

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
I- RAPPEL SUR LE SUICIDE	4
1- DÉFINITIONS	5
2- DE QUELQUES IDÉES FAUSSES	6
3- FACTEURS DE RISQUE ET POPULATIONS À RISQUE	6
II- RAPPEL SUR LE STATUT DE LA FEMME MAURE AU SEIN DE LA COMMUNAUTE	9
III- METHODOLOGIE	15
IV- MATERIEL CLINIQUE	17
Premier entretien avec Fatima à 2 jours de la TS.	23
Deuxième entretien avec Fatima à 6 jours de la TS.....	25
Troisième entretien avec Fatima à 13 jours de la TS.....	28
Quatrième entretien avec Fatima à 20 jours de la TS.	30
Cinquième entretien avec Fatima à 34 jours de la TS.	32
Sixième entretien avec Fatima à 83 jours de la TS.....	34
V- DISCUSSION	35
1 - Souffrance verbalisée par le corps (souffrance actuelle).....	36
2- Souffrance = souffrance actuelle et passée	40
3- La prise en charge	40
CONCLUSION	41
REFERENCES	41

INTRODUCTION

Le suicide demeure une énigme. Comment, par quel cheminement, un être humain peut-il être conduit au « meurtre de lui-même¹ » ? C'est là une question qui, depuis fort longtemps, ne cesse d'interroger. Sans que jamais réponse définitive n'ait pu être apportée, le phénomène gardant, malgré les recherches, sa part de mystère.

Ce phénomène restait étrange pour la société musulmane et conservatrice mauritanienne, jusqu'à un passé récent.

Tout récemment, des cas de suicide avaient émergé, produisant un désarroi général au niveau de notre société, suscitant la curiosité de la rue en général, avec une croissance sans précédent, à travers des scénarios jamais connus auparavant !

En 2012, les cas de suicide avaient pris le devant de la scène médiatique. Trois cas de suicide, avaient été enregistrés durant le mois de janvier de la même année seulement.

En 2015, l'OMS a placé la Mauritanie à la cinquième place, dans son classement des pays du monde arabe, après que la tentative du suicide y avait atteint un taux de 2.68%.

Ce qui a incité l'état mauritanien à mettre en place, par décret, le 21 août 2015, un comité interministériel chargé d'étudier le phénomène du suicide. Ce comité regroupe les ministères de la santé, de l'enseignement supérieur, de la justice, de l'intérieur, des affaires sociales et de la défense. Pour le compte de ce comité, deux experts ont été chargés de mener une enquête sur ce phénomène. Il s'agit, entre autres, de faire la « *typologie du suicide, de traiter de sa perception sociale....* »

Signalons que la perception sociale du suicide en Mauritanie est fortement influencée par la religion islamique. Selon la Charia Islamique, le Suicide constitue l'un des plus grands péchés, malgré que celui qui se suicide aurait droit

à une prière funèbre d'après la majorité des érudits musulmans, et il est traité suivant les mêmes traitements funèbres réservés à tous les autres morts musulmans, eu égard à ce que son péché ne regarde que lui seul ; tout en étant déconseillé pour le Khalife (l'Imam) et les gens de haut rang islamique de diriger une prière funèbre en son endroit.

Identifier les déterminants d'un tel acte serait alors d'un grand intérêt pour cette communauté. En effet, beaucoup de questions se posent au vu de cette situation à savoir :

Qu'est-ce qui pousserait un mauritanien à un tel acte ?

Est-ce que l'évolution de la société est liée à l'apparition de nombreux cas de suicide ?...

Ainsi l'objectif général de notre étude était de rechercher les déterminants d'une tentative de suicide chez une femme mauritanienne.

RAPPEL SUR LE SUICIDE

1- DÉFINITIONS

La conduite suicidaire regroupe des entités cliniques multiples et hétérogènes :

- **le suicide** : est « l'action de se donner volontairement la mort » (36) ;
- **la tentative de suicide (TS)** : est un terme utilisé pour décrire les gestes intentionnels d'une personne pour mettre fin à sa vie. Ce sujet est dit « suicidant » ;
- **les idées suicidaires** : correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Le sujet présentant ces idées est appelé « patient suicidaire » ;
- **la crise suicidaire** : est une période où le patient présente un risque suicidaire élevé. Les causes peuvent être multiples : contexte socio-environnemental, pathologie psychiatrique et/ou somatique associée ou sous-jacente...

Le patient pense être dans une impasse, il est envahi par des idées suicidaires et se convainc que le suicide est la seule issue possible ;

- **les équivalents suicidaires** : sont des comportements à risque qui témoignent d'un désir inconscient de mort. Pour autant, il n'y a pas d'intention directement formulée. Ces comportements peuvent être à type de mutilations, d'alcoolisations massives et brutales, de conduites sexuelles à risque, de conduite à grande vitesse, d'addiction médicamenteuse...

La conduite suicidaire est associée à un véritable processus pouvant comporter des recherches de solutions, puis des idées suicidaires qui, lorsqu'elles se figent, mènent à des scénarios suicidaires.

Le terme de « menace suicidaire » peut apparaître dans les dossiers médicaux ou dans la littérature médicale. Il correspond à l'intensité des idées suicidaires et au

niveau de risque de crise suicidaire et de passage à l'acte. Cette notion reste toutefois éminemment subjective.

2- DE QUELQUES IDÉES FAUSSES

Les conduites suicidaires sont à l'origine de multiples idées fausses qu'il semble important d'infirmar :

- « **Parler du suicide avec un patient risque de le faire passer à l'acte** » : au contraire, parler avec le sujet lui permet d'exprimer sa souffrance, ses difficultés, ses peurs. Cela lui permet de se sentir écouté, compris, voire soulagé. Le risque de passage à l'acte n'est pas majoré ;
- « **Le geste suicidaire : un choix, un acte courageux, un acte de lâcheté...** » : le suicide ne résulte jamais d'un choix librement consenti. Il est la conséquence d'une impasse existentielle et d'une souffrance devenue insupportable ;
- « **Les patients qui parlent d'idées suicidaires ne passent jamais à l'acte et/ ou veulent juste attirer l'attention** » : cette affirmation ne peut être soutenue. En effet, 70 à 80 % des patients suicidants et suicidés ont évoqué le suicide avant leur geste.

3- FACTEURS DE RISQUE ET POPULATIONS À RISQUE

Les facteurs de risque suicidaire sont des facteurs existants à l'échelle d'une population donnée et actuellement corrélés avec la survenue d'un suicide (10). Il ne s'agit donc pas de facteurs individuels. Ils sont en interaction les uns avec les autres et peuvent être majorés en présence d'autres facteurs décrits ci-après. Tout sujet est susceptible de présenter une certaine vulnérabilité psychique en raison d'événements antérieurs, survenus souvent au cours de l'enfance (pertes parentales précoces, carences affectives, violence, maltraitance ou sévices). Cette vulnérabilité psychique est susceptible de favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de différents facteurs.

Le suivi de personnes exposées à des événements traumatiques a montré que ces situations peuvent permettre aux sujets de trouver des ressources méconnues (individuelles, familiales, sociales, professionnelles). Ces facteurs de protection leur permettent de se dégager de l'impact traumatogène de l'événement, de le dépasser et d'acquérir de cette douloureuse expérience des ressources supplémentaires : ceci correspond au processus de résilience. Dans une perspective pragmatique et préventive, Rihmer (32) a proposé de classer les facteurs de risque en 3 catégories, elles-mêmes reprises par la conférence de consensus consacrée à la crise suicidaire (10).

➤ **FACTEURS DE RISQUE PRIMAIRES**

Les facteurs primaires ont une valeur d'alerte importante. Ils sont en forte interaction les uns avec les autres et peuvent être influencés fortement par les thérapeutiques. Ce sont :

- les troubles psychiatriques,
- les antécédents familiaux et personnels de suicide et tentatives de suicide,
- la communication à autrui d'une intention suicidaire,
- l'existence d'une impulsivité, facilitant le risque de passage à l'acte (tension psychique, instabilité, agitation).

➤ **FACTEURS DE RISQUE SECONDAIRES**

Leur valeur prédictive est faible en l'absence de facteurs primaires. Ils ne sont que faiblement modifiables par les thérapeutiques. Ce sont :

- les pertes parentales précoces,
- l'isolement social : séparation, divorce, veuvage, famille très éloignée...,
- le chômage ou l'existence d'importants problèmes financiers.

➤ FACTEURS DE RISQUE TERTIAIRES

Les facteurs de risque tertiaires n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires et ne peuvent être modifiés par une thérapeutique. Ce sont :

- l'appartenance au sexe masculin,
- l'âge, en particulier l'adolescence et la sénescence,
- certaines périodes de vulnérabilité (exemple : période estivale).

Au-delà de ces trois types de facteurs possibles, il est constaté que des événements, en apparence anodins, peuvent être les déclencheurs d'un passage à l'acte (exemple : jour de congé refusé).

Ces facteurs déclenchants, qui seuls n'auraient eu aucune résonance particulière, sont à mettre en lien avec les facteurs primaires, secondaires ou tertiaires (5, 8, 14, 48).

**RAPPEL SUR LE STATUT DE LA FEMME MAURE AU
SEIN DE LA COMMUNAUTE**

"Ce sur quoi la tresse a passé la nuit, la barbe y sera au matin" (ce que la femme a décidé la nuit, l'homme l'exécutera le lendemain), proverbe hassaniya.

Le statut de la femme maure est fortement influencé par l'héritage des Almoravides.

Les Almoravides étaient le peuple de la Femme et de la Religion. Chez eux, la femme était maîtresse du foyer et l'homme n'était que son hôte. De cette tradition, la Mauritanie a gardé un certain respect de la femme dans sa dignité et dans son droit (26).

"La société considère que seul le noble honore la femme alors que le vilain l'humilie. Dans ce cadre, l'adage populaire dit : « les femmes constituent les couronnes des généreux et les chaussures des crapules ». Autrement dit, l'honnête homme, grand et magnanime porte la femme sur sa tête, la respecte et la traite avec égard alors que l'avare et le coquin la piétine, l'opprime et la subjugue.

Partant de cette vision, tous rivalisent pour bien traiter la femme afin de mériter la qualité de généreux, fixée par la société !

Ainsi la société mauritanienne a habitué la femme au fait qu'elle représente un joyau qu'on préserve toujours comme la prune des yeux. Et si la société a hérité de l'antique société arabe l'aversion pour les filles à la naissance, cela n'a jamais influencé la place de la femme dans la réalité sociale comme le dit le proverbe hassaniya « l'aversion pour la fille ne lui nuit point ».

Par ailleurs, la société mauritanienne (maure) accorde à la femme une confiance totale et un respect intégral et la rend responsable d'elle-même, ce qui explique l'absence de séparation entre femmes et hommes conformément au point de vue et aux consultations juridiques de nos Ulémas.

Cette confiance accordée par la société l'a poussée à « partir du principe de totale chasteté dans la gestion des affaires et le bon accueil de ses hôtes même

en cas d'absence de son mari parce qu'il est honteux de prendre comme prétexte l'absence du mari pour ne pas bien accueillir les hôtes

Bien plus, l'homme mauritanien considère le bon accueil des hôtes par la femme comme un honneur digne d'éloges.

La femme mauritanienne est toujours confiante en elle-même et consciente de son rôle important dans la société. Elle reste la maîtresse de la maison, donnant des ordres bien exécutés comme le dit le proverbe hassaniya : « ce que la femme veut la nuit l'homme l'exécute le matin », c'est à dire que tout ce que la femme désire, elle le dit à l'homme qui s'en convainc et l'exécute quel qu'il soit !

Le groupe des femmes âgées constitue une autorité sociale ayant la responsabilité de compatir avec les sinistrés, de visiter et de soigner les malades...Elles font passer les lettres de fiançailles et de mariage... Elles sont responsables de concilier les membres de la société et ceux d'une même famille. Elles sont aussi chargées du maintien de la morale publique, des us et coutumes de la société et ont le droit de condamner quiconque viole l'usage social. Parfois même elles refusent le mariage à des hommes étrangers à leur groupe social afin de sauvegarder la cohésion de leur communauté et pour éviter l'ouverture de leur collectivité sur d'autres entités sociales.

Et si la société mauritanienne moderne a abandonné certaines de ces traditions, la place de la femme dans la « mentalité sociale » en tant que symbole social, demeure présente car c'est une honte pour tout homme de se dérober à cette vision. Ainsi, si une femme prenant aujourd'hui, le bus ne trouvait pas de place assise, un homme se lèverait immédiatement pour la laisser s'asseoir à sa place. Par ailleurs, quand un homme passant voit une femme porter un lourd paquet, il va nécessairement lui donner un coup de main et si la femme travaille avec l'homme, ce dernier lui accorde obligatoirement des facilités. Certains partisans de la liberté de la femme trouvent nécessaire de supprimer de telles pratiques qui donnent à la femme un sentiment de faiblesse et d'incapacité dans la réalisation

de l'égalité alors que d'aucuns considèrent pareils comportements comme simple honneur à la femme et concrétisation de la place donnée par l'Islam et cautionnée par la société. D'ailleurs cela augmente sa confiance en elle-même et lui fait sentir son importance" (27).

Le pouvoir des femmes maures ne ressort pas à la consultation des statistiques macro-économiques, où celles-ci sont peu présentes dans la sphère publique. Pour le découvrir il faut décortiquer minutieusement les données de santé reproductrice et questionner les femmes et les hommes mauritaniens.

On y décèle alors d'importantes zones de libertés :

- **monogamie** : les femmes maures, en dépit de la religion musulmane qui autorise la polygamie, exige la monogamie comme condition au mariage et l'obtiennent;
- **nom de jeune fille** : la femme qui se marie garde son nom de jeune fille et n'adopte pas celui de son mari;
- **divorce** : le taux de divorce est de 37%, ce qui est nettement plus élevé que dans d'autres pays arabo-musulmans (Tunisie, Maroc, Syrie). Cette fréquence est deux fois plus importante chez les femmes maures que chez les négro-africaines. De plus, un grand nombre de divorces sont initiés ou suscités par les femmes, même si la loi islamique octroie ce privilège aux hommes seulement;
- **non-remboursement de la dot par la famille**, en cas de divorce;
- **inexistence de la violence conjugale** : l'incidence de la violence conjugale est faible ou inexistante, chez les couples maures, où se dégage une certaine tendresse dans les rapports hommes-femmes, due probablement, au fait que l'épouse préférée est la cousine, considérée comme une sœur aimée et protégée. En cas d'agression physique ou même verbale de son mari, la femme peut exiger le divorce;

- **remariage** : le taux de remariage est de 72,5% ; des femmes se marient deux fois, 6% trois fois, 3% quatre fois et plus. La femme divorcée et remariée n'est pas ostracisée par la société, comme c'est le cas dans la plupart des pays musulmans et africains. Au contraire, elle apparaît comme étant plus séduisante aux yeux des hommes. Le prototype de la femme idéale n'est donc pas la mère mais la Chebiba, c'est-à-dire une vedette à qui tous les hommes veulent faire la cour;
- **femmes chefs de famille** : 36% (niveau national) et 38,7% (Nouakchott), un des taux les plus élevés en Afrique. Même si cette responsabilité est reconnue de fait et non de droit, les femmes maures chefs de famille ne se retrouvent pas forcément sous la tutelle de l'homme (l'aïeul du clan), comme c'est le cas dans les populations noires. C'est ainsi qu'en l'absence prolongée de leur époux, elles peuvent prendre des décisions majeures, comme marier leur enfant, par exemple;
- **possibilité pour une femme d'accumuler des biens** : et d'en assurer la maîtrise autonome. En principe, la femme maure n'a aucune obligation de contribuer à l'entretien du ménage ; cette situation commence à changer cependant, en raison de la crise économique;
- **statut privilégié des petites filles** : contrairement à la plupart des pays où on a observé la double tare d'être née petite fille et pauvre, le statut des petites filles est privilégié en Mauritanie. On leur donne à manger avant les garçons ; on a tendance à les gâter, alors qu'on encourage l'austérité chez les hommes. Elles ne sont pas astreintes aux lourds travaux. Elles sont socialisées en vue de résister aux hommes alors que les petits garçons le sont en vue de faire plaisir aux femmes"(37).

Actuellement, la Mauritanie se vante d'être l'un des pays les plus avancés sur le continent africain en matière de promotion de la femme. En effet, 76% des filles sont scolarisées -un taux élevé comparé à d'autres de la sous-région et les

femmes ont accès à tous les métiers : ministres, députés, chefs d'entreprises, médecins, etc. Cette volonté de mieux intégrer les femmes dans la société est celle du Président Taya, qui dès 1985, exhortait son pays à associer la population féminine au développement de la Mauritanie. Mais malgré ces efforts, les réflexes traditionnels et une démocratie encore fragile ne permettent pas aux femmes d'être sur un pied d'égalité avec leurs confrères masculins.

METHODOLOGIE

Il s'est agi d'une étude de cas clinique à recueil prospectif, menée au service de psychiatrie du centre hospitalier de spécialités de Nouakchott sur une période de 3 mois allant de janvier à mars 2017.

Dans le cadre de la prise en charge d'une tentative de suicide, nous avons reçu Fatima.

Le matériel a été retranscrit tel quel au fil des entretiens pour ne pas en altérer la dynamique.

Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs hebdomadaires en ambulatoire dont la durée variait entre 45 minutes et 1h30 minutes.

L'objectif général de notre travail était de rechercher les déterminants d'une tentative de suicide chez une femme mauritanienne.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Rechercher des facteurs de risques de l'acte suicidaire
- Mettre en évidence les éléments déclencheurs
- Proposer des éléments de prise en charge d'une tentative de suicide

Pour des raisons éthiques, le consentement libre et éclairé de la patiente avait été demandé.

Selon les recommandations de l'article 73 du code de santé publique français (CSP) et dans le souci de respecter la dignité et l'intimité de la patiente, tous les éléments pouvant permettre son identification ont été dissimulés sans altérer les faits.

Par ailleurs, nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt.

MATERIEL CLINIQUE

Fatima est une Mauresque commerçante mauritanienne. Elle est musulmane et âgée de 35 ans. Elle a été référée, pour une tentative d'autolyse, par un service d'anesthésie-réanimation dépendant d'une structure hospitalière mauritanienne installée à Nouakchott.

Mal supportant ses troubles qui ne faisaient que s'aggraver et en voyant ses enfants pleurer à cause de ces mêmes troubles, Fatima décida de mettre fin à sa vie en avalant d'un seul coup 11 comprimés de dogmatil (sulpiride) 200 mg, 6 gel de tranxene (clorazépate dipotassique) 10 mg et un flacon de laroxyl (amitriptyline) gouttes.

Les antécédents personnels de Fatima révèlent une crise d'agitation avec sensation de boule dans la gorge depuis 4 ans, dans un contexte de dispute avec son mari du fait de son infidélité. Elle a été amenée à l'urgence dans une clinique privée et a été calmée avec l'injection intraveineuse directe d'une ampoule de diazépam 10 MG.

Depuis cet incident, chaque fois qu'elle se fâchait, ou qu'on la contrariait, Fatima sentait la montée d'une boule dans la gorge.

Un an après, sa grande mère paternelle est décédée. Ce qu'elle a très mal vécu. Suite à cet évènement douloureux, elle a développée, une dépression réactionnelle qui a été traitée par un psychiatre jusqu'à la guérison complète.

Deux ans après elle a commencé à présenter des troubles bizarres selon elle : "j'ai commencé à crier involontairement, disait Fatima, je bougeais mes membres supérieurs et ma tête de manière involontaire. J'étais horrifiée. On m'a conseillé d'aller voir un neurologue, qui m'a prescrit un scanner cérébral et un électroencéphalogramme qui n'ont rien objectivé. Après la sortie de mon bilan, le neurologue m'a référé à un psychiatre. Et ce dernier m'a mise sous :

Laroxyl (amitriptyline) gouttes : dix gouttes matin et soir

Dogmatil (sulpiride) 200 mg : un quart comprimé le soir

Tranxene (clorazépate dipotassique) 10 mg : une gélule le soir

Avec le traitement, les troubles de Fatima ne faisaient que s'aggraver. « J'ai commencé à marcher et à crier comme les animaux, je me métamorphosais d'un animal à l'autre. », un jour, elle est un bœuf, un autre jour ; elle est une chatte, un troisième, elle est une chienne et ainsi de suite. Dès fois, elle se métamorphosait en plusieurs animaux dans le même jour.

La vie de Fatima s'était transformée en enfer. Elle ne pouvait plus sortir voir les amis et les cousins, ni aller à son travail. Ses employés avaient peur d'elle. Et ses propres enfants aussi. Ils ne cessaient de pleurer en voyant leur mère dans cet état.

Face à cette situation insupportable, Fatima a décidé de mettre fin à ses jours en consommant, en une seule prise, le restant de son traitement prescrit par son psychiatre.

En rentrant de son travail le soir, le mari de Fatima l'a trouvée endormie dans la chambre à coucher. et comme il n'était pas de l'habitude de sa femme de dormir à cette heure ci, il s'inquiéta. En s'approchant d'elle, il remarqua la présence des boîtes de médicaments vides à côté de son lit.

Le mari de Fatima horrifié, il appela une ambulance qui a tardé à venir. Et finalement, Fatima a été transportée aux urgences de l'hôpital national de Nouakchott où un lavage gastrique a été fait rapidement.

Le lendemain, lorsque Fatima est sortie du danger, elle a été référée au service de psychiatrie du centre hospitalier de spécialités pour une meilleure prise en charge.

Les antécédents familiaux révèlent une fille muette, un petit frère autiste et des troubles anxieux et dépressifs chez sa mère et ses deux tantes maternelles.

Fatima est née au Maroc où son père travaillait comme diplomate, d'une grossesse à terme, désirée et aurait eu un bon développement psychomoteur.

Elle est issue d'une union non consanguine. Son père, de nationalité mauritanienne, a travaillé comme diplomate dans plusieurs ambassades mauritaniennes à travers le monde. La mère, d'origine marocaine, travaillait comme secrétaire à l'ambassade mauritanienne à Rabat. Où elle avait connu un jour son père.

Fatima descend d'une famille maraboutique. Son grand père paternel était un grand marabout. Il s'était marié une quarantaine de fois. Il a eu une centaine d'enfants et avait une grande maison à Nouakchott où il ressemblait toutes ses femmes et toute sa progéniture.

Les parents de Fatima seraient mariés en 1980. De cette union il obtient trois filles et trois garçons. Fatima est l'aînée de la famille.

A l'âge de trois ans, le père de Fatima l'a confiée à son grand frère (qui vivait au Maroc à cette époque) suite à une dispute avec sa mère qui s'était terminée par le divorce.

La fillette entra à l'école maternelle à l'âge de quatre ans et continuait ses études jusqu'à la terminale. Elle fut une brillante élève et elle faisait toujours partie des premiers de la classe. Malgré cela et à cause probablement de ses nouvelles occupations en tant que jeune mère de famille elle échoua au baccalauréat. Ainsi sacrifia-t-elle ses études pour sa nouvelle petite famille.

Il faudrait revenir en arrière pour dire que les parents de Fatima s'étaient réconciliés alors que leur fille n'avait que six ans. Les parents s'étaient remariés grâce à la médiation de son oncle. Mais Fatima demeurait chez cet oncle jusqu'à l'âge de dix ans

A l'âge de 14 ans, les parents de la fille se sont encore divorcés de nouveau. Après quoi, le père emmena sa fille Fatima à la maison familiale en Mauritanie où se trouvaient sa grande mère, ses oncles, ses tantes et l'ensemble de leurs enfants.

Plus tard La mère de Fatima émigra aux Etats Unis où vivaient ses deux grandes sœurs. Là, elle se remaria avec un Syrien. Une union qui tient toujours et dont le seul produit est un garçon autiste.

Quant au père de Fatima, il s'était remarié une dizaine de fois et il a eu de ces mariages quatre garçons et cinq filles au minimum. « Je ne connais pas le nombre exact de mes demi frères et demi sœurs », disait Fatima.

Pendant son séjour a la maison familiale paternelle, Fatima est tombée amoureuse de l'un de ses cousins (fils de sa tante paternelle) qui vivait, lui aussi, dans la maison familiale. Elle s'est mariée avec lui à l'âge de 17 ans.

Après ce mariage, Fatima a déménagé de la chambre de sa grande mère pour venir s'installer dans la chambre de son mari dans la même maison.

Au début du mariage, Fatima décrit des conditions financières très difficiles. Le mari qui travaillait dans le restaurant de sa mère avait un salaire modeste qui ne pouvait pas couvrir tous les besoins de la petite famille. Mais avec le temps, les activités du restaurant s'étaient considérablement améliorées et par conséquent, les conditions matérielles de la petite famille s'amélioreraient aussi. Le mari a commencé alors à réfléchir à élargir ses activités commerciales et finalement, il a décidé d'ouvrir, avec des partenaires, une agence de voyage.

Selon Fatima L'agence a fait un départ excellent et les bénéfices se sont multipliés rapidement. Une mauvaise gestion avait miné l'agence. Le mari finit par être endetté.

Ainsi, finit-il par hypothéquer sa maison, ses terrains et les maisons de certains de ses oncles pour éviter la prison.

Heureusement pour Fatima, elle consacrait une partie de l'argent de son mari, à l'achat de l'or et des perles précieuses. C'était pour elle une véritable passion. Et lorsque l'agence de son mari fit faillite, elle vendit tout son or et ses perles précieuses. Elle obtint une quinzaine de millions d'ouguiya (environ 25 millions

de francs CFA). Fatima raconte les déroulements de cette opération douloureuse : « dans le passé j'étais la cliente favorite des vendeuses d'or et des perles précieuses, elles venaient dans ma maison pour étaler devant moi leurs marchandises. Ce qui m'avait blessée le plus c'était que je fus obligée d'agir de la même manière. J'allais dans les maisons de mes amies et mes cousines exposer la même précieuse marchandise. Je les suppliais pour en acheter. C'était pour moi un véritable supplice ».

Fatima disponibilisa 10 millions pour aider son mari à payer une partie de ses dettes. Elle ouvrit avec le reste de son argent une grande boulangerie afin de pouvoir couvrir les besoins de sa petite famille et combler le vide laissé par la faillite de l'agence.

Actuellement, Fatima vit dans la maison de son mari avec ses enfants (4 garçons et 1 fille). Elle travaille comme gérante de sa propre boulangerie qui, d'ailleurs, marche très bien. Elle gagne environ 50 milles ouguiya (environ 85 milles francs) par jour.

Premier entretien avec Fatima à 2 jours de la TS.

Le 4 janvier 2017, un collègue à moi, m'a appelé pour me recommander Fatima. En disant qu'elle a fait une tentative de suicide depuis environ 24 heures.

Je l'ai reçue le lendemain dans mon bureau au service de psychiatrie du centre hospitalier de spécialités de Nouakchott.

Le 5 janvier 2017 à 13h, Fatima est entrée dans mon bureau. Elle est venue seule. Elle avait une tenue vestimentaire adaptée. Elle s'est présentée poliment. Elle était calme avec une mimique anxieuse. Elle était en *meulfou* (habit mauritanien féminin) beige. Le voile couvrait soigneusement un visage sans maquillage. Sa tenue était simple, elle n'avait pas de bijoux, à part son alliance.

Après un moment de silence, elle se mit en crise avec des mouvements accompagnés de cris de trois types : d'abord un rejet brusque de la tête vers l'arrière comme si elle venait de recevoir un coup frontal, le second simulait un geste de dépit quand elle pousse sa main droite ou gauche vers le haut comme pour repousser un objet situé sur sa tête à 20 cm de sa tête en parallèle avec ses épaules ; et le troisième qui représente un signe de grimace dévoilant une asymétrie de ses lèvres. Les cris étaient faits de hurlements d'intensité variable, de faibles à très forts. Les moments de pauses étaient cependant plus longs. C'était un moment difficile pour moi car j'avais peur et j'étais surpris. En effet j'étais pris au dépourvu par la brutalité de la symptomatologie qui ne m'avait pas été racontée par le collègue et du coup par une peur d'être violenté.

Après quelques petites minutes, Fatima commença à parler :

« J'en ai marre ! docteur. Je suis fatiguée. Je ne peux plus regarder les gens dans le visage. J'ai honte. Je ne sais plus quoi faire »

Depuis la TS, le mari de Fatima est resté à ses côtés : « mon mari ne va plus au travail à cause de moi malgré qu'il mérite bien ça. Il est ingrat. Il m'a beaucoup négligée. A l'époque de notre mariage, il n'avait pas un sou. J'ai beaucoup

souffert avec lui mais je l'ai supporté et je l'ai soutenu pour devenir richard. Et lui, au lieu de me montrer sa gratitude et me récompenser, il a fait exactement le contraire. Il commença à courir derrière les femmes et à distribuer l'argent au gens. Et moi, il ne me donnait que les restes. »

Ma famille et la sienne, qui n'étaient d'ailleurs, qu'une seule et même famille étaient furieuses contre moi. Elles disaient que je gaspillais l'argent de mon mari et que je le manipulais. Au contraire, il n'écoutait jamais ce que je lui disais. S'il m'écoutait, il serait devenu un milliardaire. Son agence ne serait pas tombée en faillite. Il a distribué son argent aux cousins, aux amis et aux maitresses. Finalement, il était devenu endetté et les crédateurs ont failli le mettre en prison, sans l'intervention de ses oncles qui ont hypothéqué leurs maisons pour le sauver. Et moi j'ai vendu tous les perles et tout l'or que j'avais et j'ai presque tout donné a mon mari mais heureusement que j'ai gardé une petite somme avec la quelle j'ai pu ouvrir ma boulangerie qui présente aujourd'hui notre principale source financière. »

A la fin de l'entretien, je n'ai pas voulu mettre Fatima sous traitement, vu ses intentions suicidaires et par ce qu'elle était venue seule. J'avais des appréhensions pour une nouvelle tentative de suicide par moyen médicamenteux. J'ai cependant tenté de la rassurer verbalement puis émotionnellement, ensuite je lui ai donné mon numéro de téléphone, en lui promettant d'être disponible à tout moment pour venir à son aide quand elle se sentira en difficultés. Nous avons aussi exigé que le mari vienne à la prochaine consultation pour avoir un autre discours et aussi pour pouvoir faire une prescription Secure. Le rendez-vous était programmé après quatre jours.

J'étais cependant rassuré par rapport à son tableau qui me semblait être une conversion hystérique.

Deuxième entretien avec Fatima à 6 jours de la TS

A 12h du matin j'entendis les cris de Fatima derrière la porte de mon bureau. C'était des cris intenses, continus et sans répit. J'ouvris la porte, je la vis accompagnée par un homme, paniqué, qui se présenta comme étant son mari. Il expliqua que ses cris ont commencé à s'intensifier de plus en plus depuis hier pour atteindre son état actuel depuis environ une heure de temps. Les cris étaient continus, le voile n'était pas bien fait sur sa tête, sa mimique était anxieuse et elle ne pouvait pas fixer son regard sur quelqu'un ou sur quelque chose.

Nous l'installions dans un lit dans mon bureau et je demandai à un infirmier de lui faire une injection intraveineuse lente de diazépam. Ce qui nous avait permis de la calmer sans la faire dormir.

Quelques minutes après, elle descendit du lit et vint s'asseoir sur une chaise devant moi en présence de son mari. Elle se mit à parler de ses souffrances :

« Moi, mes souffrances avaient débuté dès mon enfance. Mon père me sépara de ma mère alors que je n'avais que trois ans, il me confia à mon oncle et sa femme. Ceux-ci me traitaient très bien et je ne manquais de rien avec eux. Mais le fait d'être loin de ma mère était l'épreuve la plus dure pour moi. J'en ai souffert toute ma vie. Même après la réconciliation de mes parents et leur remariage, je restais quelques années encore dans la maison de mon oncle. Mon père ne voulait pas me retirer à mon oncle et moi je n'insistais pas pour que je retourne à la maison de mon père.

En effet, j'avais des sentiments paradoxaux par rapport à cette situation. Quand je venais rendre visite à mes parents, je voyais mon père frapper violemment ma mère. Ma petite sœur me disait que mon père devenait de plus en plus agressif vis-à-vis de ma mère. Alors, je m'étais retrouvée dans cette situation d'ambivalence. Je ne voulais pas rester loin de ma mère mais je ne voulais pas non plus la voir souffrir tous les jours. Mon père était un mauvais père. Il n'était pas fidèle à ma mère. Il avait plusieurs maîtresses et chaque fois que ma mère

essayait de l'affronter, il devenait agressif et il la frappait devant ses enfants.

Il la menaçait de la divorcer et la priver de ses enfants.

Finalement, ma mère n'avait pas pu supporter l'enfer dans lequel elle vivait et elle choisit le divorce malgré les conséquences nuisibles pour elle et pour nous (moi, mes sœurs et frères).

Je sais que ce divorce était catastrophique pour nous mais je comprenais ma mère. Je sais qu'elle avait beaucoup souffert avec mon père et qu'elle ne pouvait plus continuer dans cette souffrance. Ce fut mon père qui était responsable de tous ce qui nous est arrivé, mes frères, mes sœurs, ma mère et moi même.

Ma mère a décidé d'aller rejoindre ses grandes sœurs aux Etats Unis et de s'y exiler afin d'être le plus loin possible de mon père.

Là bas, elle fit la connaissance d'un syrien qui finit par la marier. Ils obtinrent de ce mariage un seul garçon autiste ».

Fatima évoqua aussi sa relation avec sa belle mère :

«Ma belle mère qui était aussi ma tante paternelle était ingrate. J'avais tout essayé avec elle mais sans résultat. Je lui avais offert tous les types de cadeaux imaginables. Je cherchais les choses qu'elle adorait pour les lui offrir, mais elle ne m'avait jamais manifesté la moindre gratitude. Même pas sous forme d'un simple merci sec. Elle m'accusait d'avoir gaspillé l'argent de mon mari.

Même lorsque j'avais vendu mon or et mes perles précieuses pour aider mon mari endetté, elle ne changea pas d'avis. »

Fatima attaqua sa belle-mère devant son mari qui assistait à notre entretien et qui défendait sa mère, en disant a sa femme que sa mère était une femme merveilleuse et que c'est parce qu'elle ne la connaissait pas bien qu'elle dit ces choses sur elle. Fatima réfuta les allégations de son mari à propos de sa mère.

Ma première conviction par rapport à ma première hypothèse était bonne c'est –

à – dire une conversion hystérique. J'avais conclu que la crise était théâtrale et assez pour que le mari se décide à venir. Son calme relatif après l'injection l'avait confirmé.

Nous arrêtâmes l'entretien qui avait duré une heure de temps. Je donnai des consignes au mari et je lui dis de la ramener en cas de nouvelle crise pour une injection de valium. J'expliquais à Fatima que son état était satisfaisant et je lui fixer un rendez-vous après une semaine.

Le mari revint me voir seul cette fois ci, pour me demander mon avis à propos de la maladie de sa femme. Je l'avais rassuré en lui disant que tout ira bien .

Elle n'avait pas bénéficié d'une prescription médicamenteuse.

Troisième entretien avec Fatima à 13 jours de la TS.

Fatima est venue accompagnée par son mari.

Celui-ci a pris la parole :

« Deux jours après notre dernière rencontre, ma femme a commencé à faire des crises convulsives intenses. Elle tombait par terre, faisait bouger d'une manière très forte les jambes. Il a fallu que je l'emmène aux urgences pour faire une injection intraveineuse de diazépam qui par la suite l'a calmée. En rentrant à la maison, les crises ont repris. J'ai appelé un infirmier pour lui faire une deuxième injection de diazépam à la maison. J'ai alors décidé de garder le diazépam à la maison et chaque fois qu'elle tombe en crise, j'appelle un infirmier qui vient l'injecter. »

En ce moment, Fatima prit la parole :

« Je sais que je suis possédée par un djinn. J'étais allé voir mon oncle paternel. C'est un marabout. Il m'a fait l'istikhara et Il m'a confirmé que mon corps est pénétré par un djinn.

Il a même parlé avec mon djinn pendant une séance de chasse de djinn qu'il m'a fait en présence de mon mari. La séance s'est terminée par la chasse du djinn avec un engagement écrit par ce dernier de ne plus jamais entrer dans mon corps. »

Le mari confirma ce que dit sa femme en ces termes :

« Au début de la séance de chasse de djinn que mon oncle faisait à ma femme, la voix de celle-ci avait commencé à changer. C'était comme si un homme parlait à l'intérieur d'elle. Elle faisait bouger ses lèvres et sa langue mais la voix qui sortait n'était pas la sienne. C'était terrifiant. Mon oncle m'avait expliqué que c'était son djinn qui parlait.

A la fin de la séance, mon oncle a réussi à chasser le djinn. Il l'obligea à écrire un engagement de ne plus pénétrer dans le corps de ma femme.

Apparemment, c'est elle qui avait écrit l'engagement, mais mon oncle, m'avait dit que réellement, ce n'est pas elle, c'est son djinn. »

Fatima était ralentie, sa verbalisation lente et pénible, mise sur le compte du valium, avec sans pour autant une demande d'arrêt.

Nous avons encouragé le mari à recourir au valium et aux soins à domicile. Les crises renforçaient encore une fois l'hypothèse d'une hystérie.

Durant cet entretien les mêmes cris et mouvement avaient accompagnés les séances.

Un rendez-vous d'une semaine avait été reconduit.

Son mari revenait nous revoir pour confirmer la véracité de l'histoire du djinn allant même jusqu'à imiter la voix de celui ci. Il disait être ébahi par la scène dont il a été témoin et sans cela il aurait été difficile pour lui d'y croire. Nous avons affiché notre désintérêt à propos de ces phénomènes et nous lui avons dit qu'ils pouvaient belle et bien poursuivre leur traitement avec l'oncle en question.

Quatrième entretien avec Fatima à 20 jours de la TS.

Fatima est venue accompagnée par son mari.

Elle nous a salués avec respect. Elle s'était présentée plus ouverte, plus sereine et respectueuse.

Elle a évoqué sa relation avec son père :

« Après son divorce avec ma mère, mon père nous a emmenés, moi, mes 2 sœurs et mes 2 frères en Mauritanie. Il nous a déposés dans la maison familiale où vivaient ma grand-mère, mes tantes et mes oncles paternels.

Il nous a abandonnés pour qu'il puisse se libérer pour ses lubies et ses aventures émotionnelles. Il s'est marié une vingtaine de fois et il a eu plusieurs enfants dont je ne connais pas le nombre exact. J'en connais seulement 4 garçons et 5 filles.

Il y a 2 ans, après l'expiration de ses comptes bancaires, mon père est venu s'installer dans la maison familiale à Nouakchott.

Il s'est rappelé qu'il y a laissé des enfants depuis une vingtaine d'années. Il a commencé à nous donner des conseils et à se comporter comme notre guide suprême

Et moi, puisque je ne céda pas à ses désirs, il me qualifiait d'ingrate. Mais, tant pis. Ce n'est pas mon problème.

Ma sœur n'est pas comme moi. Elle suit les instructions de mon père. Elle ne peut pas sortir de la maison de son mari. Elle ne peut pas conduire une voiture. Elle souffre silencieusement. Mais un jour, elle va exploser. »

Fatima a évoqué également son pouvoir de voir les choses dans le futur :

« Je vois les choses qui se passeront dans le futur. Elles se réalisent comme je les ai vues. Je peux prévoir des événements, des accidents, la mort d'une personne...etc.

Je préviens souvent mon mari, mais il ne m'écoute pas. Finalement, il voit ce que je lui ai dit se réaliser. »

L'entretien était entrecoupé par quelques cris et mouvements involontaires.

Un rendez-vous de 2 semaines a été reconduit.

Après avoir accompagné sa femme jusqu'à sa voiture, le mari de Fatima est revenu nous voir.

Il a nié complètement les dires de sa femme en affirmant qu'elle n'a jamais prédit quelque chose qui s'est réalisé plus tard.

Il nous a dit également que ses crises convulsives se sont nettement espacées. Il avait toujours eu recours au valium, grâce à une infirmière qui intervenait à domicile. Ce constat était aussi observé durant notre entretien où ils avaient été moins perceptibles.

Cinquième entretien avec Fatima à 34 jours de la TS.

Fatima est venue seule à l'entretien.

Elle était calme, souriante.

Elle était très préoccupée par l'avenir de ses enfants et par le chemin qu'ils avaient pris:

« Mes enfants sont gâtés. Je n'ai épargné aucun moyen pour qu'ils réussissent dans leurs vies et pour garantir leur avenir.

Je les ai inscrits à l'école française. Je payais 60 milles ouguiya (100 milles francs) par mois pour chacun d'eux. Mais leur niveau se détériorait d'une année à l'autre. Ils passent leur temps à se promener avec les mauvais amis. A part le plus petit, qui, heureusement, n'a pas encore pris le chemin de ses aînés.

Et ce qui m'énerve le plus, ce que mon mari ne se sent pas gêner par cette situation. Il ne se sent pas concerné par l'avenir de ses enfants. »

Elle a évoqué également le désordre qui règne dans sa vie :

« J'aime mettre de l'ordre dans ma vie. Je n'ai pas l'habitude de faire quelque chose sans le planifier. Il faut que tout soit programmé et en ordre dans ma vie.

La vie que j'imaginais vivre avec mon mari, je n'ai pas pu la réaliser. Actuellement, tout est en désordre dans ma vie. Mon mari ne m'écoute pas. L'essentiel pour lui, est que les gens disent qu'il est généreux, gentil. C'est un vantard, idiot. Et je peux le dire devant lui. Il distribue son argent aux femmes. J'ai eu vent de rumeur récemment que mon mari fréquentait une de mes cousines qui a la réputation de voler les maris des femmes. Surtout que lorsqu'on s'était rencontré dans une cérémonie, elle m'avait regardé d'une façon provocatrice et menaçante. »

Nous avons noté une diminution de la fréquence des mouvements et des cris au cours de l'entretien, ainsi que leur intensité. Pendant toute la durée, elle a crié

seulement 2 à 3 fois. Avec 3 à 4 mouvements.

A la fin de l'entretien, nous l'avons rassurée en lui disant qu'elle s'est beaucoup améliorée et nous nous sommes convenus d'espacer plus encore les rendez-vous.

Un rendez-vous de 7 semaines a été alors proposé.

Sixième entretien avec Fatima à 83 jours de la TS.

Fatima était venue seule.

Elle était joyeuse et rigolait. « Docteur, voilà votre patiente folle. Je suis sûre que vous n'avez pas sa nostalgie » lançait-elle en entrant au bureau. Son apparence accompagnait sa bonne humeur, elle était rayonnante bien habillée, et bien maquillée.

Elle se sentait mieux :

« Aujourd'hui, je me sens mieux. Les mouvements involontaires se sont espacés (un ou deux par jour), les cris ont diminués d'intensité et se sont espacés aussi (quelques cris dans la semaine).

Mais dès fois, j'ai l'impression que quelqu'un s'approche de moi sans que je le voie. Je sens la chaleur de son corps, l'odeur de son haleine.

Je sais que l'acte que j'ai fait était irresponsable et proscrit par l'islam.

Malgré ma vie toujours en désordre et mes rêves n'ont réalisés et mes enfants gâtés, je sais que ce n'est pas une solution.

Je sais que mon fils cadet est toujours sur la bonne voie et qu'il a besoin de moi.

Ma fille aussi qui est muette a besoin de moi et je compte l'amener chez ma mère aux états unis pour la soigner.

J'ai aussi mon travail qui marche très bien.

Je suis en voie de guérison et je vais essayer de remettre de l'ordre dans ma vie bien que cela soit très difficile. Que dieu m'aide ».

Pendant l'entretien nous n'avons pas entendu de cris de Fatima. Seulement, un seul mouvement de grimace a été noté.

Un rendez-vous de deux mois avait été reconduit.

DISCUSSION

1 - Souffrance verbalisée par le corps (souffrance actuelle)

Fatima avait présenté des mouvements bizarres dont elle n'avait pas le contrôle. Mise à part l'expression corporelle faite de mouvements variés comme le fait de soulever brusquement le bras droit vers le haut ou de rejeter la tête vers l'arrière, elle stimulait des grognements et des cris animaliers. Elle avait conscience de ces comportements qui avait au fil des entretiens trouvés leur place dans notre cadre. Cette situation pourrait être une façon de faire sortir une souffrance innommable.

Dans l'un de ses ouvrages F. Vargas, (47) nous montre comment le ressenti corporel peut venir à la place de l'émotion, quand la représentation est coupée de l'affect et qu'il ne reste que le corps réel pour exprimer le « chagrin sans nom».

Les personnes traumatisées continuent généralement d'avoir une pauvre tolérance à la stimulation. Elles ont une tendance à répondre aux stress en tout ou rien. Elles sont enclines à réagir avec une anxiété modulée, qui est souvent accompagnée par une décharge motrice, ou par un retrait social et émotionnel. (40)

La capacité décroissante de moduler la stimulation physiologique combinée avec la stabilité réduite d'utiliser les symboles et les fantasmes pour venir à bout du stress laissent les individus traumatisés vulnérables à l'expérience du stress à des stades somatiques, plutôt que comme de discrets événements historiques qui nécessitent des solutions spéciales.

Cette symptomatologie est survenue sur un terrain particulier. En effet, les entretiens avaient mis en évidence une situation déclenchante probable, à savoir une peur de la séparation avec son mari née de la suspicion d'une aventure avec une de ses cousines dont la réputation de briseuse de couple était avérée.

Ainsi Fatima aurait eu une réactivation de ses souvenirs infantiles de séparation avec ses parents.

Fatima avait subi deux séparations d'abord à l'âge de quatre ans puis elle rejoint ses parents avec la première réconciliation parentale, ensuite un nouveau divorce avait provoqué la seconde séparation alors qu'elle avait 14 ans. Il y avait aussi les fois où Fatima était témoin de maltraitance de son père à l'égard de sa mère.

Des auteurs avaient parlé de personnes vulnérables et avaient émis certains critères de vulnérabilité dont :

- la séparation parentale, les séquelles étant plus lourdes quand elle survenait plus tardivement chez l'enfant (29)
- un mauvais objet paternel
- un vécu d'insécurité infantile permanente lié à une compassion envers sa mère qu'elle voyait souffrir quotidiennement.
- divorce parental (WALLERSTEIN)
- maltraitance physique et psychique dont était victime sa mère et parfois en sa présence.

En effet, Janet (18) montrait que les patients qui avaient fait une expérience infantile de certaines impressions qui revenaient en mémoire et quand la mémoire leur était ravivée par quelques événements, c'est là que les symptômes réapparaissaient et que la personne souffrait de troubles mentaux dus à l'influence de ces remémorations.

Pour ce qui concerne tout spécifiquement les situations traumatiques infantiles, Green (13) rapporte qu'une exposition soutenue et pénétrante d'un rejet parental avait des effets destructeurs sur le développement des relations qui vont suivre dans lesquelles ils anticipent la violence et le rejet comme étant les éléments majeurs des rencontres humaines.

VAN DER KOLK (41, 42, 43, 44, 45, 46) sur le plan neurobiologique, rapportait que les séparations chez l'enfant, mêmes relativement brèves, pouvaient causer un changement psychologique profond comme un taux de cortisol plasmatique élevé et une augmentation de la tryptophane-hydroxylase qui engendre une baisse de la sérotonine. Il pouvait y avoir une réponse cérébro-spinale marquée d'adrénaline au stress important et aux changements de la sérotonine hyper thalamique, dans les variations de l'adrénaline et dans les diminutions des enzymes de synthèse des catécholamines et dans la diminution de la réponse du système immunitaire

VAN DER KOLC (41, 42, 43, 44, 45, 46) souligne également la relation entre les variations neuroendocriniennes et la tendance de ces personnes traumatisées à la dépression, la dépendance, la passivité et le sentiment de désespoir. Il dit " Une perturbation dans les hormones nécessaire pour préparer au stress, comme une hypersensibilité chronique à la noradrénaline, une baisse chronique de la sérotonine, une montée du cortisol, peut contribuer à diminuer les capacités de bien des personnes traumatisées à contrôler leur vie ".

Fatima en plus de la séparation était témoin des scènes de maltraitance du couple. Ce type d'enfants exposés à la violence conjugale, selon DeJonghe et Al (11), montre plus de détresse lors de conflits verbaux entre adultes.

D'autres auteurs avaient souligné les conséquences d'une stimulation répétée de l'hypothalamus chez l'enfant confronté à la violence familiale (4,30). L'hypothalamus fait partie du système limbique. Il contribue aux réponses de crainte ou d'agressivité face au danger.

Les enfants sont affectés par la violence conjugale dès leur plus jeune âge. Les implications psychologiques de cette exposition participent à la création de dynamiques et de symptômes pathologiques. Cette souffrance affecte son image de soi et fragilise ses liens avec autrui(25).

Une étude américaine(25) avait essayé de déterminer les conséquences à long terme de la souffrance infantile. Cette étude de masse avait clairement établi que la maltraitance des enfants et d'autres expériences négatives dans l'enfance pouvaient être responsables d'un grand nombre de problèmes de santé.

Concernant les conséquences sur la santé, il existait une relation forte entre la maltraitance des enfants, le dysfonctionnement familial et les causes majeures de décès à l'âge adulte. Parmi les problèmes majeurs se trouvait la tentative de suicide. Les filles développaient davantage des plaintes somatiques et de comportements dépendants (25).

Selon Romano (35), la vulnérabilité psychique résulterait d'une histoire antérieure difficile (pertes parentales précoces, carences affectives, violence, maltraitance ou sévices). Cette vulnérabilité psychique était susceptible de favoriser un passage à l'acte suicidaire sous l'influence de différents facteurs.

Roussillon (36), ce qui se joue lors des « traumatismes précoces ou précocissimes et qui vaut aussi pour n'importe quelle expérience de débordement et de détresse face à ce débordement à un âge plus tardif. » conduisait au geste suicidaire. L'échec de la symbolisation historique y jouant un rôle important.

Fatima nous semble présenter une situation de débordement pulsionnel intense lié à une peur de la séparation et qui entre en résonance avec un système d'équilibre fragile résultant de son enfance difficile. Ainsi la combinaison de ces deux facteurs de résonance intime que Boissière (24) en processus dans son expression « de l'externe à l'interne » qui allaient dans des connexions les plus cachées et les plus complexes.

2- Souffrance = souffrance actuelle et passée

Ainsi la crainte de séparation avec son mari qui n'a jamais été verbalisé par Fatima qui semblait plutôt monter un dédain voire une indifférence par rapport à son mari semblait être hors de portée de sa conscience. Ce mélange de sentiments qui s'agrègent dans son esprit et qu'elle ne parvient pas à élaborer rendent encore plus pénible son vécu actuel qu'en plus semble s'exprimer avec acuité, drainé par une réactivation d'une souffrance infantile dont Fatima s'était coupée.

Green (13) rapportait que la conduite autodestructrice pouvait être particulièrement précipitée par une menace de séparation.

Notre patiente éprouvait la peur de perdre son mari. Et du fait de l'absence du soutien familiale, elle se sentait seule et avait le sentiment que personne ne pouvait l'aider.

Bouatta (3) avait noté l'importance de la famille chez ses femmes qui souffraient. En effet bien que cette famille militait en faveur de la patiente, elle permettait d'être un soutien pour la femme en souffrance dans le couple. Ce défaut de soutien de la famille avait été retrouvé chez la mère de Fatima.

Janet (18), en expliquant la notion de perte de pouvoir (sentiment que personne ne peut vous aider) que l'on fait au cours des expériences individuelles, a dit : « Lorsqu'une personne expérimente cette sorte de désarroi sans l'avoir voulu, cette personne devient beaucoup plus vulnérable à la formation du symptôme »

3- La prise en charge

Le suivi de Fatima est en cours. Cependant on note une mise à distance de l'épisode suicidaire. La prise en charge a été compliquée à notre niveau, l'approche prépondérante étant une psychothérapie que nous avons essayée de mener selon notre niveau. Lors des moments où nous nous sommes sentis dépassés, nous avons fait appel aux médicaments.

Cependant nos rendez-vous périodiques, de même que le temps passé avec elle (la moyenne de nos entretiens étant de 45 minutes) ont été des moyens de contenance pour Fatima. De séance en séance, nous avons été témoin de sa progressive réémergence, les symptômes cédant à son rythme.

Le but du suivi de ces personnes serait selon Romano (35), de montrer que ces situations pouvaient permettre aux sujets de trouver des ressources méconnues (individuelles, familiales, sociales, professionnelles). Ces facteurs de protection leur permettent de se dégager de l'impact traumatogène de l'événement, de le dépasser et d'acquiescer de cette douloureuse expérience des ressources supplémentaires : ceci correspond au processus de résilience.

De plus, l'attention procurée lors de la prise en charge serait selon Winnicott (50), un moyen de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte, ce qui constitue un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu.

CONCLUSION

Le suicide demeure socialement un acte ambigu. Il reste également étrange sur le plan religieux et culturel. Son importance grandissant soulève des questionnements quant à l'explication d'un tel phénomène.

L'objectif général de notre travail était de rechercher les déterminants d'une tentative de suicide chez une femme mauritanienne.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Rechercher des facteurs de risques de l'acte suicidaire
- Mettre en évidence les éléments déclencheurs
- Proposer des éléments de prise en charge une tentative de suicide

Pour se faire nous avons mené une étude de cas clinique d'une patiente nommée Fatima reçue dans un tableau de tentative de suicide. Nous avons procédé à un suivi hebdomadaire et avons eu recours à une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique.

Les observations avaient mise en évidence :

L'existence d'une souffrance massive chez Fatima. En effet, elle présentait une situation de débordement émotionnelle que son corps ne pouvait contenir, pour cela, elle avait atteint un niveau de régression fait de vociférations et d'actes bizarres. Cette crise avait été déclenchée par un risque de séparation d'avec son mari.

La souffrance exprimée par Fatima semblait exagérée par rapport à la circonstance déclenchante. Ainsi une analyse de sa biographie avait permis de mettre en évidence une réactivation d'un vécu infantile traumatique lié à des séparations parentales multiples et à l'assistance à des scènes de violences conjugales.

La prise en charge nécessitait certes un appui médicamenteux, mais résident surtout à l'établissement d'une psychothérapie de soutien en premier lieu, puis

plus tard d'une approche plus structurée. Le but étant de faire émerger chez le sujet des niveaux de résilience.

REFERENCES

1. **BEAUTRAIS A L.** « Risk factors for serious suicide attempts among young people aged 13 through 24 years », *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry* 1996; 35 (9) : 1174-82.
2. **BOCHEREAU D.** « Tentatives de suicide à répétition chez l'Adolescent », *La revue du praticien* 1998 ; 48(13) :1431-34.
3. **BOUATTA CH.** « De quelques facettes des violences faites aux femmes en Algérie », *Dialogue* 2015 ; 2(208) : 85-98.
4. **CARRION V G, WEEMS CF, RAY RD, et al.** « Diurnal salivary cortisol in pediatric posttraumatic stress disorder », *Biological Psychiatry* 2002; 51: 575-82.
5. **CHARAZAC-BRUNEL M.** Prévenir le suicide. Clinique et prises en charge. Paris : Dunod ; 2002 : 258 p.
6. **CHASTANG F. et al.** « Risk factors associated with parasuicide in French young people », *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998a; 98: 470-74.
7. **CHASTANG, F. et al.** « Suicide attempts and job insecurity: a complex association », *European Journal of Psychiatry* 1998b; 13: 359-64.
8. **CHAVAGNAT JJ (ED).** Prévention du suicide. Montrouge 2005 : 200 p
9. **CHASTANG F, DUPONT I, RIOUX P.** « Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes », *Annales de Psychiatrie* 2002 ; 15(2) : 142-49.

- 10. LA CRISE SUICIDAIRE.** [en ligne]. Consulté le 03 Mai 2017.
Disponible :
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/%20pdf/suicicourt.pdf>
- 11. DEJONGHE E, BOGAT A, LEVENDOSKY A, et al.** « Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict », *Infant Mental Health Journal* 2005; 26(3) : 268-81.
- 12. FORMAN E. et al.** « History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology », *The american journal of psychiatry* 2004; 161: 437-43.
- 13. GREEN A.** Child abuse in J.R. Lachenmeyer and M.S. Gibbs (Ed.).
J. Psychopathology in Childhood, New York Gardner Press 1982: 244-67.
- 14. HARDY P, BAILLY D.** La prévention du suicide. Rôle des praticiens et des différentes structures de soins. Paris: Doin Éditeurs ; 1997 : 54p.
- 15. HUGHES HM.** « Research Concerning Children of Battered Women : Clinical Implications », *Journal of Aggression, Maltreatment et Trauma* 1997; 1: 221-39.
- 16. JAFFE PG, SUDERMANN M.** « Child Witnesses of Women Abuse : Research and Community Responses », in S.M. Stith et M.A. Straus (éd.), *Understanding Partner Violence : Prevalence, Causes, Consequences, and Solutions*, Minneapolis MN : National Council on Family Relations 1995 : 213-22.

- 17. JAFFE P G, SUDERMANN M, REITZEL D.** « ChildWitnesses of Marital Violence », in R.T. Ammerman et M. Hersen (éd.), *Assessment of Family Violence : A Clinical and Legal Sourcebook*, New York, Wiley 1992: 313-31.
- 18. JANET P.** Psychological Healing. New York : MacMillan ; 1925.
- 19. JEAMMET, PH.** « Les tentatives de suicide des adolescents. Réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental », *Adolescence* 1986 ; 4(2) : 225-32.
- 20. JEAMMET PH, BIROT E. et al.** Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, Paris : Puf ; 1994 : 151-191.
- 21. KAREN S.** « Les effets psychologiques », in Karen Sadlier, *L'enfant face à la violence dans le couple*. Dunod « Enfances », 2015 : 35-56.
- 22. LADAME F, PERRET-CATIPOVIC M.** « Tentative de suicide à l'adolescence », *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie* 1999 ; 37-216-H-10 : 1-6.
- 23. LAURENT A. et al.** « Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. À propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1993 ; 41(3-4) : 198-205.
- 24. LOÏC B.** D'« après-coup » en « crainte de l'effondrement ». Aux origines d'un geste suicidaire, *Psychologie clinique et projective* 2014 ;1 (20) : 297-327.

- 25. MARIE D.** « Les implications médicales », in Karen Sadlier, *L'enfant face à la violence dans le couple*. Dunod « Enfances » ; 2015 : 57-80.
- 26. MINT EL HACEN K.** Violence contre les femmes. [en ligne]. Consulté le 02 Mai 2017. Disponible :
<http://www.maurifemme.org/STATUTS/Statuts/SOCIAL~1.HTML>
- 27. MINT MEILOUD H.** Femme mauritanienne. [en ligne]. Consulté le 02 Mai 2017. Disponible :
<http://www.maurifemme.org/STATUTS/Statuts/SOCIAL~1.HTML>.
- 28. MOUHOT F.** « Séparations parents/enfant : impact de l'âge des enfants sur leur évolution », *La psychiatrie de l'enfant* 2003 ; 2(46) : 609-29.
- 29. PERRY B.D.** « Incubated in Terror : Neurodevelopmental Factors in the “Cycle of Violence” », in J. Osofsky (éd.), *Children, Youth and Violence : The Search for Solutions*. New York : Guilford Press; 1997 : 124-48.
- 30. PIERRE L.,** « Une maltraitance majeure », in Karen Sadlier, *L'enfant face à la violence dans le couple*. Dunod « Enfances » ; 2015 : 131-52.
- 31. RAYNAUD J-P.** « Événements traumatiques de l'enfance et conduites suicidaires à l'adolescence », *La revue du praticien* 1998 ; 48(13) : 1424-26.
- 32. RIHMER Z.** Strategies of suicide prevention : focus on health care. *J Affect Disord*. 1996 ; 39 (2) : 83-91.

33. **RIM G, et al.** « Suicide et pathologie mentale à Tunis : étude rétrospective sur 12 ans à l'hôpital Razi », *L'information psychiatrique* 2009 ; 3 (85) : 281-95.

34. **ROMANO H.** Suicide et conduite suicidaire. *Références en santé au travail* 2013 ; 29(135) : 89-90.

35. **ROUSSILLON R.** Agonie, clivage et symbolisation, Paris, Puf ; 1999.

36. **QUEVAUVILLIERS J, FINGERHUT A.** (EDS) - Dictionnaire médical, 3^e édition. Paris : Masson ; 2001 : 1589 p.

37. **SIMARD, GISELE, ACCT-KARTHALA :** Petites commerçantes de Mauritanie : voiles, perles et henné 1996 : 82-83.

38. **SULLIVAN C.M.** « A Model for Effectively Advocating for Women with Abusive Partners », in J.P. Vincent et E.N. Joriles (éd.), *Domestic Violence : Guidelines for Research-informed Practice*, Londres, Jessica Kingsley Publishers; 2000 : 126-43.

39. **SYLVIE C-S.** La somatisation ou l'anti-passage à l'acte dans le corps réel 2005 ; 2(16) : 151-64

40. **VAN DER KOLK B.** The trauma spectrum : the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response, *Journal of Traumatic Stress* 1983; 1(3) : 273-90.

41. **VAN DER KOLK BA.** Adolescent vulnerability to post-traumatic stress disorder. *Psychiatry* 1985; 48 : 365-70.

- 42. VAN DER KOLK BA.** Compulsion to repeat the trauma : re-enactement, revictimization and masochism in Krut. R.P. (Ed.). *Treatment of Victims of Sexual Abuse in Psychiatric Clinics of North America*, W.B. Saunders, Philadelphia 1989; 12(2) : 389-412.
- 43. VAN DER KOLK BA, PERRY J, CHRISTOPHER and HERMAN, et al.** Childhood origins of self-destructive behavior. *AM. J. Psychiatry* 1991; 148 : 1665-71.
- 44. VAN DER KOLK B, DUCEY CP.** The psychological processing of traumatic experience : Rorschach pattern in PTSD, *Journal of Traumatic Stress* 198; 2(3) : 259-74.
- 45. VAN DER KOLK B, VAN DER HART O. P.** Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *AM. J. of Psychiatry* 1989; 146(12) : 1530-40.
- 46. VARGAS F.** *Sous les Vents de Neptune*. Editions Viviane Hamy : Paris; 2004.
- 47. WAHL V, FISHER W, PAHUD AL.** « Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 1998 ; 46(1-2) : 61-8.
- 48. WALTER M, KERMARREC I.** Idées ou conduites suicidaires : orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence. *Rev Prat* 1999 ; 49 (15) : 1685-90.

- 49.** WINNICOTT D. « Le rôle de miroir de la mère et de la famille », dans *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard ; 1975 : 153-62.

ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIQUES, CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES DE LA TENTATIVE DE SUICIDE D'UNE JEUNE FEMME MAURITANIENNE SUIVIE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER DE SPECIALITES DE NOUAKCHOTT

RESUME

La tentative de suicide est un sujet tabou, particulièrement en Mauritanie. ce phénomène restait étrange pour la société musulmane et conservatrice mauritanienne, jusqu'à un passé récent. Dans la littérature, le passage à l'acte suicidaire peut découler des conflits familiaux, sentimentaux, réveillant des traces mnésiques liés à la souffrance vécu par le sujet pendant son enfance.

Nous avons effectué une étude de cas clinique à recueil prospectif, mené au service de psychiatrie du centre hospitalier de spécialités de Nouakchott sur une période allant de janvier à avril 2017. Le matériel a été retranscrit fidèlement au fil des entretiens semi-directifs pour ne pas en altérer la dynamique.

Dans notre travail nous nous sommes intéressés au cas de Fatima, jeune femme mauresque, mariée, aînée de sa fratrie et d'origine mauritanienne. Nous avons montré comment un conflit conjugal et une menace de séparation ont pu générer une forte angoisse amenant Fatima à tenter à mettre fin à ses jours.

Nos commentaires et discussions nous ont amené à aborder les notions de souffrance actuelle médiée par le corps et de souffrance passée réactualisée par un événement chez notre patiente. Nous avons tenté de montrer comment une enfance difficile (séparation avec parents, assistance aux scènes de maltraitance conjugale) peut rendre une personne plus vulnérable devant les facteurs de stress et plus susceptible aux attitudes autodestructives à un âge tardif.

La prise en charge d'une tentative de suicide doit intégrer une prise en charge médicamenteuse et une approche psychothérapeutique contenant.

Mots clés : Psychopathologie, Tentative de suicide, Séparation, Souffrance, Résiliation.

Docteur El Ghadi OULD MOHAMDI