



ELSEVIER

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 paraphyliques ; 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 collègue
 en est le lieu privilégié, même si des comportements identi-
 ques se font jour dans les écoles élémentaires. Dans les
 lycées, les conduites évoluent vers la consommation de subs-
 tances psycho-actives et vers d'autres comportements à ris-
 que.

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 « étran-
 glements » 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 émis-
 saire, 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 tortion-
 naires « coinent » 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).

69 groupe : la victime est généralement une fille qui a eu l'im-
70 prudence de ne pas dissimuler son corps sous un survêtement
71 informe ou un voile islamique.

72 2. Une littérature médicale réduite

73 En dépit du nombre croissant de victimes et de la média-
74 tisation de ces faits, la littérature médicale et en particulier
75 psychiatrique est restée limitée. Les décès par pendaison sont
76 trop rapidement assimilés à des activités suicidaires ou para-
77 philiques. Cette hypothèse est ainsi la seule évoquée par
78 Blanchard et Hucker dans 117 cas de décès par autostrangu-
79 lation, alors que 1/3 des victimes est âgé de 10 à 19 ans et ne
80 présente pas les caractéristiques habituelles de l'auto-
81 asphyxie érotique paraphilique [1]. De même, l'étude portant
82 sur 136 enfants décédés par strangulation, pendaison et suf-
83 focation, en Grande-Bretagne en 1995 [2], s'interroge, sans
84 réponse, sur la cause exacte du décès de 21 enfants de 8 à
85 14 ans. Dans l'étude écossaise de Wyatt et al. en 1998 [3],
86 6 décès par pendaison sont qualifiés de suicides, uniquement
87 parce qu'ils ne sont pas accidentels. Il faut attendre la publi-
88 cation canadienne de Le D et al. en 2001 [4] pour que soient
89 évoqués ces jeux de strangulation chez les jeunes, dans les
90 sanitaires des collèges. La mort de 4 enfants et le coma d'un
91 cinquième ont fait prendre conscience de l'existence de ce
92 jeu, avec pour conséquence la décision de supprimer les
93 distributeurs d'essuie-mains en tissu dans les toilettes.

94 3. À quel contexte psychologique peut-on rattacher ces 95 phénomènes ?

96 La plupart de ces jeux dangereux s'intègre dans le grand
97 domaine des conduites à risque dont la période de prédilec-
98 tion est l'adolescence et dont il existe une grande variété,
99 allant des sports extrêmes (saut à l'élastique, sports de
100 glisse...), à la consommation d'alcool et de drogues, en pas-
101 sant par la conduite de motos sans casque, les rodéos auto-
102 mobiles, les rapports sexuels non protégés.

103 Ces conduites sont sous-tendues par différents mécanis-
104 mes :

- 105 • recherche de nouveauté : le jeune tente de nouvelles
106 expériences pour sortir du quotidien morne et répétitif,
107 pour se détacher du train-train de l'enfance et pour
108 connaître des sensations interdites ;
 - 109 • recherche de sensation forte et de vertige : la notion de
110 plaisir est très présente dans les jeux type foulard :
111 « lorsque je jouais j'étais tellement bien, je ne sentais
112 plus la douleur, je planais, c'était le bonheur » dit une
113 adolescente. Certains garçons reconnaissent de plus re-
114 chercher aussi un plaisir sexuel, par exemple dans les
115 pratiques solitaires du jeu du foulard. Mais ce qui l'em-
116 porte c'est la perte de connaissance avec ses sensations
117 hallucinatoires.
- 118 Ces expériences de confrontation au risque, se déroulent
119 selon Le Breton en 4 phases successives [5] :

- C le vertige : c'est la panique voluptueuse, la griserie, 120
« le pied » ; 121
- C l'affrontement à soi-même ; on ne se mesure pas à un 122
autre individu mais à soi-même ; on est son propre 123
adversaire, et pour cela on surmonte sa peur et on 124
maîtrise son corps ; 125
- C la blancheur : c'est le stade de repli sur soi, de coma ou 126
d'absence ; 127
- C enfin la survie : avoir survécu est une victoire, sur 128
soi-même toujours, sur la mort parfois. C'est l'aspect 129
ordalique de ces conduites : si on échappe à la mort 130
c'est que la vie a un sens et une valeur. La frontière est 131
ainsi souvent imprécise entre conduite suicidaire et 132
conduite de risque : mettre sa vie en jeu, flirter avec la 133
mort, où est la différence [6] ? « c'est le danger, le 134
risque qui me plaît » dit un adolescent ; 135
- « toxicomanie sans drogue » : la sensation de plaisir et le 136
vertige sont recherchés, et conduisent à la répétition du 137
jeu : « j'étais tellement bien que je ne pouvais plus m'en 138
passer et je jouais tous les jours, et même plusieurs fois 139
par jour » déclare un ancien pratiquant du jeu du foulard. 140
La pratique évolue alors comme une vraie conduite 141
addictive : on a besoin de jouer de plus en plus souvent, 142
en prenant de plus en plus de risques, et la sensation de 143
manque apparaît si on ne peut plus jouer [7] ; 144
- recherche de reconnaissance par les pairs : pour être 145
admis dans un groupe de copains, il faut en passer par 146
certains rites, ne pas « se dégonfler », ne pas perdre la 147
face. Cette nécessité d'être reconnu par les autres, d'être 148
admis dans le groupe conduit à accepter de faire comme 149
eux, c'est-à-dire mettre sa vie en jeu, ou s'associer aux 150
plus forts pour martyriser le plus faible. Certes, s'achar- 151
ner sur un bouc émissaire, se liguier contre le plus vulné- 152
rable, obéir au plus fort ne sont pas des phénomènes 153
nouveaux. Mais l'acharnement d'un groupe sur un seul 154
élève jusqu'à ce que ce dernier soit incapable de se 155
relever, sanguinolent et défiguré ne peut être considéré 156
comme anodin. C'est pourquoi, il faut évoquer la distor- 157
sion cognitive de certains jeunes chez qui la notion de 158
souffrance de l'autre est absente ; le risque de le briser 159
ou de le tuer n'est pas perçu. Le jeune utilise l'autre 160
comme un objet, un objet utile à son plaisir, comme dans 161
un « jeu quelconque » et ce d'autant que dans les jeux 162
vidéos, on peut « gagner des vies supplémentaires » ; et 163
si on est *game over*, on peut recommencer une nouvelle 164
partie, avec une nouvelle fille ou un nouveau garçon. 165

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

Certains signes peuvent être repérés par les parents : traces 168
rouges autour du cou, notion de vision floue, d'étourdisse- 169
ments, de bourdonnements d'oreilles, de fatigue, de baisse 170
du rendement scolaire, difficulté à se séparer de sa ceinture, 171
ou de son foulard. L'enfant victime de mauvais traitements 172
de la part des autres peut présenter différentes traces de coups 173

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

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

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

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

206 La prise en charge des enfants et adolescents agresseurs
 207 relève, quant à elle, de structures multidisciplinaires asso-
 208 ciant prises en charge éducative, sociale, médicopsychologi-
 209 que, 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 approp-
 riées. 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'en-
 nui 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 favori-
 sent 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. 224
225
226
- [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. 227
228
229
- [3] Wyatt JP, Wyatt PW, Squires TJ, Busuttill A. Hanging deaths in
 children. *Am J Forensic Med Pathol* 1998;19:343-6. 230
231
- [4] Le D, Macnab AJ. Self strangulation by hanging from cloth towel
 dispensers in Canadian schools. *Inj Prev* 2001;7:231-3. 232
233
- [5] Le Breton D. Passions du risque. Paris: Métailié; 2000 Collection
 Suites Sciences Humaines. 234
235
- [6] Le Heuzey MF. Le suicide de l'adolescent. Paris: Masson; 2001
 Collection consulter prescrire Paris. 236
237
- [7] Michel G. La prise de risque à l'adolescence. Paris: Masson; 2001
 Collection les âges de la vie. 238
239
- [8] Le Heuzey MF. L'enfant hyperactif. Paris: Odile Jacob; 2003 sous
 presse. 240
241