Paris.
- [7] Michel G. La prise de risque à l'adolescence. Paris: Masson; 2001 Collection les âges de la vie.
- [8] Le Heuzey MF. L'enfant hyperactif. Paris: Odile Jacob; 2003.