

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : revue de la littérature.....	4
I. DEFINITIONS.....	5
II. PSYCHOPATHOLOGIE	7
II.1. Les processus du deuil selon Mélanie Klein :	7
II.2. Les processus du deuil selon M. Hanus :	8
II.3. Processus de deuil selon S Freud :	9
III. Nosographie :.....	10
IV. Etude clinique :.....	11
IV.1. Deuil normal.....	11
IV.2. Deuil pathologique :	17
IV.3. Quelques particularités du deuil :.....	23
V. Traitement :.....	27
V.1. Buts :.....	27
V.2. Moyens :	28
V.3. Indications :	31
DEUXIEME PARTIE : Travail Personnel	32
I. Matériels et méthodes :	33
II. Observations et commentaires :.....	34
III. SYNTHESE.....	89
Conclusion.....	96
Références Bibliographiques.....	100

INTRODUCTION

Toute vie a un début et une fin. L'homme naît, grandit et meurt. Sa mort plonge ses proches dans un état de deuil. Ainsi, le deuil, dans sa signification générale, peut être défini comme la période qui suit la perte définitive d'un proche. Mais un auteur comme Michael Hanus qualifie le deuil comme un mot polysémique qui englobe à la fois la perte, le chagrin et l'état dans lequel se trouve l'endeuillé. Cette perte provoque parfois chez certains survivants des perturbations psychiques et comportementales. Freud [25], a été le premier à démontrer qu'un traumatisme psychique comme le deuil peut engendrer des manifestations psychiatriques. En effet, dans notre pratique médicale quotidienne, nous recevons des tableaux psychopathologiques qui font suite à un deuil.

Ainsi, nous nous sommes demandés pourquoi certains deuils suivent une trajectoire pathologique. Cette question est d'autant importante que dans nos pays le médecin ne dispose pas d'une bonne formation pour l'annonce du décès [2] et le soutien psychologique de l'endeuillé. Cette situation, combinée au manque criard de psychiatres et à la place réduite accordée à la psychiatrie de liaison dans nos services hospitaliers, livre la famille endeuillée à elle-même. De plus, lors de certaines catastrophes meurtrières comme le naufrage du Joola [55-42], l'expérience nous a révélé que les débriefing psychologiques [41] permettent de réduire le risque de syndromes psycho traumatisques ; mais aussi que le professionnel n'est pas toujours outillé pour y faire face.

Cette interrogation sur les pathologies du deuil survient dans une période de modernité à grande vitesse. Nous assistons à la disparition de la famille large africaine et à l'hégémonie de l'individualisme, mais aussi à des contraintes de temps dues à nos préoccupations existentielles de tous les jours. Ce qui a pour conséquence une diminution du soutien des proches à l'endroit de l'endeuillé. C'est ainsi qu'à l'image de l'occident, le rituel du deuil a progressivement diminué dans la société africaine [54].

Ce faisant, cette recherche se fixera comme objectif de déterminer les aspects cliniques et psychopathologiques du deuil pathologique en milieu psychiatrique sénégalais à propos de douze cas. Pour atteindre ces objectifs, nous aborderons dans la première partie l'étude clinique du deuil normal et du deuil pathologique et dans la deuxième partie nous déclinerons notre méthodologie et rapporterons les résultats qui seront discutés puis synthétisés.

PREMIERE PARTIE :

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. DEFINITIONS

Le deuil est une expérience universelle à laquelle sont confrontés tout les individus, un jour ou l'autre, au cours de leur vie et souvent à plusieurs reprises. Le deuil est à la fois un évènement douloureux et un processus psychologique qui découle d'une perte affective [55]. Il traduit une situation de perte d'une personne aimée, comme un parent, une épouse, un ami proche... « C'est un processus qui affecte de manière fondamentale chaque individu concerné et le réseau des relations de la personne qui meurt » [56].

Par extension, on utilise ce concept pour analyser la réaction émotionnelle à des pertes autres que le décès [33], perte d'un objet ou d'une situation particulière investie par la personne. Il est quand même important de différencier le travail de deuil de celui de la séparation car dans ce dernier, le sujet nourrit toujours l'espoir de retrouver l'objet perdu [10, 50]. Ce qui est important c'est la blessure psychique laissée par cette perte.

Le deuil et le traumatisme sont des phénomènes distincts. « Le traumatisme est la blessure psychique provoquée par un événement insupportable » [36]. Le traumatisé est effrayé alors que l'endeuillé est triste. Il n'est pas rare toutefois qu'une perte brutale provoque un traumatisme ou qu'un événement catastrophique cause une perte, si bien que le deuil et le traumatisme se conjuguent et se compliquent mutuellement [60, 30, 58].

Le deuil est suivi d'un « processus intra psychique qui s'exprime dans une souffrance normale à plusieurs facettes » [20], qu'on appelle : travail de deuil. « Ce travail est comme la traversée d'un tunnel au bout duquel se trouve la lumière ». Le travail de deuil est un travail psychique nécessaire pour accepter la réalité de la perte et y faire face [31]. Les rites et les cérémonies funéraires participent au bon déroulement de ce processus. Nous ne devons pas le réprimer, nous devons plutôt favoriser le travail du deuil car « la morbidité n'est pas dans le déroulement de ce processus mais dans sa répression sociétale » [20]. C'est un long processus qui dure en moyenne six mois. Freud [25] nous précise que la différence entre le travail de deuil dit normal et la mélancolie c'est l'absence pour le premier du sentiment de perte d'estime de soi qui peut aller jusqu'aux auto-reproches voire l'attente délirante du châtiment. Cette perte d'estime de soi de la mélancolie ne doit pas être confondue avec le sentiment de culpabilité qui est inhérent au deuil d'un être cher.

L'intensité importante du travail de deuil définit le deuil intensifié, ses manifestations sont celles d'un deuil normal mais aggravées dans les domaines psychique, physique et comportemental. Alors que le deuil compliqué est la décompensation de troubles somatiques ou de maladies mentales qui étaient connues antérieurement. Le deuil prolongé se définit par le prolongement des symptômes au delà d'un an, ou par des réactivations graves des manifestations

dans des circonstances diverses (anniversaires...). Le deuil retardé se révèle des années après la survenue du deuil, par des réactions anormalement douloureuses.

Pour Hanus [29], « le deuil normal, qui est de loin le plus fréquent, est celui que vit une personne sans troubles particuliers lorsque les circonstances de la mort sont habituelles. Alors que le deuil pathologique est celui qui inaugure une maladie qui ne s'était pas manifestée jusque là ». Les deuils compliqués et pathologiques sont encore appelés deuils psychiatriques, ils font appel à une prise en charge spécialisée psychiatrique. Cependant, le deuil normal ne relève d'aucun soin médical, néanmoins, une évaluation psychologique permettrait d'adoucir la souffrance de l'endeuillé.

En résumé le deuil, qu'il soit intensifié, retardé ou prolongé, est pathologique et l'est encore plus lorsqu'il est accompagné de symptômes psychiques ou psychosomatiques ne correspondant pas à ceux du travail de deuil.

II. PSYCHOPATHOLOGIE

II.1. Les processus du deuil selon Mélanie Klein :

L'homme, au cours de son enfance, est confronté à des séparations : absence de la mère, sevrage... Ces séparations sont synonymes de pertes chez l'enfant et le placent dans une position dépressive. Cette dernière décrite par M. Klein [51], nous permet de comprendre le travail de deuil. La position dépressive est la peur

de l'enfant de perdre ses bons objets comme le sein de la mère à cause de ses pulsions agressives envers eux. Selon l'auteur c'est la présence de la mère et tous les soins qu'elle apporte qui finiront par rassurer l'enfant. Le moi déploie aussi dans cette position dépressive des moyens de défenses maniaques qui ont pour objectif de réparer l'objet aimé, de le maîtriser, de le triompher, mais aussi de maîtriser les mauvais objets. Cette toute puissance plonge l'enfant dans une culpabilité et une méfiance car il a peur du désir de vengeance et de triomphe de l'objet aimé.

Lorsque ses mécanismes maniaques échouent, le moi va se défendre d'une manière obsessionnelle en répétant certaines actions. Lorsque tous les aspects de l'objet sont unifiés grâce aux épreuves de la réalité, un équilibre finit par s'instaurer entre l'amour et la haine. A ce moment l'enfant dépasse la position dépressive.

Le deuil selon M. Klein réveille cette position dépressive et son déroulement dépend du niveau de résolution de cette position dépressive infantile.

II.2. Les processus du deuil selon M. Hanus :

Dans les premiers instants, la réalité de la perte est refusée [13], mais les manifestations externes du chagrin montrent que le travail de deuil est entrain de se faire. L'endeuillé surinvestit les bonnes représentations liées à l'objet perdu.

Cette satisfaction à investir ces représentations délimite deux réalités : Celle externe conforme au monde extérieur douloureux et celle interne qui n'est pas conforme au monde extérieur [14]. Pendant qu'une partie du moi régresse jusqu'au « moi plaisir », la douleur ressentie maintient l'autre partie du moi avec la réalité. Ce conflit entre refus et acceptation est l'indice d'un mouvement de régression du moi. Partant de là, Hanus soutient que l'identification qui sert de substitut à l'objet perdu est nécessaire au bon déroulement du deuil. Le travail de deuil ne consiste donc pas seulement à se détacher de l'objet perdu, mais surtout à transformer la relation qu'il avait avec lui en une nouvelle identification [13].

II.3. Processus de deuil selon S Freud :

Le travail de deuil, confronte le sujet à l'absence d'un retour possible. En même temps, le sujet ne peut accepter de perdre l'objet, même momentanément, que s'il garde l'assurance de le conserver. Donc la séparation objective n'est possible que si l'objet reste psychiquement présent. «Le travail psychique alors engagé implique un processus d'identification, de transformation du moi, tel qu'il intègre certaines qualités de l'objet disparu. Les caractéristiques de l'objet perdu font désormais partie du sujet ; le sujet devient un peu "comme" ce qu'il a perdu. La perte subite dans la réalité est compensée par un processus d'auto transformation qui adoucit la perte [46] ».

III. Nosographie :

CIM10 : Dans cette classification, le deuil n'est pas clairement identifié, mais inclus dans les troubles de l'identification (F43.2) qui sont définis comme des états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant.

La CIM10 pointe du doigt le facteur stress sans lequel le trouble ne serait pas survenu. Ce facteur peut entraver l'équilibre psychique de l'individu et éventuellement tout son environnement social. La CIM10 insiste aussi sur la vulnérabilité et la prédisposition individuelle. Les troubles de l'adaptation se manifestent de façon variée mais aucun de leurs symptômes n'est suffisamment grave ou marqué pour justifier un diagnostic plus spécifique. Le trouble débute habituellement dans le mois qui suit la survenue de l'événement stressant et ne persiste guère au-delà de six mois, sauf s'il s'agit d'une réaction dépressive prolongée.

DSMIV : Le deuil est ici clairement identifié et individualisé sous le code Z63.4. La durée et l'expression du deuil varient considérablement parmi les différents groupes culturels. Le diagnostic d'un trouble dépressif majeur n'est posé que lorsque les symptômes persistent deux mois après la perte. Quelques éléments permettent de différencier le deuil normal d'un trouble dépressif majeur. Parmi lesquels on retrouve :

- ✓ Culpabilité à propos de choses autres que les actes entrepris ou non entrepris par le survivant à l'époque du décès.
- ✓ Idées de mort chez le survivant ne correspondant pas au souhait d'être mort avec la personne décédée.
- ✓ Sentiment morbide de dévalorisation.
- ✓ Ralentissement psychomoteur marqué.
- ✓ Altération profonde et prolongée du fonctionnement.
- ✓ Hallucinations autres que d'entendre la voix ou de voir transitoirement l'image du défunt.

IV. Etude clinique :

IV.1. Deuil normal

Le deuil normal évolue sur plusieurs étapes [1] décrites par plusieurs auteurs (tableau 1). Il faut comprendre que ces étapes tentent de simplifier pour mieux expliquer le processus, mais il peut arriver que l'ordre, la durée ou la manifestation de ces étapes soient différents. L'expression du deuil dépend en partie de la culture [54] et de la personnalité du survivant. Parmi ces étapes, trois sont principales :

IV.1.1. Période de choc ou phase d'impact ou d'hébétude ou d'installation

Cette période dure quelques heures à quelques jours et fait suite à l'annonce de la perte. L'endeuillé se met à crier, à pleurer, ou est pris dans une stupeur. Nous notons des manifestations sur le plan psychique, moteur, et physique.

➤ Sur le plan psychique

Le survivant éprouve une douleur psychique intense, parfois il est victime d'une confusion d'intensité variable d'une personne à l'autre. Certains sont complètement désorientés et n'arrivent plus à faire quoi que ce soit tandis que d'autres peuvent en apparence agir efficacement. La personne endeuillée est désespérée car elle se rend compte qu'elle ne peut plus changer la situation. Un refus initial de la situation est noté. Le refus augmente puis se résorbe graduellement jusqu'à l'acceptation du décès. Le fait de ne ressentir aucune émotion délibérément ou non constitue également un refus. Toutefois si le refus de la réalité se prolonge le deuil risque de se prolonger ou de ne jamais finir. Les survivants vont alors vivre en compagnie du mort et avoir la sensation de ne plus être seul.

L'endeuillé a peur de son avenir qu'il doit concevoir sans le défunt. L'endeuillé peut être en proie à des rêves ou des rêveries diurnes qui s'articulent autour du défunt. Son attention est attirée par des conversations sur la personne perdue. Le proche du disparu peut également manifester de la jalousie à l'encontre de ceux

qui ont encore leurs parents, leurs conjoints ou leurs enfants. Il considère alors qu'une telle réaction est anormale et inacceptable, ce qui peut occasionner un sentiment de culpabilité. Il peut éprouver aussi une gêne lorsqu'il exprime sa douleur, sachant que la souffrance est ressentie et donc verbalisée différemment par chacun selon ses origines culturelles, religieuses ou ethniques. Les efforts déployés pour refouler les sentiments peuvent entraver le deuil. La colère est normale chez le survivant, elle est souvent dirigée contre le personnel de santé, certains s'en prennent à Dieu.

➤ Sur le plan moteur

Nous pouvons retrouver une hyperactivité désordonnée, des mouvements de prostration, d'abattement, d'inhibition profonde, ou une régression dans le sommeil. Parfois, l'endeuillé vit et agit de façon automatique dans une sorte d'engourdissement.

➤ Sur le plan physique :

Le deuil entraîne souvent une perturbation des fonctions instinctives à savoir le sommeil (insomnie ou hypersomnie), l'alimentation (anorexie ou boulimie), et la sexualité (inhibition). Le choc du deuil peut entraîner une rechute d'une maladie psychosomatique (l'angor, l'ulcère gastroduodénal...) ou montrer une affection somatique jusqu'alors non connue (recto-colite-hémorragique...).

IV.1.2. Phase dépressive :

Il s'agit d'un vécu dépressif réactionnel et physiologique. La personne en deuil est souffrante, pas malade. C'est pendant cette période que le travail de détachement avec l'être disparu s'effectue. Cette phase dépressive est incontournable et permet peu à peu « d'user le chagrin ». Elle se manifeste avec presque tous les signes physiques et psychiques d'un trouble dépressif vrai. En clinique il est très difficile de faire la différence. Cependant il persiste une certaine capacité de modulation de l'humeur, une absence d'auto-accusations graves comme dans la mélancolie, même si les proches peuvent se sentir coupables de certains actes ou de certaines paroles échangées avant le décès. Cette culpabilité est d'autant plus prononcée que les sentiments qu'éprouvait le proche envers le défunt alternaient entre le positif et le négatif. C'est-à-dire lorsque les sentiments étaient ambivalents. En pareil cas, le soulagement que procure la fin de la relation va de pair avec le sentiment de culpabilité. Le proche pourrait penser que ses projections agressives ont emporté le défunt. S.Freud [25] nous précise que la différence entre cette phase dépressive et la mélancolie est l'absence pour la première du « sentiment de perte d'estime de soi, qui peut aller jusqu'à l'auto reproche voire l'attente délirante d'un châtiment ». L'affligé peut durant cette phase halluciner la voix ou l'image du défunt [47].

IV.1.3. Phase de récupération ou période d'adaptation :

Durant cette période les parents et la fratrie du défunt parviennent à se souvenir du mort sans sombrer dans la tristesse ou la dépression. Ils parviennent à investir d'autres objets que la personne perdue. Cette capacité du sujet à s'adapter à la réalité de la perte de l'être cher ne survient qu'au bout d'un an le plus souvent. Des intérêts nouveaux se manifestent dans les rêves et la réalité. Les fonctions instinctives redeviennent normales. Cependant le deuil laisse le plus souvent une « cicatrice psychique » mais la réalité du sujet à vivre et à anticiper son existence n'est plus altérée.

Tableau 1 : Les différentes étapes du deuil en fonction des auteurs.

Bowlby (1961) Parkes (1971)	Clayton (1968)	Zisook (1985)	Hanus (2000)	Sémiologie Commune
Phase d'obnubilation, d'incrédulité, d'irréalité	Hébétude, Stupéfaction	Choc, déni, incrédulité	Sidération, abattement, sédation	Choc : Cris, pleurs, Dérobement des jambes, lipothymies, crampes d'estomac, précordialgies
Protestation, désespoir, nostalgie	Dépression mais absence-sauf état dépressif pathologique-de ralentissement psychomoteur, d'idéation suicidaire, d'indignité	Etat émotionnel intense, retrait social, identification au défunt	Décharge émotionnelle, Désorganisation : Colère, désespoir, culpabilité, repli sur soi...	Mouvement dépressif Renoncement : Période dépressive qui peut révéler certaines fragilités et l'on souhaite parfois rejoindre l'être aimé...
Réorganisation	Résolution, réinvestissement	Restitution, acceptation de la perte, conscience d'avoir fait son deuil	Réorganisation, réinvestissement	Acceptation, adaptation : Fin du deuil, de nouveaux intérêts se font jour : La réminiscence devient souvenir

IV.2. Deuil pathologique :

Pour ce qui est des deuils pathologiques, certains psychanalystes considèrent qu'ils sont dus à la constitution de la personnalité antérieure de l'endeuillé. « A ce sujet M.F.Baqué [7-9] parle de prédisposition au deuil pathologique, car d'après elle, il ne s'agit pas d'accentuation des manifestations et des symptômes normalement rencontrés suite à la perte de l'objet aimé, ni même des circonstances dans lesquelles le deuil s'est produit, mais il s'agit de la constitution même de la personnalité, du type de relation qu'a noué le sujet avec ses objets d'amour dans sa petite enfance et de sa capacité ou non à aménager souplement ses pulsions. En effet, ces sujets répondent aux frustrations de la réalité par des mécanismes de défense primaires qui sont spécifiques à la phase orale et anale. Seule la présence de l'objet, qui leur renvoi une bonne image, leur permet une certaine adaptation avec leur environnement. Cependant sa défaillance ou sa disparition va rompre l'équilibre de la personnalité en la faisant basculer dans la pathologie ».

G. Baylé [8] ajoute que si le passé du sujet l'y a prédisposé, le travail de deuil finira par se faire, mais tout dépend de la fonctionnalité psychique antérieure, des capacités de refoulement, de l'accès à la position dépressive (M. Klein) et du degré de fixation aux premiers stades du développement (S. Freud). Donc tout est lié à la manière dont le sujet a pu progresser et se développer dans son enfance, de son accès à la relation objectale, de sa capacité à faire face aux

frustrations et aux séparations, donc de la constitution et de la structure de la personnalité.

Sur cette question de personnalité pathologique M. Hanus [32] et A. de Broca [17] émettent quelques réserves. Hanus [32] préfère parler de « personne à risque ». Selon lui, certaines sont sujettes à ressentir plus durement les effets traumatisants du deuil. A. de Broca [17] ajoute qu'une personnalité pathologique vit plus difficilement le deuil que toute autre personne. Sur le plan clinique, plusieurs types de troubles peuvent apparaître au cours du deuil.

IV.2.1. Les troubles de l'humeur :

IV.2.1.1. Les troubles dépressifs :

La dépression est une manifestation itinérante du deuil, et faire la différence entre celle normale et pathologique est très difficile. Le DSMIV a avancé quelques points nous permettant de les différencier.

S.Freud [25] a mis l'accent sur la perte de l'estime de soi dans la mélancolie, et sur l'appriboisement du moi, avant d'avancer que dans le deuil c'est le monde qui est devenu pauvre et vide. Les auteurs contemporains ont constaté que cette perte d'estime du soi pouvait se rencontrer dans tous les états dépressifs et ne permettait pas de faire la différence.

Pour M.Hanus [9] la première différence est une question d'intensité, la seconde est que dans le deuil, l'objet perdu est dans la réalité extérieure ; par contre dans la mélancolie la perte est inconsciente puisqu'elle concerne l'objet intérieur.

L'approche cognitivo-comportementaliste estime que si l'état de stress et de dépression persiste au-delà d'une année après le décès d'un proche, on est dans la mélancolie [16].

IV.2.1.2. Le deuil maniaque :

Il épouse les contours d'un accès maniaque typique. Il existe un temps de latence entre le deuil et la réaction maniaque. Pendant ce temps l'endeuillé paraît faire face à la situation, mais en fait cette situation cache un grand effort de répression des émotions où le maniaque nie le deuil ainsi que le lien qu'il avait avec le défunt.

Ce qui fait que les affects vont s'inverser en leur contraire. La joie remplace la tristesse et le triomphe sur la mort remplace le désespoir. Lorsque la réalité ne peut plus être niée, le deuil maniaque s'inverse dans la dépression. Cette inversion rapide de l'humeur est caractéristique du deuil maniaque.

IV.2.2. Les troubles anxieux :

L'anxiété constitue une complication fréquente du deuil. Ce dernier constitue un facteur favorisant du trouble panique ou du trouble anxieux généralisé. Pendant ou en dehors de ce trouble anxieux peuvent s'observer des troubles de la vie instinctuelle comme l'anorexie et la boulimie, ou des troubles sexuels, une inhibition le plus souvent.

IV.2.3. Le deuil hystérique :

Les épisodes hystériques visent à adoucir la souffrance de la perte. Juste après le décès, on note une violente crise émotionnelle avec décharge motrice.

Ici la phase dépressive s'installe progressivement comme si l'endeuillé ménage à la fois sa peine et en même temps la prolonge.

Toutes ces manifestations cachent un refus et un déni de la disparition de l'objet d'amour. Cependant n'étant pas son processus privilégié, l'hystérique va conserver et cultiver la représentation du défunt dans son imaginaire grâce aux souvenirs, aux rêves, et aux fantasmes. A l'entendre, l'endeuillé, ne nie pas la mort du défunt, mais ne fait que penser à lui et continue à cultiver une relation intérieure avec lui au lieu de s'en souvenir et de se séparer de lui comme dans le deuil normal. L'hystérique parvient à conserver cette relation grâce à l'identification. Il peut rester des heures à parler du mort ou à se comporter comme si le défunt n'était pas disparu.

D'après M.F.Baqué [7], l'identification au défunt englobe aussi bien ses particularités physiques, ses comportements, ou bien les symptômes précédant sa mort. Elle existe lors du deuil normal et concerne certaines habitudes du défunt, certains traits distincts de son caractère. Par ailleurs lors du deuil hystérique, l'identification porte surtout sur les symptômes et les éléments de la maladie de l'objet perdu, réalisant ainsi une conversion.

Nous retrouvons aussi chez l'hystérique une grande fréquence de comportements autodestructeurs. Selon M. Hanus [31] les patients expriment à

travers eux leur désir de rejoindre le défunt qui peut même aller jusqu'au suicide notamment pour ceux pour qui le sentiment d'abandon est insupportable.

Le deuil réactive pour ces derniers le premier échec affectif, celui de l'amour oedipien [5]. L'hystérie en elle-même est qualifiée par M.Hanus comme « un deuil oedipien pathologique ».

L'évolution est difficile à déterminer, pour certains il est défavorable, d'autres parviendront à investir sur le même mode d'autres objets avec le risque d'une réactivation lors de nouvelles pertes.

IV.2.4. Deuil obsessionnel :

La mort de l'être cher va aussitôt réactiver les désirs agressifs émis à son encontre. Cela entraîne une forte culpabilité car ses désirs de mort vont se heurter à la réalisation de celle-ci [5]. De ce fait, les reproches apparaissent envers l'endeuillé lui même et envers les personnes qui l'ont entouré en particulier le médecin et l'équipe soignante, une grave dépression survient ensuite. Sa vie se bloque sur l'unique souvenir de la mort.

Son évolution est le maintien d'une longue période dépressive où la vie est dominée par des auto-reproches. Les tentatives de suicide sont rares dans les deuils obsessionnels puisque l'agressivité retournée contre soi est littéralement distillée à cause de l'épuisement psychique qui ralentit profondément le sujet en l'empêchant pendant un temps de passer à l'acte. Il arrive aussi qu'on ne se

rende pas compte des complications ou de la pathologie du deuil qu'après une seconde perte, puisqu'une partie des affects douloureux avait été bloquée.

IV.2.5. Le deuil somatique :

Le deuil peut favoriser l'aggravation de certaines maladies organiques chroniques telles que l'asthme, le diabète, l'hypertension, la migraine, ou la décompensation chez des personnes auparavant saines, d'une affection somatique préexistante ou bien même de la survenue de décès précoce [22,47].

M.Hanus explique qu'il semble que le deuil agit comme un révélateur d'un état organique antérieurement perturbé mais non connu, en particulier dans le cas des maladies cardiaques. Ce caractère non connu différencie le deuil somatique des deuils compliqués définis par M.Hanus.

Certains auteurs [6] ont tenté d'établir le lien entre la perte d'un être cher et l'apparition du cancer. Leurs études ont montré une augmentation du cancer chez les sujets qui ont perdu un conjoint, mais celle-ci n'est pas significative.

Selon l'approche physiopathologique les agents de stress vont augmenter considérablement la sécrétion d'adrénaline qui serait à l'origine de certaines maladies somatiques.

IV.2.6. Deuil et éléments psychotiques :

On peut observer un délire plus ou moins organisé autour du défunt. Les deuils paranoïaques sont mieux individualisés. Ils évoluent en deux temps : d'abord la

mort est rapportée à la malveillance d'autres personnes, puis, au terme de plusieurs années, la mort est niée et le disparu est considéré comme vivant à distance [49]. Le refoulement de l'agressivité peut aboutir à un comportement inexpressif et formaliste évoquant une schizophrénie.

IV.3. Quelques particularités du deuil :

IV.3.1. Deuil familial :

Parfois, le deuil est centré sur un seul membre de la famille : celui qui avait une relation plus proche ou plus dépendante avec le défunt. Dans ce cas, les autres se consacrent aux soins de celui qui est « officiellement » en deuil. Par conséquent, ils n'expriment pas ouvertement leurs émotions, et ne bénéficient pas de l'aide thérapeutique. Ceci est plus marqué, lorsque le porteur du deuil familial développe un deuil pathologique. La mort entraîne irrémédiablement une réorganisation de la cellule familiale. Au-delà de l'échelle familiale, le deuil a bien entendu une dimension sociale. La communauté d'appartenance se trouve priver de l'un de ses membres qui justement contribuait activement, jusque là, à renforcer le sentiment d'appartenance [56].

IV.3.2. Deuil de l'enfant :

Le deuil chez l'enfant dépend de son âge chronologique qui détermine sa notion sur la mort (tableau 2). Le deuil de l'enfant est corrélé à celui de ses parents [30-

38]. Il ne se déroule bien que si celui-ci s'est bien déroulé. L'enfant endeuillé exprime sa souffrance par le langage oral ou écrit mais aussi par d'autres formes d'expression qu'il faut savoir décrypter (cauchemars, peurs, ruminations concernant la mort...). Certains d'une part, s'approprient les attitudes ou les gestes caractéristiques du défunt ; d'autre part, l'enfant s'approprie ses jeux et ses habitudes. Un comportement psychopathique est noté chez de nombreux enfants ayant fait un mauvais deuil.

L'adolescence ou la période oedipienne complique le deuil car l'enfant peut penser que ses projections agressives ont emporté le défunt. De plus, la non fiabilité du parent et une forte relation symbiotique entre le parent et l'enfant rendent difficile le deuil.

Il est important d'entendre l'enfant dans son deuil car, s'il ne l'est pas, il passera à un autre mode d'expression mais cette fois-ci pathologique. Il s'agira de somatisation, de régression, d'inhibition scolaire, de problèmes comportementaux, d'angoisse, de cauchemars, de dépression et de peur des revenants.

Son deuil peut être facilité, si on le laisse participer aux funérailles, contrairement à ce que certains adultes pensent. Cacher le décès d'un proche à un enfant procure plus de tort que de bien. L'enfant peut être triste, sidéré, refusant de jouer, s'isolant complètement un jour et s'ouvrir le lendemain, participant aux activités ludiques qu'on lui propose.

Parfois ces changements émotionnels s'effectuent dans la même journée, ce qui déroute certains adultes qui pensent que l'enfant n'est pas malheureux ou a déjà oublié la personne décédée (ce qui est faux). Cette intermittence est en fait très riche puisqu'elle signifie que l'enfant « reprend le dessus » par moments et il est donc à soutenir.

Tableau 2 : **Evolution de la notion de mort chez l'enfant**

L'âge	Le type de ressenti de ce qu'est la mort
Pour un enfant < à 5 ans	La mort est une absence temporaire réversible.
Entre 5 et 8 ans	Est vivant ce qui bouge, ce qui se nourrit (aspect fonctionnel). Est mort ce qui est insensible, immobile, celui qui ne respire pas.
A 8 ans	La mort est reconnue comme un phénomène irréversible, irrévocable de chaque être vivant.
Entre 10 et 11 ans	L'enfant aborde les phénomènes de décomposition corporelle.

IV.3.3. périnatal :

Lorsque le décès survient à la suite d'un accident de procréation ou dès les premiers instants de la vie du nourrisson, la perte est sujette à moins de sympathie de la part de l'entourage [24-23]. Les endeuillés sont soumis à des réactions d'ignorance et de maladresse de la part de leurs proches. Ce deuil mérite beaucoup plus d'attention et la sage femme à un rôle à jouer. Le deuil à la suite d'une fausse couche peut être plus compliqué si la grossesse avait suscité des hésitations chez l'un des deux partenaires, si les parents affligés étaient entourés d'autres femmes enceintes et si l'entourage ne leur reconnaît pas le statut d'endeuillé.

IV.3.4. Le deuil peu ratifié socialement :

Le deuil lorsqu'il sépare des individus dont la relation était condamnée, sous évaluée ou ignorée, le travail devient plus difficile car le survivant est souvent obligé de taire sa souffrance et ne bénéficie pas de soutien de la part de son entourage [24]. Il s'agit souvent de deuil associé à des situations en marge des règles les plus courantes régissant les rapports sociaux. Parmi ces deuils nous pouvons citer : la perte d'un partenaire d'une relation amoureuse clandestine hétéro ou homosexuelle, la perte d'un collègue de travail, ou celle d'un animal de compagnie.

IV.3.5. Le deuil chez la personne âgée :

Ce deuil est difficile car l'histoire de vie entre l'endeuillé et le défunt est souvent très longue [55]. Contrairement au jeune, refaire sa vie après un décès est très difficile pour un sujet âgé.

V. Traitement :

V.1. Buts :

Le deuil s'inscrit dans l'histoire naturelle de l'être humain, et se déroule le plus souvent sans ambiguïté. Cependant, comme nous le remarquerons dans la suite de ce travail, le deuil est souvent à l'origine d'une demande de soins médicaux lorsqu'il se manifeste sous sa forme pathologique. Lorsque cette demande se pose, il appartient au médecin de réduire la souffrance du malade dans les limites du processus normal de deuil. Pour réduire ces demandes de soins, il est nécessaire d'instaurer un suivi qui démarre à l'annonce et se poursuit tout au long du deuil.

V.2. Moyens :

V.2.1. Curatifs :

V.2.1.1. Médicamenteux :

- Antidépresseurs : Les tricycliques sont moins utilisés à cause de leur effet secondaire de suicide. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sont mieux utilisés du fait de leur meilleur profil toxicologique.
- Les anxiolytiques, les thymorégulateurs, les neuroleptiques, les hypnotiques.

V.2.1.2. Psychothérapeutiques :

- Psychothérapie de soutien : Elle permet à l'endeuillé d'exprimer ses émotions, de revenir sur ses relations avec le défunt. Elle peut être utilisée dans tous les types de deuil.
- Psychothérapie d'inspiration analytique : Elle permet au sujet de prendre conscience des mécanismes inconscients qui ont entravé le déroulement du deuil : agressivité et hostilité vis-à-vis du défunt, réactivation de deuil antérieur... Elle n'est d'emblée utilisée, elle est différée après amélioration de la symptomatologie.
- Thérapies cognitivo-comportementales : La thérapie cognitive identifie les pensées erronées et les modifie. Elle propose, après une évaluation de

l'impact fonctionnel du décès sur la vie du patient, plusieurs interventions : relaxation, désensibilisation, renforcement social.

➤ Psychothérapies de groupe :

- groupe d'entraide : le groupe est fondé sur l'idée que des personnes peuvent s'apporter aide et soutien mutuel, dans la mesure où elles vivent la même expérience.
- psychothérapie de groupe d'inspiration analytique
- psychothérapie de groupe d'inspiration cognitivo-comportementale

V.2.2. Préventifs :

V.2.2.1. L'annonce du décès [3-56] :

Etape capitale pour la poursuite d'un bon processus de deuil, l'annonce exige un savoir faire. A l'hôpital, la mort a cessé d'être un événement naturel, elle est perçue comme un échec. Ce sentiment conjugué à la peur de la réaction des proches, reflète tout le malaise auquel le professionnel de santé est confronté au moment de l'annonce. Pour y arriver voici quelques conseils :

- Saluer
- Isoler la famille
- Se placer en position symétrique avec son interlocuteur, fixer son regard sur lui,
- Se présenter par son nom, faire connaître sa fonction,

- Confirmer l'identité du patient et de la famille concernée,
- Faire un bref rappel des événements en guise de préambule en évitant d'utiliser le jargon médical, puis aller droit au but,
- Eviter les euphémismes, prononcer le mot mort.
- Au début la nouvelle sème généralement la confusion qui peut se manifester sous bien des formes ; par exemple : la personne peut assaillir de question l'annonceur, passer sa colère sur lui ou encore être complètement abattue. Quoiqu'il en soit il faut s'assurer qu'elle vous a compris.
- Reconnaître et accepter les réactions du proche confronté à la perte, légitimer ses émotions et les favoriser.
- Eviter de dire: je sais ce que vous ressentez.
- Le médecin doit l'assurer qu'il est prêt à répondre à ses questions.
- Les inviter à toucher et voir le corps.

V.2.2.2. Suivi du travail de deuil [56-24] :

Il s'agira d'abord d'une bonne explication des étapes du deuil et d'un effort de recherche de facteurs entravant le deuil, comme une enquête policière, un contexte de deuils cumulatifs, une exposition de l'intimité dans les médias. Ensuite, le médecin se tâchera d'encourager les cérémonies et rituels entourant le deuil. De surcroît, il faudra s'assurer que l'entourage est aidant, que la perte

est reconnue, et s'enquérir du contexte social. Finalement on s'interrogera sur les moyens les plus pertinents pour aider les endeuillés et on identifiera les formes de soutien requises et leur disponibilité dans l'environnement.

V.2.2.3. Les débriefings psychologiques:

Bien que son efficacité soit sujet de discussion [41], le debriefing psychologique lorsqu'il est utilisé dans les situations où le deuil et traumatisme sont intriqués, contribue à réduire les syndromes psychotraumatiques [51-5]. La prise en charge des deuils collectifs nécessite à avoir, comme l'a souligné la conclusion des travaux sur le bateau le "Joola" [18-51], une cellule de soutien médico-psychologique permanente, à l'image des CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique) en France.

V.3. Indications :

Les moyens utilisés dépendront, non seulement, de leur disponibilité, du film du décès, du type de deuil pathologique, mais aussi, de l'histoire naturelle de chaque endeuillé.

DEUXIEME PARTIE :

TRAVAIL PERSONNEL

I. Matériaux et méthodes :

Cette étude rétrospective a été réalisée à la clinique psychiatrique du centre hospitalier universitaire national de Fann. Elle a porté sur l'analyse des dossiers d'observation de douze patients qui n'avaient auparavant aucun antécédent personnel psychiatrique. Ces patients ont été sélectionnés parmi ceux qui ont consultés de janvier 2010 à décembre 2011 et chez qui la relation entre le tableau clinique et le vécu d'un deuil est rapportée par les accompagnants et constatée par le médecin. Un entretien complémentaire a été tenu avec ces patients.

Nous avons d'abord cherché à montrer les différentes manifestations du deuil pathologique, ensuite, à identifier les facteurs ayant favorisé sa survenue.

Pour apprécier les résultats, nous nous sommes basés sur les critères diagnostiques de la CIM 10 (10^e classification internationale des maladies mentales). La durée du deuil n'est pas la même dans la CIM 10 et le DSMIV (4^e édition du manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux). Elle est de six mois dans la CIM 10. Cette dernière stipule que le travail de deuil « ne persiste guère au-delà de six mois ». Le DSM IV semble moins catégorique sur la durée du deuil. Car dans le DSM IV, « le diagnostic de trouble dépressif majeur n'est généralement pas posé, à moins que les symptômes soient encore présents deux mois après la perte ». L'imprécision est perceptible dans l'utilisation du mot « généralement ». Ce manque de précision est repris par certains auteurs [27] qui pensent que l'évolution du deuil est « généralement » favorable en moins d'un

an. Cette situation nous a conduit à choisir, dans cette étude, La durée de six mois.

II. Observations et commentaires :

Observation 1 (AN)

AN est une sénégalaise, ménagère, musulmane, âgée de 75ans, première épouse d'un bigame. Elle présente une dynamique familiale perturbée. Elle est mère adoptive d'un garçon et d'une fille. Le garçon lui a été confié par son cousin maternel et la fille par sa cousine paternelle. Selon le frère de AN, le fils adoptif ne remplit pas son rôle de fils envers AN. Le fils adoptif de AN a brillé durant l'hospitalisation, par son absence. Le mariage de AN avec son défunt mari a duré 52 ans. Elle n'a jamais eu d'enfant biologique. Cette absence de fécondité l'a conduite à conseiller à son mari de prendre une deuxième épouse, mais celle-ci aussi n'est jamais tombée enceinte. Le mari n'a donc jamais eu d'enfant. Ainsi, le frère d'AN nous apprend que la responsabilité de l'infécondité du couple d'abord imputée à AN, était ensuite attribuée à son défunt mari. Et dans ses antécédents nous notons une chirurgie de cataracte en 2010.

Le début de ses troubles remonterait à un an et demi avant sa consultation, marqué d'une part par le décès de son frère, et d'autre part par une opération de cataracte six mois après le décès du frère. A la suite de cette intervention chirurgicale AN a présenté des plaintes hypocondriaques, se plaignant de

douleur à l'œil et dans différentes parties du corps. Auparavant, AN parlait moins, souriait rarement et sortait peu, depuis le décès de son frère. Face à cette situation, AN a consulté plusieurs médecins et les examens complémentaires demandés étaient tous normaux. Dans ce contexte est survenue la mort du mari de AN, après trois mois de maladie. Après un mois de deuil AN a été emmenée en consultation. Son frère raconte qu'elle se réveillait très tôt puis ne dormait même plus. Elle disait qu'elle était habité par Satan. Elle se faisait beaucoup de reproches et répétait qu'elle ne méritait pas de vivre, le tout évoluant dans un contexte de refus alimentaire.

Son examen a retrouvé :

- Un syndrome dépressif : humeur dépressive avec culpabilité et indignité «*je ne me suis pas bien occupée de lui. Je veux mourir. Je ne mérite pas de vivre* », un ralentissement moteur important avec une incapacité de se tenir debout, une insomnie totale mal supportée, un désir de mort avec refus alimentaire.
- Un syndrome délirant à mécanisme intuitif, hallucinatoire cénesthésique et sensitif à thème de persécution et de possession « *Satan habite en moi, il me brûle le cœur, le dos et brûlera la chambre* ».

La patiente a reçu en hospitalisation un traitement à doses progressives de 25mg de clomipramine par jour pendant six jours. La clomipramine est diluée dans 250cc de SG5% et 10mg de diazépam. Puis elle a reçu du fluoxétine 40mg/j en per os. Après 15j, l'évolution a été marquée par un tassemement du délire, une

diminution du ralentissement, une reprise de l'alimentation orale et une amélioration de l'humeur. Une psychothérapie de soutien et une sociothérapie sont entamées.

Commentaire (1) : quand la stérilité resserre les liens conjugaux.

Nous avons noté chez AN une souffrance avant le décès de son mari. En effet, la stérilité du couple est mal vue dans la société africaine [35-14], elle est responsable de tristesse intense. La stérilité, si elle est définitive, provoque chez le couple la fin d'un espoir, d'un rêve, le rêve de devenir parents. Il en résulte une modification de l'identité des partenaires et de leur union. Au Sénégal, on se marie, le plus souvent, pour faire des enfants. Cette hypothèse est très probable chez le couple de AN, car AN et son mari se sont surinvestis dans ce sens. Si le projet d'enfant est impossible à réaliser, le but du couple est perturbé ; mais aussi, l'identité de chacun des partenaires, car, en partie, nous nous reconnaissions homme ou femme par notre pouvoir de procréation. Son caractère intime fait que l'affligé ne bénéficie pas de l'aide de l'entourage. L'infertilité est source de conflits conjugaux [48] voire de divorce, mais elle a resserré ici les liens du couple par un attachement mutuel fort témoigné par tout l'entourage. La stérilité est responsable d'une souffrance narcissique. Comme solution à cette souffrance, AN semblerait trouver un appui sur son mari. Ainsi, la présence physique de ce dernier l'a aidait à supporter sa blessure narcissique. AN nous a semblé perdre non seulement un mari, mais aussi, un objet d'appui qui faisait figure de solution à sa souffrance narcissique.

L'adoption d'enfants illustre tout son désir d'en avoir. Cependant, son fils adoptif a trahi ses fantasmes de mère. Sur cette personnalité déjà éprouvée par la stérilité et la trahison des fantasmes de mère, sont survenus le décès de son frère et une chirurgie de cataracte qui ont d'avantage affecté AN. Cette série d'événements stressants, comme dans la maladie organique, condense les investissements du sujet sur son moi [46]; et serait à l'origine des plaintes hypocondriaques et du changement de caractère.

Ce cas soulève aussi la problématique du deuil de la personne âgée. Le couple a cheminé pendant 52ans et on devine le degré d'attachement des partenaires. Après le décès il est difficile pour le survivant âgé de réinvestir d'autres objets [55] d'autant plus que contrairement au jeune refaire une vie lui est presque impossible.

La principale discussion diagnostique a été faite entre le travail normal de deuil et la mélancolie délirante (F43.4 DSMIV ; F32.3 CIM10). Cette dernière est retenue sur la base du ralentissement moteur important, le refus catégorique de s'alimenter et surtout sur le syndrome délirant qui n'a aucun rapport avec le défunt.

Observation (2) HB :

Il s'agit d'une jeune primigeste âgée de 19 ans, ménagère, mariée sous la demande parentale à un homme monogame qu'elle n'a pas aimé. HB disait :

- je n'ai pas choisi mon mari, c'est ma mère qui m'a poussé dans ce mariage. Je n'étais jamais sortie, auparavant, avec cet homme.*

Elle entretient des relations tendues avec sa belle mère avec qui elle vit. HB déclare n'avoir point été soutenue par sa belle mère lors de la perte d'un de ses jumeaux à la naissance et qu'aucune cérémonie mortuaire n'a été faite. Elle déclare :

- Ma belle mère me lance souvent des mots mal sains, de plus, elle ne fait rien pour m'aider dans les travaux domestiques ; même quand j'étais enceinte, j'étais obligée de tout faire seule.*

Les rares personnes qui lui rendaient visite lui disaient de remercier Dieu de lui avoir laissé un de ses bébés. HB habite chez son mari, dans une grande maison avec ses beaux parents, à 100km de Dakar. Deux jours avant la consultation, elle a été amenée à Dakar, chez sa mère, par son mari. La consultation psychiatrique est faite un mois après son accouchement. Elle a été amenée et soutenue par sa mère et une amie, pour pleurs incessants, insomnie, impossibilité de marcher, refus de s'alimenter.

Les troubles font suite à la perte de son bébé. Son amie qui l'a accompagnée déclare être surtout inquiétée par le ralentissement moteur et son refus de s'alimenter.

L'examen psychiatrique a retrouvé un syndrome dépressif marqué par : une humeur dépressive avec une tristesse, une dévalorisation «*je suis incapable d'entretenir les bébés, je risque de perdre l'autre* », un ralentissement moteur important.

Elle a bénéficié d'un traitement à base de : Amitriptyline 25mg 1cp/j le soir. L'évolution était, d'abord, marquée par un rétablissement du sommeil, puis, une reprise de l'alimentation et de la mobilité, ensuite, vers le vingtième jour par une amélioration de l'humeur.

Commentaire (2) : Deuil périnatal.

Chez HB nous retrouvons une grande peine, car elle est obligée de supporter une belle mère qui ne l'aimerait pas, mais aussi d'honorer la parole parentale en s'acquittant de ses devoirs de femme envers un mari qu'elle n'aime pas. Son deuil n'a pas été reconnu à sa juste valeur et elle a été victime de la maladresse des proches qui lui demandaient de remercier Dieu. Ces derniers ont en effet minimisé sa perte. L'enfant est une preuve de fécondité, une marque de valeur pour la femme. L'amour que voue une mère à son fils ne souffre daucun doute.

Sa perte met à l'épreuve le narcissisme de la mère, donc entraîne une souffrance. La périnatalité est une période de fragilité, reconnue et bien décrite, propices aux troubles psychopathologiques [27-23]. Elle requiert l'attention et le soutien de tout l'entourage de la parturiente. Chez HB on pourrait croire au déficit de cette aide à cause de ses relations tendues avec sa belle mère. La survenue d'un deuil dans le post-partum, ne fait qu'augmenter les nombreux remaniements

physiques, psychologiques et sociaux auxquels la parturiente devrait faire face. Tout au long de la grossesse [23-46], le corps de la femme se transforme progressivement, il est le siège de sécrétions biologiques. Au moment de l'accouchement, la transformation corporelle est rapide. L'image de soi change en quelques heures. De plus, la femme en devenant mère change de statut générationnel et devient investie d'obligations maternelles. HB semble se préoccuper de cette nouvelle tache et sa belle mère est loin de l'aider dans cette fonction.

Le deuil dépressif majeur (F43.2 CIM10 ; Z63.4 DSMIV) est retenu sur la base du syndrome dépressif et du ralentissement moteur important. Ceci n'a pas été sans difficulté car le deuil dépressif soulève un problème de diagnostic avec la dépression puerpérale.

Observation (3) MAB :

MAB est un jeune métis de 16 ans libano-sénégalais, quatrième d'une fratrie utérine de cinq enfants dont deux garçons et trois filles. Il est élève en troisième secondaire, sans antécédent pathologique particulier. Sa dynamique familiale est perturbée. Sa mère, trois mois après le décès de son mari, avait arrêté de travailler comme caissière. En effet, la mère de MAB était très affligée par ce décès et accumulait les absences. Actuellement, elle est commerçante. La mère de MAB nous disait :

- après le décès de mon mari, je ne pouvais plus m'acquitter de mes obligations horaires, dans mon lieu de travail ; ainsi, pendant trois mois, j'ai accumulé des absences. Voilà pourquoi, mon employeur s'était séparé de moi.*

MAB a été emmené par sa mère et sa grande sœur pour un fléchissement scolaire, une insomnie et un trouble du comportement.

Les troubles de MAB font suite au décès de son père survenu en décembre 2006. Le père est resté un an alité et serait mort d'un cancer, connu de MAB qui ne manquait pas de demander si cette pathologie était curable. La mère tentait de lui expliquer sans le convaincre que son père pouvait s'en sortir. En classe, il n'arrivait plus à se concentrer, présentait des moments d'absence et ne saisissait même pas la question du professeur lorsqu'il était interrogé. A ces moments, il se demandait où pouvait se trouver son père au paradis ou en enfer. Ainsi, ses résultats scolaires baissaient, ses professeurs le qualifiaient de paresseux et des

conflits avec eux apparaissaient. Il lui arrivait dans le bus de confondre un homme à son père bien qu'il soit convaincu que son père est mort. Sa sœur dit que MAB était devenu irritable et s'énervait vite. MAB disait :

- *il m'arrivait souvent, deux ans après le décès, de me réveiller au milieu de la nuit et de pleurer jusqu'au petit matin. Je me demandais, pourquoi mon père ne voulait-il pas que je reste à ses cotés. Mon père était autoritaire, ceci faisait, parfois, qu'on ne s'entendait pas, mais, je l'aimais bien.*

En 2010 quatre ans après le décès, il échoue au BFEM (brevet de fin d'études moyennes). Devant l'irritabilité, les conflits avec le corps professoral et surtout cet échec, les parents décident de l'amener à la consultation externe psychiatrique de Fann. Sa mère déclare que la consultation a tardé car elle était moins attentive envers son enfant à cause de son commerce.

Son examen psychiatrique a retrouvé :

- Un syndrome dépressif : humeur dépressive (tristesse, irritabilité) ; remords : il se demande pourquoi n'avait-il pas passé plus de temps aux cotés de son père, car à chaque fois qu'il le voulait ce dernier l'en empêchait, « *il ne voulait pas que je le vois souffrir* » disait-il. Un ralentissement psychomoteur : asthénie, fléchissement scolaire, hypoprosexie, paroles lentes. Une insomnie matinale.

- Des illusions visuelles.

Traitements : Fluoxétine comprimé 40mg /j le matin ; Hydroxysine comprimé 25mg le soir ; psychothérapie de soutien.

Une bonne évolution a été enregistrée après 20 jours.

Commentaire 3 (MAB) : *le deuil de l'adolescent lors du décès du père.*

Le décès n'était pas brutal, mais attendu. Cette situation a fait naître chez MAB un sentiment de culpabilité. En effet, il regrette de n'avoir pas passé plus de temps à côté de son père malade. Le deuil de sa mère a été difficile, ceci n'a pas facilité celui de MAB [31-38] et a contribué au retard de la demande de soin.

L'échec au BFEM a été le signal fort qui a attiré l'attention parentale. Ceci, serait dû à l'intérêt que les parents portent sur l'éducation, synonyme d'un rêve, d'une réussite sociale [3]. Le deuil survient dans une période de forte transformation psychopathologique. En effet, l'enfant entre, à la fin de la période de latence, dans une crise d'adolescence. Durant cette crise [46], grâce à la découverte de la sexualité adulte, l'adolescent a une autre vision du monde.

Ses idoles, en l'occurrence le père, sont mises à l'épreuve, traquées dans les signes de leurs secrets ; comme pour vérifier qu'elles sont dignes de l'investissement qu'on leur porte. De plus, on note une réactivation du complexe œdipien. Ainsi, le père est l'objet d'agressions de la part de l'adolescent. Voici, peut-être, pourquoi, la mort du père durant cette période, entraîne une forte culpabilité chez l'adolescent. La réaction de ses éducateurs ne l'a pas vraiment

aidé. Tous les signes présentés par MAB se retrouvent dans le travail de deuil normal, leur caractère pathologique réside dans leur prolongement (04ans) et dans l'altération profonde du fonctionnement. Les troubles caractériels survenant à l'adolescence peuvent être à l'origine de conflits avec l'autorité (les professeurs, les parents) et du fléchissement scolaire mais ici les réminiscences, les remords, les illusions et les troubles du sommeil ont été les principaux éléments différentiels. Ainsi le deuil dépressif majeur (F43.2 CIM10 ; Z63.4 DSMIV) est retenu.

Observation 4 (C.R)

C.R est une divorcée de 29 ans, ménagère, domiciliée à la cité Fadia (Dakar). Sa grande sœur est suivie dans notre service pour des troubles psychopathologique non précisés. C.R est la troisième d'une fratrie utérine de quatre. Ses parents avaient divorcé après la naissance de leurs deux premiers enfants ; puis cinq ans après, ils se sont remariés. C'est à la suite de ce second mariage que C.R et sa petite sœur sont nées. A son huitième anniversaire son père est décédé. Elle nous disait :

- *J'étais ami à mon père, la nuit, il me couvrait toujours avec le même pagne...*

A 13 ans, elle a été donnée en mariage à un cousin paternel. C'était son oncle paternel A.M, parent aussi à son mari, qui avait scellé le mariage. C.R était très proche de son oncle ; elle nous a dit :

- *Je l'ai toujours considéré comme mon père...*

C.R connaissait son cousin mais ne partageait pas de sentiments amoureux avec lui ; c'est par la suite qu'ils se sont aimés, au cours de leur mariage. Leur union a duré treize ans. Le couple vivait à Touba avec un ami à son mari. La mère de son mari, domiciliée à Kaolack, venait souvent leur rendre visite. C.R partageait avec elle de très bonnes relations. Son mari était commerçant. Mais il s'était émigré en Espagne, quatre ans après le mariage. Son premier voyage a duré

quatre ans avant son premier retour. De cette union, sont nés deux enfants, une petite fille et un garçon. Ce compagnonnage a pris fin après que son mari, depuis l'Espagne, ait appelé pour lui faire part de sa décision de divorcer. C.R accuse ses belles sœurs mais aussi l'ami de son mari d'avoir user de pratiques mystiques pour la séparer de son mari. Par suite de ce divorce, elle rentra à Dakar et raconta toute l'histoire à son oncle A.M. Ce dernier l'assura et promit de ne plus demander la main d'une autre fille pour son ex-mari. A sa grande surprise, un mois avant le décès de sa belle mère, C.R apprend que son ex-mari s'est remarié , et plus étonnant, c'était son oncle A.M qui était le porteur de voix auprès de la nouvelle belle famille de son ex-mari.

C.R a été emmenée en consultation, en urgence pour :

- Agitation psychomotrice
- Céphalées
- Propos incompréhensibles

Le début de ses troubles remonterait à 24 heures avant sa consultation marqué par le décès de son ex-belle mère. Cette dernière était son ami. C.R disait :

- *Elle m'aimait beaucoup, elle n'a jamais souhaité mon divorce ; elle disait toujours que j'aimais mon mari, car j'ai accepté d'être avec lui avant sa réussite sociale....*

Le jour du décès, elle s'était rendue aux funérailles. A cette occasion, elle rencontra son oncle A.M, ce qui attisa son amertume. Ainsi, ne pouvant plus se retenir, elle traita de tous les noms son oncle. De retour à la maison, C.R se plaignait de céphalées intenses et d'insomnies. Le lendemain, elle parlait beaucoup et à haute voix. Les propos étaient incompréhensibles ; elle disait :

- *Il faut que je retourne vivre avec mon mari pour guérir. Je suis Mame Diarra Boussou (Mère du fondateur du mouridisme : Cheikh Ahmadou Bamba). Je suis là pour apporter la lumière aux mourides.*

Devant ce tableau, elle est amenée en consultation pour une PEC. Son examen a retrouvé :

- Un syndrome délirant à mécanisme hallucinatoire (visuel, auditif) et intuitif à thème mystico-religieux et persécutions, mal systématisé avec adhésion et réaction : « *Mon mari m'a trahi et m'a mit avec des hommes que je ne connais pas...J'ai vu Cheikh Ahmadou Bamba et il m'a dit : c'est moi qui t'ai donné ton ex-mari et je te donnerai un autre meilleur que lui... ».*
- Une logorrhée, une incohérence.

Devant cette symptomatologie, elle bénéficie d'un traitement ambulatoire fait :

- *d'Halopéridol gttes 2 %, 20 gttes matin et 30 gttes soir.*
- *Alimémazine 2 cuillères le soir.*

Quatre jours plus tard, elle a été à nouveau reçue pour le même tableau ; ainsi elle a bénéficié en urgence d'un traitement injectable (*Halopéridol 5mg + Diazépam 10mg* en im), puis d'une ordonnance à base d'*Halopéridol 2%, 30gttes* matin et *30gttes* soir. Quarante jours plus tard, elle est revenue au rendez-vous et son examen avait révélé un comportement et un état psychique basal correct. Par conséquent, sa dose d'*Halopéridol* fut réduite et une psychothérapie de soutien est entamée.

Commentaire 4 (C.R)

C.R a été très tôt, à son huitième anniversaire, victime de deuil. A cet âge [28], la notion de mort est assez bien claire chez l'enfant (Tableau 2). Ainsi, elle a perdu une figure d'attachement paternel et semble avoir retrouvé en la personne de son oncle une nouvelle figure paternelle. C.R a aussi investi beaucoup d'affections dans sa relation avec son mari. Cet investissement est perçu dans son délire. Mais ses deux figures d'attachements, à savoir : son mari et son oncle A.M, n'ont pas répondu à ses attentes. Ce qui serait à l'origine de déceptions et de blessures narcissiques profondes. C.R a aussi été donnée en mariage pendant qu'elle était encore enfant. Ceci pourrait accélérer son développement

psychomoteur et aboutir à sa fragilité. En effet, l'enfant est très tôt, appelé à se comporter comme un adulte alors qu'il n'y est pas exactement préparé. Pierre Bourdieu avait décrit l'hyper maturation chez des enfants de parents psychotiques [46].

De plus, ses antécédents familiaux psychiatriques augmenteraient sa probabilité de développer des troubles psychiques [7-9]. Ici, le deuil a emporté une des rares personnes qui était jusque là digne de confiance ; le deuil semble réveiller par association une problématique non encore subjectivée, à savoir le divorce. Cet événement longtemps refoulé, à cause de tout le déplaisir qu'il draine, a resurgi dans son délire. Cette observation confirme la théorie économique de Freud ; car la somme des excitations désagréables, a provoqué des troubles psychopathologiques chez C.R. Ainsi toutes les énergies d'investissements refoulées se sont à nouveau manifestées. La bouffée délirante a été évoquée et retenue, d'abord sur la base du délire, à prévalence hallucinatoire ; ensuite, sur la rapidité de son installation et enfin, sur son évolution, rapidement, favorable et sans lendemain.

Observation 5 (P.N)

PN est âgé de 25 ans, de religion chrétienne, étudiant en Master 2 en Gestion des Ressources Humaines et domicilié à Dakar. PN est né en 1988, d'un couple marié et monogame. Il est l'ainé d'une fratrie utérine de trois dont une fille. Son éducation a été assurée par ses deux parents jusqu'à son quatrième anniversaire, avant que ses parents ne divorcent. Ainsi, il est parti avec son frère et sa mère vivre à Joal Fadiouth (Mbour). En 1997, sa mère s'est remariée avec un médecin mauritanien, fonctionnaire de l'OMS (organisation mondiale de la santé). De cette union, est née une fille. En raison du travail de son nouveau époux, PN et sa mère avaient quitté Joal et voyagé dans plusieurs pays : Maroc, Tunisie, Tchad... En 2002, alors que PN avait 14 ans, sa famille est revenue vivre à Dakar.

PN fait, alors, la connaissance d'une jeune fille répondant au nom de Fatou ; ils se sont noués d'amitié. Ils restèrent amis pendant six ans avant que leur amitié ne se transforme en une relation amoureuse en 2008. En 2012, Fatou est tombée enceinte. Ainsi, elle exprima à PN son désir d'interrompre la grossesse car sa maman n'accepterait jamais cette grossesse en raison de leur différence de religion. Mais son amant lui opposa un refus catégorique. Cependant, Fatou n'avait pas abdiqué dans son projet d'avortement ; ceci avait irrité PN qui avait fini par couper tout contact avec sa copine. En effet, il est allé jusqu'à changer de numéro, car Fatou n'arrêtait pas de l'appeler. Se sentant incompris par son

amant, Fatou sera aidée par son frère à mettre fin à sa grossesse âgée d'un mois, en Gambie. De retour à Dakar, elle maigrissait progressivement. P.N nous disait :

- *elle n'arrêtait pas de maigrir, j'avais honte de moi et pitié d'elle. J'ai ainsi tenté de la joindre mais elle ne répondait pas à mes appels.*

Par la suite le 12 Mai 2012, Fatou avait fini par se suicider en buvant des comprimés et après avoir passé 24 heures à la réanimation.

- *C'était une amie qui m'avait informé. J'étais très touché et le lendemain on m'a fait partir à Mbour. Car les débats allaient bon train dans le quartier et ceci était d'autant plus rocambolesque que la famille de la victime avait tenté de masquer la vérité en parlant de mort naturelle par une crise cardiaque ; alors que certains connaissaient la vérité. Tout le monde parlait de mon implication dans ce décès....*

En Outre, le père de P.N était décédé deux ans auparavant. P.N n'allait presque jamais rendre visite à son père et le décès de ce dernier ne l'avait pas affecté autant que celui de sa copine. P.N disait :

- *Mes frères et sœurs n'avaient pas compris, ils me disaient que j'étais malhonnête car mon père est mort et je n'avais pas pleuré autant que je le faisais avec le décès de ma copine....*

P.N a été ainsi emmené par sa mère pour :

- Refus de manger
- Pleurs incessants
- Comportements bizarres
- Insomnie

Le début des troubles remonterait à un mois avant la consultation et faisait suite au décès de sa copine. Il passait toute la journée dans sa chambre à pleurer. Lorsqu'il sortait, c'était pour s'assoir à la devanture de son portail ; parfois il appelait des passantes par le nom de sa défunte copine et allait même jusqu'à les intercepter pour les regarder de près. De plus, il se réveillait en pleine nuit, s'asseyait au bord de son lit, les larmes ruisselant sur ses joues, il pleurait. Il refusait toute nourriture. Devant ce tableau, P.N est amené par sa mère pour une prise en charge.

Son examen a retrouvé :

- **Un syndrome dépressif :**
 - Humeur dépressive ; tristesse intense, pleurs incessants, anhédonie, désir de mort avec équivalent suicidaire (refus de manger), culpabilité, remémoration permanente du passé.
 - Ralentissement psychomoteur ; parole lente monocorde, mouvement lents, monoïdésisme.
 - Troubles instinctuels ; insomnie matinale, cauchemars.

Je rêvais tous les jours. Dans ce rêve, il m'était toujours assigné une mission de sauvetage. Je devais sauver ma copine d'un danger mais j'échouais toujours...

– **Des hallucinations auditives :**

J'entendais la voix de ma copine qui me demandait de la sauver...

– **Des illusions visuelles :**

Il m'arrivait de confondre une fille avec ma copine...

Ainsi, il a bénéficié, pendant un an, d'une psychothérapie et d'une chimiothérapie à bas d'IRS. L'évolution a été favorable après six mois de suivi.

Commentaire 5 (P.N)

Le divorce de ses parents est survenu à une période où le complexe oedipien était en crise. En ce moment, l'enfant développe une agressivité vis-à-vis de son parent de même sexe. Donc la mort de ce dernier pourrait signifier, pour l'enfant, la concrétisation de ses pulsions agressives [46]. Ce qui compliquerait la séparation et rendrait difficile la poursuite de son développement psychoaffectif.

P.N ne partageait pas la décision de sa copine et l'avait abandonné en coupant tout contact avec elle. Mais cette attitude, combinée au vécu difficile de sa copine (illustré par son amaigrissement) a fait naître chez lui un sentiment de culpabilité. De ce fait, PN tentait, à travers ses appels, de renouer le contact avec

sa copine mais sans succès. Son désir de rachat non accompli dans la réalité se manifestait à travers ses rêves et hallucinations.

Il s'y ajoute qu'un contentieux avec le défunt compliquerait le deuil [56-24] chez le suivant. Le couple avait cheminé pendant douze ans dont quatre ans de vie amoureuse ; on devine ainsi tout l'attachement qui les liait. Le partenaire amoureux représente après un certain temps de relation la principale figure d'attachement [26]. Par conséquent, on devine toutes les blessures narcissiques qu'entraînerait la perte d'un membre. De plus, l'ambivalence des sentiments de PN vis-à-vis de la défunte, suscitée ici par le refus de garder la grossesse, compliquerait le deuil [5].

En outre, le suicide entraîne non seulement une perte mais aussi un traumatisme chez le suivant [30-13]. Le suicide a été aussi l'objet de commentaire ; surtout que la famille endeuillée a essayé de dissimuler les faits. Ces commentaires culpabiliseraient d'avantage PN. Ceci a participé à rendre difficile le travail de deuil [24].

Aussi, nous notons que PN a été emmené, manu militari, dans le département de Mbour à 70km de Dakar, après le décès. Par conséquent, il n'a pas participé d'une part aux cérémonies funéraires et d'autre part, il n'a pas bénéficié du soutien de son entourage : en effet, il a été victime de la maladresse de ses proches qui faisaient une comparaison entre son deuil actuel et celui de son père.

Les proches n'ont pas trouvé légitime son malheur.

Chez P.N tous les signes trouvés font partie du travail normal de deuil ; mais leur caractère pathologique réside dans leur intensité et l'handicap dans les fonctionnements quotidiens (anhédonie, refus de s'alimenter) qu'ils génèrent. Donc la dépression réactionnelle à un deuil est retenue.

Observation 6 (B.F)

Nous vous présentons B.F, âgé de 59 ans, domicilié à Dakar, opérateur économique, tabagique et consommateur d'alcool. Dans ses antécédents médicaux chirurgicaux nous notons : une ablation d'un myome du visage en 2012. Par contre, B.F ne présentait aucun antécédent psychiatrique. B.F était polygame ; son premier mariage s'était déroulé en 1979 et le second en 1995. Sa première épouse est mère de cinq enfants dont une fille, tous vivants biens portants. En février 1999, elle a succombé d'un cancer décelé 04ans auparavant.

B.F nous disait :

- *Ce deuil ne m'avait pas trop touché, par ce que ma femme souffrait et je savais qu'elle était condamnée à mourir...Elle était exemplaire.*

B.F est né le 10 octobre 1954, d'une grossesse et d'un accouchement qui se sont bien déroulés ; il est le septième d'une fratrie utérine de treize. Il a été éduqué par ses deux parents et a été très proche de sa mère. En effet, B.F nous racontait :

- *J'aimais beaucoup ma mère ; on n'habitait pas ensemble. Mais tous les jours, avant de rejoindre mon lieu de travail, je passais chez elle la saluer. A ma descente, je faisais de même. Ma mère était m'a conseillère et mon bailleur de fond. En effet, elle me prêtait de l'argent quand j'en avais besoin pour mon entreprise...*

Par conséquent, le décès de sa mère survenu en novembre 2009, soit dix ans après le décès de son épouse, l'avait beaucoup affecté. B.F disait :

- *J'étais perdu, je ne savais pas où j'étais ; je continuais à me rendre chez elle tous les jours comme avant. Je regardais le fauteuil où elle s'asseyait. Je m'énervais pour un rien ; j'ai failli me battre dans la rue... A ce moment, j'ai commencé à boire en excès de l'alcool ; je fréquentais régulièrement les bars et je ne m'en rendais pas compte. J'avais aussi des difficultés financières.*

Sa deuxième épouse est mère de quatre enfants : deux filles et deux garçons, dont une fille décédée en mars 2012. Sa fille est morte alors qu'elle avait trois ans. Ce décès était survenu pendant que B.F était hospitalisé pour son opération de myome. Raison pour laquelle, BF n'a été mis au courant du décès que 13 jours après. Car ses proches avaient préféré lui cacher la vérité pour ne pas le déstabiliser d'avantage. B.F nous disait :

- *C'est à ma sortie de l'hôpital qu'on m'a annoncé le décès de ma fille. Elle était adorable et très proche de moi... Ce décès était la goutte d'eau qui a fait déborder le vase...*

B.F a été emmené en consultation par les sapeurs pompiers, accompagné de son fils et de sa femme pour :

- Agressivité physique et verbale.

- Abus d'alcool.

Le début de ses troubles actuels remonterait au mois de mars 2012, marqué par une agressivité. B.F était devenu insolent ; il proférait des mots caustiques à l'endroit de son entourage à la moindre contrariété. Il claquait les portes et tapait sur les tables. De plus, il dépensait son argent sans compter. B.F avait donné un million à ses enfants pour faire la fête. Il était devenu bavard, racontait ses affaires et sa vie privée à tout le monde.

En outre, sa consommation d'alcool qui était excessive depuis le décès de sa mère, s'était amplifiée. Ses sorties dans les bars étaient multiples et il revenait souvent ivre. B.F s'énervait pour un rien. Il s'en était pris à un chauffeur, en pleine circulation, qui ne lui aurait pas cédé le passage. Devant ce tableau, B.F a été emmené pour une prise en charge. Son examen à l'entrée à retrouver :

- 1) Une haleine éthylique
- 2) Syndrome maniaque :
 - Humeur versatile, tantôt triste, tantôt exaltée avec prodigalité, des chants, des danses ;
 - *J'ai donné un terrain à un ami, car il a travaillé des années et n'avait pas une maison...*
 - Troubles psychomoteurs : va et vient, parle haut et fort, logorrhée, voix enrouée.
 - Troubles instinctuels : insomnie totale bien supportée.

Devant cette symptomatologie un traitement sédatif par voie parentérale est instauré pendant deux jours.

- *Chlorpromazine 25mg*, matin et soir.
- *Diazépam 10mg*, matin et soir.

Son évolution à été marquée à la quarante-huitième heure par un tassement de l'agitation, par contre, l'humeur maniaque persistait. Ainsi, il a bénéficié d'un traitement à base de :

- *Carbamazépine 400 lp cp*, matin et soir.
- *Chlorpromazine 100 cp*, matin et soir.

A la suite de ce réajustement, son évolution a été bonne avec une normalisation de l'humeur après seize jours de traitement qui a été renforcé, par la suite, d'une psychothérapie.

Commentaire 6 (B.F)

B.F a vécu vingt ans de mariage avec sa défunte femme. Il a souhaité la mort de sa femme pour la délivrer de quatre ans de souffrance, dont l'issue était inévitablement fatale. Donc, il voulait moins perdre sa femme que de l'épargner de la souffrance. C'est pourquoi le désir de mort cacherait tout l'amour que B.F éprouvait pour sa défunte femme mais aussi son impuissance face au cancer. Ainsi, B.F serait victime d'une angoisse de perte. Il a été aussi victime, auparavant de stress continu dû aux quatre ans de maladie de sa femme.

B.F a gardé une relation fusionnelle avec sa mère ; il était en effet, très attaché à elle. Cet attachement est symbolisé par les visites ritualisées auprès de sa mère. Cette dernière était aussi une conseillère et une aide précieuse pour l'entreprise de B.F. De ce fait, B.F était dépendant financièrement et psychologiquement à sa mère. C'est pourquoi, sa perte a été difficile à supporter. De plus, il semble fuir la réalité à travers sa consommation abusive d'alcool.

Ainsi, sur cette personnalité, déjà fragilisée, était survenu un nouveau deuil : la mort de sa fille. C'était *la perte de trop* pour reprendre les termes de B.F. En effet, B.F qui n'avait pas terminé de faire le deuil de sa mère, s'est vu confronté, dans des circonstances particulières, au deuil de sa fille.

En effet, au cours de la maladie, le moi retire son investissement objectal sur son sujet propre [46]. A ce moment, le sujet pense qu'à lui, donc à sa guérison. Ainsi, la mort de sa fille dans cette période pourrait renforcer le sentiment de culpabilité déjà présent dans le deuil. Ceci est d'autant plus probable que B.F, à cause de son opération, a appris tardivement le décès de sa fille. En effet, ses devoirs de père ont été remis en cause, car ses proches l'ont jugé incapable de faire face à la réalité à un instant précis.

Dans cette observation, l'accès maniaque et l'ivresse alcoolique ont été discuté. Cependant, le premier cité a été retenu sur la base de la durée des troubles et de l'évolution favorable sous psychothérapie et thymorégulateur.

Observation 7 (M.B)

MB est une femme de 43ans, mère de deux enfants, domiciliée dans un quartier populaire de Dakar. Elle est coiffeuse émigrée en Suisse. Dans ses antécédents personnels psychiatriques, nous notons trois hospitalisations en Suisse, de 2004 à 2008. La première était survenue, trois jours, après le décès de sa mère et avait duré dix jours avec un traitement non précisé. MB nous a dit :

- C'était à cause du décès de ma mère. J'étais traumatisée, j'avais essayé de le surmonter mais en vain. J'entendais les voix des ancêtres qui me demandaient de prier pour le repos de l'âme de ma mère.*

La seconde est survenue dans un contexte d'agitation, un mois après la première : elle avait pris le bus sans payer le ticket de transport. Démasquée, elle était conduite manu militari au commissariat de police, en suisse. Là, elle s'était mise à évoquer le décès de sa mère et à crier à haute voix ; ainsi, elle fut hospitalisée durant vingt jours. La troisième était survenue en 2008 avant son retour à Dakar et avait duré trente jours. Par ailleurs, signalons que MB reprenait normalement ses activités entre les hospitalisations et que quand elle revenait, en aout 2008, elle se portait, apparemment, bien.

Elle est née le 30 septembre 1968 à Dakar ; elle est la sixième d'une fratrie utérine de sept dont l'ainé est décédé en 2005. Elle est issue d'une famille polygame à quatre épouses dont sa mère est la dernière. Elle a été éduquée par

ses deux parents. MB a arrêté sa scolarité en troisième secondaire suite à son échec au brevet de fin d'études moyennes. Ensuite, elle s'était inscrite dans un centre de formation professionnelle qu'elle sera obligée de quitter après le décès de son père en 1985 ; car c'était ce dernier qui payait sa scolarité.

- *Le décès de mon père m'avait affecté mais j'ai pu surmonter ce deuil grâce au soutien de ma mère.*

De ce fait, elle s'est orientée vers la coiffure et arrivait à gagner sa vie avec ce métier. Cependant, après le décès de son père, beaucoup d'interdits familiaux étaient transgressés. Ainsi, elle fréquentait, souvent, les boîtes de nuit et à son 19^e anniversaire, elle est tombée enceinte en dehors du mariage.

- *C'était difficile, j'avais honte. Les voisins parlaient de moi quand je passais, heureusement que ma mère m'avait soutenue.*

A 30ans, elle avait décroché un poste de caissière dans une boîte de nuit. Ceci, avait favorisé sa rencontre avec un suisse. Ils se marièrent puis partirent en Suisse. Une fois en Occident, MB nous raconte que son bonheur s'était transformé en calvaire. Son copain était devenu jaloux et allait jusqu'à l'enfermer. Par conséquent, elle s'était enfuie à Fribourg où elle avait réussi à travailler. Ainsi, elle parvint à construire une maison pour sa mère et à envoyer, régulièrement, de l'argent.

En 2004, sa vie bascula, lorsqu'elle apprit le décès de sa mère.

- *J'ai vécu péniblement le décès de ma mère, ma mère m'a aidé, elle m'a tout donné, elle m'a appris à me défendre. Son décès m'a traumatisé à tel point qu'on m'a interné en psychiatrie. J'avais envie d'assister aux funérailles, mais, je n'avais pas les papiers nécessaires...J'étais très bien avec ma mère, elle était ma confidente.*

Une année après ce décès, sa grande sœur mourut, MB était choquée : « *je ne pouvais plus supporter* ». Au cours de cette année 2005, son visa était expiré. Elle a été, ensuite, victime de tracasseries policières. Elle rentra à Dakar en aout 2008. Elle nous raconta qu'elle était déçue à son retour, car ses efforts, dont la maison construite au nom de sa mère, n'étaient pas reconnus.

MB a été emmenée par sa fille et son cousin le 16/11/2011 pour :

- Insomnie
- Irritabilité

Le début de l'épisode actuel remonterait à un mois environ avant sa consultation, marqué par une insomnie totale bien supportée. De plus, elle était devenue irritable. Elle s'énervait à la moindre contrariété. MB se lavait rarement, ses habits étaient sales et sa chambre désordonnée. En outre, sa sœur nous a raconté qu'elle l'a surprise, à plusieurs reprises, entrain de pleurer ; et lorsqu'elle lui demandait pourquoi : elle répondait « *rien* ». Devant ce tableau,

sa famille consulte un marabout et face à l'absence d'amélioration, elle s'oriente en service de psychiatrie pour une meilleure prise en charge.

Son examen avait retrouvé :

1) Un syndrome maniaque :

- Humeur versatile : tantôt gaie avec hyper familiarité, tantôt triste, une irritabilité, des pleurs spontanés.
- Troubles psychomoteurs : logorrhée, va et vient, coq à l'âne, elle parlait tantôt du décès de sa mère, tantôt des gens qui se moquaient d'elle à cause de ses problèmes de papiers.
- Une insomnie totale bien supportée.

2) Un syndrome délirant à mécanisme hallucinatoire et interprétatif, à thème de persécution et de référence, mal systématisé, sans adhésion forte ni réaction.

De ce fait, MB a bénéficié d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement médicamenteux oral composé de : halopéridol gouttes 2 pour 1000 (30gtnes matin et soir), carbamazépine Lp 400 (1cp matin et soir). L'évolution a été marquée d'abord, par le rétablissement du sommeil, ensuite, par la disparition du délire et enfin, par la correction de l'humeur à la 3^e semaine.

Commentaire 7 (M.B) :

MB avait fait face à des situations difficiles avant son émigration. En effet, elle avait, d'une part, échoué à son examen et d'autre part, elle a été victime du

décès de son père. Ce dernier semblait lui être d'un grand soutien financier, d'autant plus que, son décès a, directement, eu comme conséquence un arrêt de la formation de MB. Cette dépendance financière pourrait entraîner un deuil plus difficile [56-24]. De plus, MB était tombée enceinte alors que, la grossesse hors mariage est sévèrement condamnée dans la société sénégalaise. Elle est à l'origine de critique de la part des proches donc de blessure narcissique.

Sa mère l'avait, beaucoup, soutenu et ceci a, certainement, renforcé leurs liens. En effet, sa mère lui apportait soutien et réconfort dans ses moments difficiles. Ainsi, MB semblait trouver en la personne de sa mère sa figure d'attachement principale. En cas de stress, le système d'attachement s'active et le sujet recherche une sécurité en sa figure d'attachement [26]. De ce fait, la perte de sa mère a annulé son havre de sécurité. Il s'y ajoute que les autres figures d'attachement, surtout le partenaire amoureux, qui auraient du prendre le relais de la mère à l'âge adulte, semblent l'avoir déçue. En outre, son père était déjà décédé et sa grande sœur était morte un an après le décès de sa mère, ce qui a rendu plus difficile la possibilité de trouver une personne soutenante.

Ainsi, on pourrait comprendre que la réussite était, entre autre pour MB, de faire plaisir à sa mère, d'autant plus qu'elle lui a construit une maison dès qu'elle a commencé à gagner de l'argent. C'est pourquoi, à la disparition de sa mère, MB a pu perdre sa raison d'exister.

Le manque de possibilité de voir le corps, d'une part, et l'absence de rituels funéraires [56-24], d'autre part, n'auraient pas facilité le deuil. Ceci, est d'autant plus juste que MB en avait manifesté le désir. Des études [26] ont montré que les émigrés victimes de deuil, seraient plus disposés à faire un deuil pathologique, à cause du manque de cérémonies mortuaires, marque d'une appartenance culturelle. Or, ces dernières, valorisent et encadrent la décharge émotionnelle, donc l'abréaction. Le diagnostic de manie délirante est retenu sur la base des deux syndromes : maniaque et délirant ; mais aussi, sur l'amélioration rapide du délire et la persistance de l'humeur maniaque malgré la disparition du délire.

Observation 8 (M.S) :

Madame MS est âgée de 58 ans, et habite dans la région de Thiès. Elle est musulmane, mère de douze enfants, commerçante, mariée depuis 1971 sous un régime monogame. Elle n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ni familial. Par contre, elle est hypertendue connue depuis cinq ans. Son défunt mari était son cousin. Ils se connaissaient et s'aimaient avant leur mariage. Son mari était jardinier.

Depuis deux ans, MS a perdu simultanément son mari et ses deux fils. Ce jour là, MS s'était réveillée, comme d'habitude, tôt le matin pour préparer le petit déjeuner. Ensuite, elle était partie inscrire ses deux enfants à l'école de la mission catholique tandis que son mari et ses trois enfants avaient pris le chemin des champs. MS ne se doutait pas que ce jour n'était pas ordinaire. En effet, après avoir terminé d'arroser les plantes, son mari avait ordonné à un de ses fils d'arranger le tuyau de la pompe à eau qui se trouvait au fond du puits. Ainsi, l'enfant, en tentant d'accomplir cette tâche, est tombé au fond du puits. Se faisant, son grand frère avait essayé de le secourir ; mais, malheureusement, l'échelle qui menait au fond du puits s'était cassée, et ce dernier y était resté aussi. Affolé, le plus jeune des frères a couru pour appeler de l'aide, tout en sommant à son père de ne pas plonger dans le puits. Mais ne pouvant plus attendre l'aide, leur père s'était jeté dans le puits et n'en sortira point vivant.

Voici, selon MS, comment s'était déroulé le film de leurs décès. MS a été informée par le survivant du groupe. MS nous a dit :

- *mon fils est venu me raconter qu'ils étaient tombés dans le puits et là, je m'étais dit qu'ils étaient morts... A mon arrivée au jardin, on m'avait interdit l'accès pour ne pas regarder le puits. Les sapeurs pompiers étaient déjà là. Ils avaient mis 12h avant d'extraire les corps. Je n'avais pas eu la chance de voir leurs corps. On me l'avait interdit pour soit disant me protéger du choc. C'est ainsi que, la voiture des sapeurs s'était éloignée de moi, en direction de Dakar, pour l'autopsie.*

Deux jours après, l'enterrement et les cérémonies funéraires s'étaient déroulés normalement. Cependant, MS avait appris une déclaration malheureuse venant de son beau-frère. Ce dernier avait affirmé qu'il était le responsable de tous ces décès. Ce qui avait fait mal à MS. Elle nous a dit :

- *cela m'avait beaucoup fait mal d'autant plus qu'il était, apparemment, ami à mon mari.*

Deux ans après cette tragique histoire, MS nous a été référée de la consultation externe neurologique pour :

- Déficit attentionnel
- Trouble de la mémoire

En effet, depuis deux ans, MS dormait mal, se réveillait à trois heures du matin sans pouvoir s'endormir à nouveau. Elle ne pouvait plus travailler, ne s'intéressait plus à rien. De plus, elle avait fréquemment des fuites de mémoire. Elle se trompait sur les dates, et n'arrivait plus à retrouver des affaires qu'elle avait, récemment, gardées.

Son examen a retrouvé :

1) Un syndrome dépressif :

- Humeur dépressive : tristesse intense, pleurs incessants, anhédonie, aboulie, idéations suicidaires.
- Ralentissement psychomoteur : parole lente, voix monocorde, asthénie.
- Troubles instinctuels : insomnie matinale

2) Amnésie antérograde

3) Une hyperprosexie sur l'événement douloureux.

Ainsi, la patiente a bénéficié d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement médicamenteux à base de *venlafaxine 75mg* le matin et d'*alprazolam 0.5mg* le soir.

Commentaire 8 (M.S) :

MS, en quittant son domicile ce jour là, ne se doutait pas qu'elle allait vivre cet événement difficile. En effet, les décès ont été brutaux. Cet aspect brutal [60-30-58], leur confère un caractère traumatisante. De ce fait, MS a été traumatisée

d'apprendre que son mari ainsi que ses deux enfants étaient tombés dans le puits. Ce faisant, MS a été victime, simultanément, de trois deuils.

Elle a, d'abord, perdu son mari avec qui elle a cheminé pendant 40ans. Des études [26] ont montré que dans le réseau des figures d'attachement des sujets âgés, hiérarchiquement organisé, apparaissaient en premier le conjoint puis les enfants adultes. De plus, chez la personne âgée, le besoin d'attachement est énorme, souvent, à cause, de la réduction de l'autonomie physique et des maladies chroniques. Alors que, chez MS nous notons depuis cinq ans une hypertension artérielle. Puis, MS a perdu ses deux enfants. Ainsi, elle a été victime de blessure narcissique.

MS avait souhaité voir les corps des morts. Cependant, ses proches avaient jugé dangereux pour elle d'accéder aux corps. Ceci, aurait rendu difficile le travail de deuil [56-24]. De plus, MS s'est beaucoup offusquée des paroles blessantes du demi-frère de son mari. Ce qui a pu concourir à compliquer le travail de deuil.

Le diagnostic de deuil dépressif a été retenu sur la base du syndrome dépressif franc et son évolution de plus de 06 mois.

Observation 9 (DD) :

DD est une femme âgée de 31ans, musulmane et ménagère de profession, domiciliée Kahone dans la région de Kaolack. DD est mariée à un homme monogame. Elle est mère de trois enfants dont le cadet à deux ans. Dans ses antécédents familiaux, nous notons que son grand frère avait eu un épisode psychiatrique qui aurait été traité traditionnellement. Nous retrouvons aussi, une notion de croyances ancestrales. DD est la troisième d'une fratrie utérine de six, dont trois sont vivants, bien portants. Le premier et la quatrième de la fratrie sont décédés, depuis longtemps, avant leur deuxième anniversaire, tandis que le cinquième est décédé à l'âge de 18 ans. En effet, son jeune frère est décédé depuis deux mois.

DD a été éduquée, pendant ses six premières années de vie, par ses deux parents. Puis, ces derniers divorcèrent et à la suite du divorce de ses parents, DD et son défunt frère GS restèrent dans la maison familiale de leur père avec leur grand-mère paternelle. Ensuite, quatre ans après le divorce, leur père mourut. Par conséquent, DD et GS durent rejoindre leur mère dans la région de Diourbel.

« Je me rappelle du décès de mon père, cela m'avait fait mal, mais pas autant que le deuil de mon frère. »

A 20 ans, DD célébra son mariage. Son mari était commerçant, mais depuis 2006, il avait fait faillite. Actuellement, il est au chômage et parvient tant bien que mal à subvenir aux besoins familiaux. Le couple vit ensemble à Kaolack. Le

mari et la mère de DD nous ont appris que DD était très proche de son défunt frère. Ce dernier venait, souvent, rendre visite à DD. La mère de DD nous a, aussi, confié que GS étaient travailleur et les aidait financièrement. GS avait, récemment, obtenu son permis de conduire et était taximan.

Elle a été emmenée en consultation par sa mère et son mari pour :

- Agitation clastique
- Propos incompréhensibles
- Tentatives de fugues

Le début des troubles remonterait à dix semaines avant la consultation, et faisait suite aux décès de son jeune frère GS. Ce dernier était malade pendant quatre semaines avant de rendre l'âme. Sa mère nous disait :

« GS était victime de pratiques mystiques. Les deums (anthropophages) l'ont vidé de son sang jusqu'à ce que sa mort s'en suive... »

Pendant sa maladie DD lui avait rendu visite deux fois et lors de la dernière visite, elle avait dit à son mari :

« Sa maladie est grave, je n'ai plus d'espoir... »

DD avait assisté, pendant quatre jours, aux cérémonies funéraires à Diourbel. A son retour, à Kahone elle n'arrêtait pas de pleurer et de parler de son défunt

frère. C'est ainsi que son état s'est aggravé, quinze jours après le décès. DD disait :

« *Amenez moi mon frère, il n'est pas mort vous me trompez ...* »

De plus, elle cassait tous les objets autour d'elle. Elle se levait, brusquement, pour fuir , obligeant ainsi ses proches à la rattraper à chaque fois. DD répétait aussi sans arrêt le nom de son défunt frère. Devant ce tableau, sa mère l'avait amené chez des tradipraticiens durant six semaines. Cependant, face à la persistance du tableau, sa mère avait décidé de l'amener à l'hôpital psychiatrique de Fann pour une meilleure prise en charge. Son examen a retrouvé :

1) Un syndrome maniaque :

- Humeur versatile, tantôt gaie, tantôt triste (elle répétait en pleurant : « *GS était chauffeur de taxi, il venait juste après moi, il était d'une générosité sans limite.* », des idées de grandeurs, une hyper syntonie, une levée des censures morales ;
- Une agitation psychomotrice : logorrhée à haute voix, jeux de mots, coq à l'âne, gestuelles riches ;
- Insomnie totale bien supportée.

2) Des idées délirantes centrées sur le défunt (fausses reconnaissances, déni du décès)

Devant cette symptomatologie la patiente a bénéficié d'un traitement composé de : carbamazépine 400mg x2/j, Alprazolam 0.5mg x3/j, Halopéridol 3mg x2/j.

L'évolution a été marquée, après dix jours, par un tassement de l'agitation psychomotrice et une acceptation du décès, cependant, l'humeur maniaque persistait. En outre, DD niait avoir une mère, car à la question de : où se trouvait ton frère ? Elle répondait : « *je n'ai pas de mère* ». Au trentième jour de traitement, l'humeur s'est stabilisée.

Commentaire 9 (DD) :

La maladie mentale est multifactorielle. On dit, souvent, que c'est la rencontre entre un individu et un environnement. Cette assertion semble se vérifier ici, car DD a des antécédents familiaux psychiatriques qui pourraient lui conférer une prédisposition génétique. DD a été victime de plusieurs séparations. Elle avait, d'abord, fait face au départ de sa mère. Cette perte a été difficile et avait, certainement, renforcé son attachement à son père. Ensuite, son père décéda. Ainsi, pour supporter cette perte, DD la nia en semblant identifier son défunt père en la personne de son frère. En effet, Hanus [13] soutient que l'identification qui sert de substitut à l'objet perdu est nécessaire au bon déroulement du deuil. Le travail de deuil ne consiste donc pas seulement à se détacher de l'objet perdu, mais surtout à transformer la relation qu'il avait avec lui en une nouvelle identification. Enfin, la mort de son frère a été la perte de trop. On pourrait parler d'une double perte (celle du frère et celle réactualisée du

père). Ainsi donc, ce deuil porterait le poids de toutes les pertes de DD. La somme de ses souffrances a dépassé la capacité de résolution de ses défenses psychologiques normales.

En outre, DD et son mari traversaient une période difficile financièrement qui aurait pu être à l'origine de stress additionnel pour un couple parent de trois enfants. La maladie de GS a été rattachée à des pratiques mystiques. Ce qui pourrait être interprété comme l'équivalent d'un meurtre. Ainsi, le préjudice subit est grand et le désir de réparation énorme. De ce fait, le travail de deuil devient plus difficile [26].

Le deuil maniaque a été retenu devant le syndrome maniaque et la résolution de l'humeur en dernier.

Observation 10 (ST) :

ST est un jeune ivoirien de 32ans. ST avait des antécédents de crises convulsives qui ont débuté à son 15^e anniversaire. Ces crises ont évolué de manière intermittente à raison de deux crises par an pendant deux ans. ST avait révélé qu'elles avaient été traitées traditionnellement. Il n'avait aucun antécédent pathologique familial. ST était décrit par son ami comme une personne très sensible. Il est le 2e d'une fratrie utérine de 05 dont 02 filles. Il a été transféré de la neurologie à la psychiatrie pour : ralentissement psychomoteur, hémiplégie droite, céphalées pulsatiles.

L'histoire de ses troubles remonterait à 2003, marqué par les décès de ses deux sœurs, de sa mère et de son père. Ils sont morts durant la guerre en Côte d'Ivoire suite à une attaque à laquelle ST et ses deux frères ont échappé. Depuis lors ST s'était réfugié au Sénégal et n'avait plus de nouvelles de ses frères, car ils s'étaient perdus de vue lors de la fuite. ST bénéficiait d'une rémunération pécuniaire mensuelle de la part d'un organisme international. De 2003 à 2009, ST disait n'avoir aucun problème particulier de santé. Un mois avant sa consultation en neurologie en 2010, ST s'était plaint de céphalées atroces empêchant le sommeil et tout travail, de flou visuel, de bourdonnement d'oreilles. Après 15 jours, un déficit moteur de l'hémicorps droit s'est ajouté à son tableau ainsi que des douleurs articulaires atroces empêchant tout mouvement. Devant ce tableau, ST était hospitalisé pendant un mois en

neurologie où tous les examens cliniques et para cliniques étaient revenus normaux. Ainsi, il est transféré en psychiatrie pour une meilleure prise en charge.

L'examen psychiatrique montrait un patient ralenti, se déplaçant à l'aide d'une béquille, une mimique triste, une hémiplégie droite et un discours centré sur la mort terrifiante de ses parents, la perte de vue de ses frères et son vécu difficile à Dakar.

Le diagnostic de deuil traumatique hystérique était retenu. Le patient avait bénéficié d'une psychothérapie de soutien, d'un traitement médicamenteux à base de Clomipramine comprimé, 50mg/j, alprazolam comprimé 0.5mg/j. Son évolution était marquée par un respect de tous ses rendez-vous mensuels pendant onze mois. Après deux mois son état clinique était resté stationnaire, la clomipramine était substituée à du fluoxétine. De plus, était apparue une épigastralgie. L'halopéridol a été introduit après huit mois, le fluoxétine et l'alprazolam étaient substitués à de la venlafaxine et du zolpidem. Devant ce manque d'amélioration, ST décida de poursuivre son traitement à l'hôpital psychiatrique de Thiaroye.

Commentaire 10 (S.T):

Chez ST nous suspectons une personnalité hystérique pré morbide sur la base de ses crises à début tardif et sur le mode de traitement curatif. Cette suspicion est confortée par la description de sa personnalité par son ami. Son traumatisme est évident et consolidé par le délai entre l'événement traumatique et l'apparition

des troubles. La perte de ses parents et de ses sœurs, conjuguée à la séparation de ses frères ont fait plonger ST dans un état d'angoisse de mort et de séparation. Son vécu difficile à Dakar et sa solitude n'ont pas facilité le travail de deuil .Le travail de séparation est proche de celui du deuil mais seulement dans la séparation la victime nourrit l'espoir de retrouver l'objet perdu. Ainsi, se sont conjugués chez ST trois processus psychiques, celui du deuil, du traumatisme, et de la séparation. Par réaction à sa perte (deuil, séparation), ST, de façon symbolique a perdu la motricité de son hémicorps.

La conversion hystérique dans un contexte de deuil traumatique (F44.4 DSMIV ; F45.8 CIM10) est retenue sur la base de :

La personnalité hystérique, le délai d'apparition des troubles, l'hémiplégie droite sans corrélation anatomo clinique, l'intensité des céphalées et des arthralgies entravant tout fonctionnement, l'apparition d'épigastralgies et la normalité de l'investigation neurologique.

Observation 11 : BB

BB est une jeune femme de 37ans, mère de deux enfants, gestionnaire à l'ASECNA. Elle et sa sœur jumelle sont deuxièmes d'une fratrie utérine de quatre. L'ainé ne partage pas, avec le reste de la fratrie le même père. Le père de BB était diplomate. Par conséquent, il était affecté tour à tour dans plusieurs pays. Dès son neuvième mois, BB a été amenée à Bangui par ses parents. Puis à neuf ans, après un bref passage à Dakar, BB et sa famille se sont rendues à Paris, où elle séjournait jusqu'à son vingtième anniversaire. Elle y eut son Bac, et termina sa formation de deux ans en comptabilité et gestion. À son retour à Dakar, en 1997, BB avait intégré l'ASECNA, où elle a travaillé depuis lors. En 2000, elle s'est mariée à un banquier avec qui elle a partagé un parfait amour durant quelques années. Cependant, depuis trois ans BB et son mari ne s'entendaient plus.

Sa sœur jumelle, de son côté, a divorcé depuis deux ans. BB nous a raconté :

- *Ma sœur était affectée par son divorce. A ces moments, j'étais toujours à son chevet pour la consoler. Même avant son divorce, j'allais lui rendre visite deux à trois fois par mois. Jusqu'à l'âge de vingt ans, nous avons partagé la même chambre.*

BB et son mari vivaient dans un appartement, dans le même immeuble que ses parents. Sa sœur jumelle, après son divorce s'était installée, au rez-de-chaussée,

dans cet immeuble. Ce rapprochement, qui devait normalement raffermir les liens entre les jumelles, a, au contraire créé une divergence. Les sœurs jumelles ne s'entendaient plus.

- *Quand ma sœur s'est rapprochée de moi, j'ai découvert son vrai visage. Elle est égoïste. Elle ne s'approche des autres que lorsqu'elle a des ennuis. Imaginez-vous que je suis restée deux mois sans la voir, alors qu'on habite le même immeuble.*

La mère de BB avait un cancer. Elle est morte de sa maladie depuis six mois. Le jour de son décès, elle avait demandé à sa fille BB qui lui avait rendu visite à l'hôpital, le matin, de repasser le soir. Ce que BB n'avait pas fait. BB Nous racontait :

- *Le jour du décès, j'étais sur le point de tenir ma promesse quand mon mari m'a invité pour sortir avec lui et les enfants. Au début j'avais décliné son invitation mais pour ne pas le frustrer- notre relation battait de l'aile- j'avais accepté après qu'il eut insisté. Au retour de notre balade à 21h, j'avais voulu repasser à l'hôpital mais mon mari m'avait convaincu que ce n'était pas une bonne idée car les enfants allaient la fatiguer pendant qu'elle avait besoin de repos. Malheureusement, à 21h40, j'avais reçu un appel de l'hôpital qui m'a appris le décès de ma mère. Je m'en suis voulu car j'avais toujours tenu mes promesses envers ma mère et, pour cette première fois que j'ai failli à ma promesse, elle est*

partie. J'avais une relation fusionnelle avec ma mère. Elle était ma confidente et ma conseillère, je pouvais tout lui dire. Imaginez vous, que jusqu'à mes 37 ans, elle m'enlaçait toujours dans ses bras pour me consoler. La raison voudrait que se soit mon mari mon confident ou bien même ma sœur jumelle, mais, il en était rien. Ma mère disait à qui voulait l'entendre que j'étais sa fille préférée. A son décès, je n'ai pas senti mon mari à mes côtés. Quatre mois après le décès, j'avais appris qu'il avait des relations adultérines. Ce qu'il m'a avoué, soit disant qu'il ne pouvait pas me demander de coucher avec moi car j'étais en deuil. Cela m'avait fait mal. Je n'ai aucun ami, seule ma mère était mon amie. De plus je devais passer beaucoup de temps à consoler mon père qui était trop affecté par le deuil. Ma sœur semblait ne pas être touchée et ne passait voir ni mon père ni moi.

Dans ses antécédents nous notons depuis deux ans une phobie aux endroits clos (ascenseurs, toilettes...)

BB a été orientée chez le psychiatre par le psychologue pour :

- poly arthralgies
- céphalées
- insomnie
- vertiges
- asthénie physique

Le début des troubles remonterait au décès de sa mère. BB préférait rester seule dans une pièce isolée de l'appartement. Elle s'énervait dès qu'on s'approchait d'elle. Elle était devenue nerveuse et agressive envers ses enfants. Elle ne dormait plus et restait toute la nuit à ruminer.

- *Mes pensées se bousculaient dans ma tête, je croyais qu'elle allait exploser.*

De plus BB se plaignait de poly arthralgies, de céphalées intenses. Ainsi, elle avait consultée un médecin généraliste qui lui avait prescrit un examen sanguin qui était revenu normal. BB maigrissait et se plaignait de vertiges : elle avait perdue plus de six kilos en six mois.

Son examen à retrouvé :

- Un syndrome dépressif :
- Humeur dépressive : tristesse intense, idéation suicidaire « *je pensais me couper les veines, une fois, j'étais devant le miroir avec une lame à la main, j'étais sur le point de me trancher les veines quand ma fille est entrée ...* », remords « *je m'en veux de n'être pas passée à l'hôpital le jour de son décès* », un pessimisme vis à vis du monde.
- Une frigidité « *quand mon mari me fait l'amour, c'est comme si s'était une planche couchée sur moi ...* », une insomnie matinale.

- Devant ce tableau, elle a, en plus de la psychothérapie déjà entamée par le psychologue, bénéficié d'un traitement antidépresseur à base de venlafaxine.

Commentaire 11

BB, de par sa réussite précoce, était promue à un avenir rose. Cependant, depuis trois ans, elle vivait une relation difficile avec son mari. Cette situation est génératrice d'angoisse, et cette angoisse projetée sur des objets externes est, probablement, à l'origine de sa phobie [46]. A son âge, son mari devrait représenter sa figure d'attachement principale [26] ; ce qui n'en était pas. Le deuil est survenu sur une personnalité déjà fragilisée par les conflits de ménage et de fratrie. BB en voulait à son mari, d'autant plus que, ce dernier était impliqué dans sa dernière promesse non tenue faite à sa mère. Ce sentiment d'échec renforçait la culpabilité déjà présente dans le deuil normal.

Son mari semblait ne pas être concerné par le deuil et multipliait les actes maladroits, ce qui aiguisait d'avantage la souffrance de BB. Le deuil est plus difficile car, elle partageait une relation fusionnelle avec sa mère, qui semblait être la seule personne qui l'aidait et la comprenait. Ceci est d'autant plus probable que BB entretenait une relation conflictuelle avec sa sœur jumelle. Elle s'est sentie abandonnée par sa jumelle. Ainsi, elle s'est retrouvée seule dans sa souffrance, en plus, de devoir s'occuper de son père qui était accablé par le deuil.

Par conséquent, elle devra, non seulement, faire face, seul, au deuil mais aussi lutter contre les multiples déceptions, d'une part, envers son mari, et d'autre part, envers sa sœur. Ici, le diagnostic de dépression réactionnelle dans un contexte de deuil est retenu sur la base : de la durée des troubles (06mois) et du syndrome dépressif.

Observation 12 :

Nabou est une jeune femme de 42ans, sénégalaise d'ethnie wolof, mère de cinq enfants. Elle est la première épouse d'un commerçant polygame, mari de trois femmes. Sa dynamique familiale est bonne. Son père était décédé depuis un an, à l'âge de 107 ans.

- *Ce décès ne m'avait pas trop affecté, car mon père était très âgé et on faisait tout pour lui.*

Nabou est la septième d'une fratrie utérine de neuf, dont sept filles et un garçon décédé au mois de mai 2013. A son 6^e anniversaire, elle a été amenée par sa grande sœur dans sa demeure conjugale. Nabou y restera jusqu'à son mariage. Son petit frère Doudou, qui la suit dans la fratrie est marié et père de deux enfants. Il vivait en Italie, depuis 1992, avec sa petite famille, et venait, souvent, passer ses vacances au Sénégal. Nabou et son frère étaient proches. Ils s'appelaient, presque, tous les jours. Doudou lui venait régulièrement, en aide financièrement. Cependant, depuis deux ans, Doudou a été informé par son médecin, qu'il souffrait d'un cancer du poumon. Cette information, il ne l'a partagé avec sa grande sœur qu'au dernier moment. En effet, en mars 2013, son médecin lui avait appris qu'il ne lui restait, au plus, que trois mois à vivre. Ainsi, il est revenu au Sénégal avec sa famille, et a informé sa sœur de sa maladie et du temps qui lui restait à vivre. A ce moment, Nabou quitta son domicile de Touba,

et s'installa à Dakar avec son frère. Elle prenait soin de lui tous les jours, jusqu'à son décès au mois de mai.

- *A son arrivée, je m'étais installée à Dakar avec lui. Il avait perdu du poids. Il était alité tout le temps, ne pouvait rien faire, je faisais tout pour lui. Il prenait des médicaments qui l'empêchaient d'avoir mal. Il me demandait de ne pas pleurer sa mort. Il a été hospitalisé cinq jours avant son décès, et est mort devant moi.*

Nabou a été accompagnée à l'hôpital, au mois d'août 2013, par sa grande sœur pour :

- Pleurs incessants
- Propos incompréhensibles

Le début de ses troubles remonterait au décès de son frère.

- *Le jour de son décès, je n'avais pas pleuré et j'avais participé à toutes les cérémonies funéraires, mais le lendemain, j'étais très agitée et j'avais beaucoup pleuré.*

En effet, depuis le décès, Nabou n'arrêtait pas de pleurer et mangeait peu. Ainsi, elle perdait du poids et prenait moins soin d'elle. Parfois, son discours était incompréhensible. Elle disait :

- *Je vois toujours, mon frère, il me suit partout et me rend visite toutes les nuits. Il m'a même dit que j'avais la même maladie que lui. Le lendemain de son décès, j'avais frissonné, comme s'il était entré en moi. Je ne pouvais plus rien faire, ainsi j'ai demandé à ma sœur de m'accompagner chez le médecin.*

Cette symptomatologie s'est déroulée dans un contexte d'insomnie totale mal supportée.

Son examen a retrouvé :

- Des pseudos hallucinations visuelles et auditives
- Des intuitions délirantes « *je sens qu'il m'accompagne partout...* »
- Un syndrome dépressif : pleurs durant l'entretien, mimique triste, voix basse, ralentissement moteur, insomnie totale.

Devant ce tableau, la patiente a bénéficié d'une psychothérapie de soutien et d'un traitement psychotrope à base de venlafaxine 37,5mg (1 gel/j).

Commentaire 12 :

Nabou était très proche de son frère, ils s'épaulaient mutuellement ; on devine, donc, toute la blessure narcissique qui pourrait accompagner la perte de son frère. De plus, la maladie est venue écourter sa vie, ce qui pourrait rendre le deuil difficile ; encore que Nabou justifie l'absence de douleur intense lors du décès de son père par le nombre d'années de vie élevé de ce dernier.

Le cancer est une maladie qui tue à petit feu. De ce fait, la victime dépérit et souffre avant son décès. Il est, aussi, irréversible le plus souvent et mène, inévitablement, à la mort. Ainsi, Nabou, qui s'était, fortement, rapprochée du défunt dans ses derniers moments de vie, s'imprégnait de cette ambiance de souffrance et de damnation. Par conséquent, elle était terrifiée par l'attente d'une mort imminente et triste de voir souffrir son frère.

La dépression de Nabou semble être physiologique, car s'inscrit dans la durée normale du deuil et ne s'accompagne pas d'une perte d'estime de soi [25], de plus, les hallucinations sont en rapport avec le défunt (DSMIV). Cependant, on note un trouble majeur de son fonctionnement antérieur et un sentiment de perte de sa santé. Ainsi, le diagnostic de dépression réactionnelle à un deuil a été retenu. Freud disait que : « *comme l'hystérique, le psychotique souffre de réminiscence. L'hallucination signe donc, le retour d'une sensation antérieure qui n'a pas, jusque là, reçue une bonne interprétation* ». Chez Nabou, l'image, de son frère, perdue tarde à recevoir une bonne subjectivation.

III. SYNTHESE

Cette étude est faite sur un échantillon réduit qui n'autorise pas certaines généralisations. L'évaluation de la personnalité pré morbide, à partir des déclarations des accompagnants et d'un entretien avec le malade, n'est pas totalement suffisante. Cette étude a été particulièrement difficile à cause de toute la souffrance que réveillaient nos questions chez nos patients, entraînant, parfois, un évitement de l'entretien.

L'étude confirme que le deuil pathologique se manifeste, le plus souvent, sous la forme d'une conversion hystérique, d'une bouffée délirante ou d'un trouble de l'humeur [12-14]. Cependant, le dernier cité a été plus fréquemment rencontré dans nos observations (09 observations). Néanmoins, la richesse du tableau clinique du deuil ne devrait pas amener à conclure précipitamment à une pathologie (observation 12). D'autres études [59] ont montré que le deuil pouvait être à l'origine d'hallucinations, sans préciser la durée, ni l'évolution de ces hallucinations ; ces résultats sont corrélés avec ceux notre étude (observation 12). Dans cette observation, nous avons, surtout, noté des pseudos hallucinations. Elles se différencient des hallucinations par l'absence de participation d'organes de sens. Elles revêtent l'allure d'un désir.

Ce travail nous montre, que différents facteurs interviennent dans l'orientation pathologique du processus de deuil. Ces facteurs interviennent globalement à trois niveaux : l'endeuillé, le défunt, le déroulement du décès.

– Chez l'endeuillé

Cette étude nous apprend que le deuil pathologique peut survenir chez des individus n'ayant aucune personnalité pathologique pré morbide (observations 7-6). Mais, il faut souligner que le déroulement du complexe d'Œdipe, le type de relation qu'a noué le sujet avec ses objets d'amour dans la petite enfance [7-9], ainsi que la personnalité antérieure, sont difficiles à déterminer. Cette difficulté, nous pousse à avancer, avec prudence, l'absence de personnalité pathologique antérieure.

Nous remarquons, aussi, à travers cette étude, comme d'autres auteurs auparavant [24], que le vécu difficile de l'endeuillé avant le deuil favorise l'apparition de pathologies du deuil (observation 11). Ces événements de vie stressants fragilisent la personnalité du futur endeuillé et sur ce point nous rejoignons Hanus et Broca [17-32]. Parmi ces événements de vie stressants nous avons noté : la stérilité du couple (observation 1), le mariage forcé (observation 2), les conflits familiaux (observation 2-11), l'émigration (observation 7), les difficultés économiques (observation 9) . De plus, nous pouvons lire à travers ces observations (1-6) que plus la relation avec le défunt était investie par l'endeuillé et suscitait un espoir, autant le deuil était susceptible de devenir pathologique. La perte d'un enfant (observations 2-7), d'un conjoint (observation 1), ou d'un parent (observation 3-7) , prédispose à une pathologie de deuil (tableau 4). En effet, le deuil de la perte d'une figure

d'attachement principale (observation 7-11) est plus difficile à faire ; surtout, si les figures d'attachement secondaires ne sont pas disponibles (observation 7). En d'autres termes, plus la souffrance narcissique provoquée par la perte est grande (observation 1), plus la probabilité de pathologie de deuil est grande. L'adolescence apparaît (observation 3), aussi, comme un facteur de risque de pathologie du deuil [9], lorsque l'adolescent perd un acteur de son complexe d'Oedipe. Car, durant cette période, on note une réactivation de la crise œdipienne. De plus, un développement psychomoteur perturbé (observations 4-5) serait prédisposant à la pathologie du deuil. Les antécédents familiaux psychiatriques (observations 4-9) ont été, également, retrouvés parmi les facteurs de mauvais pronostic. Ce qui soutient l'idée de M.F.Bacqué [7-9] qui stipule que le deuil pathologique dépend, entièrement, de la personnalité antérieure du sujet. L'étude confirme que les cérémonies funéraires (observation 5-7) favorisent le travail de deuil [57-24] en encadrant et en favorisant la décharge émotionnelle. Partant de là, elle nous montre, aussi, que l'émigration (observation 7) se révèle comme un facteur entravant le deuil, car, elle éloigne l'endeuillé de sa culture et de ses proches. Les antécédents de deuils non résolus (observations 6), le manque de reconnaissance de la douleur de l'endeuillé (observation 5), de même que, les comparaisons avec les deuils passés peuvent compliquer le deuil. Ce travail nous montre, aussi, que toutes situations pouvant renforcer la culpabilité et les reproches (observations 5-11), déjà présentes dans le deuil, sont susceptibles d'aggraver le travail du deuil. Il s'y ajoute que

plusieurs deuils simultanés (observation 8) sont toujours plus difficiles à vivre.

En outre, le film du décès peut jouer dans l'orientation du processus du deuil, ce qui nous pousse à nous appesantir sur les facteurs liés au déroulement du décès.

Tableau 4 : Nature du lien entre le défunt et l'endeuillé

Observations	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Endeuillés	Femme	Mère	Enfant	Belle fille	Copain	père	Enfant	Mère	Sœur	Frère	Fille	Sœur
Défunts	Mari	Enfant	Père	Belle mère	copine	fille	Sœur et mère,	Mari et Enfants	frère	Parents et sœurs	Mère	frère

– En effet, comme nous avons pu le constater durant cette recherche, le post-partum précoce (observation 2) favorise l'apparition de deuil pathologique [23-27]. Ici, la femme est déjà fragilisée par les nombreux réaménagements : hormonaux, physiques, psychiques et sociaux. Nous lisons, aussi, à travers ces observations, que le risque de deuil pathologique est plus élevé chez l'adolescent lorsque le parent qui était sensé le soutenir traverse lui même un travail de deuil difficile (observation 3). De plus, la mort brutale et inattendue d'un proche (observations 5-8) expose d'avantage à un deuil pathologique [24]. Comme l'avaient déjà souligné d'autres auteurs : Hanus et Bourgeois [11-30], nous trouvons que les deuils multiples et rapprochés (observations 8-10) augmentent la probabilité de la pathologie de deuil.

Nous confirmons, également, que lorsque la mort est accompagnée d'événements traumatiques [13-61-58], la probabilité de deuil pathologique devient plus grande (observations 5-8-10). Ce travail nous apprend que la séparation forcée (observation 10) ou accidentelle de la fratrie (refugié, porté disparu...), après la mort d'un membre, entrave le travail de deuil. Dans ce cas, deuil et séparation se conjuguent et se compliquent.

➤ A côté de ces facteurs liés au déroulement du décès, se trouvent des facteurs liés au défunt. Ainsi, à l'image de Hanus et bourgeois [14-29], cette recherche confirme que la longue maladie du défunt, peut installer chez certains

proches un stress continu, surtout si le défunt et l'endeuillé s'étaient rapprochés dans les derniers moments de vie (observation 12), et ainsi favoriser la pathologie du deuil. En outre, le deuil est plus difficile, lorsque le défunt représentait un espoir de réussite sociale ou jouait un rôle prépondérant (observations 4-6) dans l'équilibre financier des proches [24]. A l'issu de cette étude, nous partageons l'avis d'autres auteurs comme Hanus [30-59-15] qui soutiennent que le suicide (observation 5) favorise le deuil pathologique. De même, une mort suspecte ou jugée prématurée (observations 9-12) est plus difficile à accepter.

CONCLUSION

Le deuil est une expérience universelle à laquelle est confrontée, un jour, la majeure partie des individus. Le deuil est, d'une part, définie comme la perte d'un être aimé, proche et significatif. Il renvoie aux sensations de malaise somatique et psychologique qui suivent cette perte. D'autre part, ce terme désigne l'ensemble des comportements et des conduites sociales, individuelles et collectives, adoptées à la suite d'un décès.

Dans *Deuil et Mélancolie*, Freud nous rappelle :

- *qu'il est remarquable qu'il ne nous vienne jamais à l'idée de considérer le deuil comme un état pathologique et d'en confier le traitement à un médecin, bien qu'il s'écarte sérieusement du comportement normal. Nous comptons bien qu'il sera surmonté après un laps de temps et nous considérons qu'il serait inopportun et même nuisible de le perturber.*

Cependant, dans certaines situations, le recours aux professionnels de santé mentale s'impose. C'est le cas du naufrage du *Jolas* au Sénégal et du tremblement de terre en Haïti. De plus, dans notre pratique quotidienne, il nous arrive, souvent, de recevoir des demandes de soins dont l'origine des troubles psychopathologiques a un lien évident avec un deuil. Par ailleurs, le médecin qui est, plus que quiconque, confronté à la mort est rarement outillé pour faire face au deuil.

Les deuils pathologiques peuvent être définis par leur intensité, leur chronicité, leur symptomatologie, le handicap causé ou même l'absence apparente de deuil. Ce faisant, cette étude avait pour objectif de mettre en évidence les différents tableaux cliniques du deuil pathologique, puis de retrouver les différents facteurs qui peuvent imprimer une orientation pathologique au processus de deuil.

A cet effet, une recherche qualitative à propos de 12 cas a été menée à la clinique psychiatrique du centre hospitalier universitaire national de FANN. L'étude a porté sur des patients qui n'avaient aucun antécédent psychiatrique. Ils ont été sélectionnés dans la période de janvier 2010 à décembre 2011. Ces patients ont été reçus en entretien clinique. Pour apprécier nos résultats, nous nous sommes basés sur les critères diagnostiques de la CIM₁₀ (10^e classification internationale des maladies). Cette étude n'a pas été faite sans difficultés, car certains ont manifesté leur réticence par rapport à certaines questions de peur qu'elles ne ravivent une vieille souffrance.

Néanmoins, nous avons pu mener cette étude et divers enseignements ont été retenus. D'abord, le deuil pathologique se manifeste le plus souvent, sous la forme d'une conversion hystérique ou d'une dépression majeure. Ensuite, l'existence d'une personnalité pathologique antérieure, semble ne pas être obligatoire pour l'apparition de pathologies du deuil. Enfin, nous retrouvons à travers cette recherche que plusieurs facteurs participent à l'orientation pathologique du processus de deuil, parmi lesquels :

- ✓ Les évènements de vie stressants
- ✓ Le post-partum précoce
- ✓ Le traumatisme, la séparation, le suicide
- ✓ La répétition des deuils, la brutalité du deuil
- ✓ La perte d'un proche fortement investi : enfant, parent, conjoint.
- ✓ La profondeur de la blessure narcissique
- ✓ La perte d'un proche symbole d'une garantie d'un bien être social, ou espoir d'une réussite sociale.
- ✓ La perte d'une figure d'attachement principale
- ✓ Les deuils multiples et simultanés

A l'issue de cette étude, nous formulons les recommandations suivantes : améliorer la sensibilisation des familles et du personnel de santé sur les facteurs de risque et les pathologies du deuil, afin que la demande de soins puisse se faire le plus tôt possible. De plus, nous encourageons les rituels funéraires et la reconnaissance du deuil de l'enfant.

En définitive, nous nous demandons si la place de la psychiatrie, dans le jeu de la concertation pluridisciplinaire en milieu hospitalier, sera reconnue un jour, dans le grand intérêt du patient.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Anqladette, L., Consoli, S-M. Deuil normal et pathologique. *Revue du praticien (Paris) A*, 2004, vol.54, n°8, p.911-917.
- [2] Assez, N., Quievre, C., et al. L'annonce de la mort : une épreuve difficile pour les jeunes médecins « juniors ».
- [3] Ba, Mariama. *Une si longue lettre*. Serpent à plumes, 2001. 164 pages.
- [4] Ba, F., Ba, E-H-M., Niang, Y et al. Naufrage du Magatte Diack : Prise en charge psychologique des rescapés. *Revue francophone du stress et du trauma*. 2009, vol.9, n°3, p.187-191.
- [5] Bacqué, M. F. *Apprivoiser la mort*. Paris : Odile Jacob, 2002. p.81, p.84.
- [6] Bacqué, M.F. *Deuil et santé*. Paris : Odile Jacob, 1997.
- [7] Bacqué, M. F. *Le deuil à vivre*. Paris : Odile Jacob, 2000.
- [8] Baylé, G. métapsychologie et devenir des deuils pathologiques. In : Amar, N., Couvreur, C., Hanus, M. *Le deuil*. Algérie : SARP, 2002, p.151.
- [9] Benharkat, I. *Le deuil face à la mort violente d'un proche*. Vol.1., 310p. Mémoire en psychologie clinique : Université Mentouri de Constantine : 2005.
- [10] Berger, M., Rigaud, C. Différence entre travail de deuil et travail de séparation. *Prisme : psychiatrie recherche et intervention en santé mentale de l'enfant A*, 2001, n°36, p.44-52.
- [11] Bourgeois, M. *Deuil, clinique et psychopathologie*. Nodules. PUF. Paris. 1994.
- [12] Bourgeois, M. Les deuils psychiatriques : le deuil. *Annales médico-psychologiques A*, 2006, vol.164, n°4, p.364-365.

- [13] Bourgeois, M. Les deuils traumatiques. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2004, vol.4, p.241-248.
- [14] Bourgeois, M. *Deuil. Clinique et pathologie*. Encyclopédie Médico-chirurgicale. Paris-France. Psychiatrie. 37-395-a-20. 1994, 8p.
- [15] Colin, M., Njok, R. Deuil pathologique et mort violente. *Journal de médecine légale droit médical A*. 1996, vol.39, n°1, p.30-32.
- [16] Cottraud, J. *les thérapies comportementales et cognitives*. Paris : Masson, 1990, p.124
- [17] De Broca, A. *Deuils et endeuillés*. 2^e édition. Paris : Masson, 2001, p.169.
- [18] Diouf, M-L., Fall, L., Thiam, M-H. Naufrage du “Joola” (Sénégal, septembre 2002). Retour sur le travail de la cellule de soutien medico-psychologique. *Stress et Trauma*, 2011, vol. 11, n° 2, p. 113-118.
- [19] Ebtinger, R. Deuil, jouissance, fécondité, créativité. *Confrontations psychiatriques (Paris) A*, 1992, n°34, p.104-146.
- [20] Ellien, F. Le soignant, les proches et le travail du deuil. *Oncomagazine*, aout 2010, vol.4, n°3, p.9-11.
- [21] Epelbaum, C. L’enfant atteint de maladie mortelle. *Les cahiers de l’enfant et de l’adolescence*, n° special 2001, p27-29.
- [22] Epelbaum, C., Serbire, C., et al. « Coma » céphalique et deuil pathologique : Du corps à la parole. *Neuropsychiatrie de l’enfant et de l’adolescent A*, 1997, vol.45, n°1,2, p.72-76.

- [23] Faye, P-L., Sylla, A., Thiam, M-H. Facteurs de vulnérabilité et troubles psychiques du post partum au Sénégal à propos de cinq observations. *Psychopathologie africaine*, 2009-2010, vol. xxxv, n°3, p.323-362.
- [24] Fléchette, L. Avril 2002. A propos des deuils alourdis par un contexte particulier. *Cahier du groupe d'étude et de recherche en intervention sociale*. Série recherches, n°18. ISBN : 2-89251-108-9.
- [25] Freud, S. *Deuil et mélancolie, 1915*, trad. J. Laplanche, et J-B. Pontalis, In : Métapsychologie, Paris, Guallimard, 1968. P.152.
- [26] Guédeney, A., Guédeney, N. *L'attachement : approche théorique du bébé à la personne agée*. Masson. 62 rue Camille-Desmoulins : 2009. 230 pages.
- [27] Gueye, M., Thiam, M-H., Sylla, A. Troubles psychopathologiques de la gravido-puerpéralité. *Psychopathologie africaine*, 2007-2008, vol. XXXIV, n°1, p.51-84.
- [28] Gourdon-Hanus, D., Hanus, M., Jassaud, R. *Le deuil chez l'enfant*. Psychiatrie de l'enfant. 1980, 23 : 319-340.
- [29] Hanus, M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Anales médico-psychologiques A*, 2006, vol.164, n°4, p.349-356.
- [30] Hanus, M. Le deuil après le suicide : Après le suicide, l'entourage entre crise et accompagnement. *Perspectives psychiatrique (Paris) A*, 2008, vol.47, n°4, p.350-358.
- [31] Hanus, M. Le travail de deuil. In : Amar, N., Couvreur, C., Hanus, M. *Le Deuil*. 2002, p.19. p.27. Algérie. SARP.

- [32] Hanus, M. *Les deuils dans la vie*. Paris, Maloine, 1995, p.19, p.117, p.171.
- [33] Hanus, M. Processus de deuil et soins palliatifs. *Revue Apajh A*, 1998, n°59, p.2-16.
- [34] Heas, C., Heas, S. Les rituels thérapeutiques de séparation: Le travail de deuil lors de la perte accidentelle d'un enfant. *Thérapie familiale A*, 2007, vol.28, n°2, p.101-122.
- [35] Kaplan, H-I., Sadock, B-J. *Manuel de psychiatrie*. Paris, Maloine, 1992, p.122.
- [36] Klein, M. *Essais de Psychanalyses*. Paris : Maloine, 1979, p.131-369.
- [37] Laborie, J-M., Haegel, A., Carlin, P. L'annonce à la famille d'un décès dans le contexte des urgences hospitalières et préhostalières. *JEUR*. Paris : Masson, 2002, 15, p.5-14.
- [38] Les deuils dans l'enfance. In : *3è congrès de vivre son deuil*. Paris : 1997. (112 pages).
- [39] Nachin, C. Les malades du deuil. *Perspectives psychiatriques (Paris) A*, 2006, vol.45, n°2, p.184-190.
- [40] Nachin, C. Sept thèses sur « les malades du deuil ». *Psychiatrie française A*, 1993, vol.5, n°4, p.14-32.
- [41] Nehmé, A., Ducrocq, F. Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2004, n°4, vol.4, pp.249-263.

- [42] Nicoles, J-D., Lassague, M., Payen, A. Les troubles psychiques des rescapés d'une fortune de mer. *Revue francophone du stress et du traumatisme*, 2004, vol.4, n°4, pp.283-289.
- [43] Philippin, Y. Deuil normal, deuil pathologique et prévention en milieu clinique. *Info Kara A*, 2006, vol.21, n°4, p.163-166.
- [44] Preterre, P. Deuil pathologique. *Gazette medicale de France (1969) A*, 1988, Vol.95, n°5, p.24-25.
- [45] Raimbault, G. *L'enfant et la mort*. Toulouse, Privat, 1975.
- [46] Roussillon, R., Chabert, C., Ciccone, C., et al. *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique général*. 62, rue Camille-Desmoulins : Elsevier Masson, 2007. 702.p.
- [47] Ruiz, B. Deuil traumatisant et risque de morts en série : Le syndrome du « deuxième cordée ». *Médecine (Montrong) A*, 2010, vol.6, n°8, p.375-381.
- [48] Seck, S. *Infertilité conjugale et souffrance psycho-sociale : Etude de 20 couples suivis à la clinique gynéco-obstétricale du CHNU Aristide le Dantec*. 102p. Mémoire pour l'obtention du certificat d'études spéciales de psychiatrie : Dakar Sénégal : Université Cheikh Anta Diop de Dakar : 4 février 2010.
- [49] Sirois, F. Deuil pathologique : Le défunt comme compagnon imaginaire. *Evolution psychiatrique A*, 2004, vol.69, n°3, p.461-475.
- [50] Subilia, L., Juan-Torres, S-R. Famille de disparus: un deuil possible?. *Revue francophonie du stress et du trauma A*, 2005, vol.5, n°3, p.167-173.

[51] Tarquinio, C., Houbre, B., et al. Application de l'EMDR au deuil traumatique après une collision de train. *L'evolution psychiatrique*, 2009, Vol. 74, n°4, p. 567-580.

[52] Thiam, M-H et al. Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression du post-partum : rapport d'une série de onze cas sénégalais. *Perspectives psy*, 2008, vol.47, n°2, p.119-125.

[53] Thiam, M-H., Faye, P-L et al. Névrose traumatique chez les intervenants de première ligne: à propos d'une observation clinique lors du naufrage du ferry sénégalais le Joola. *Psy-cause*. 2007, n°48-49, p.96-100.

[54] Thomas, Louis-Vincent. Deuil et rituel de deuil. *Psychiatrie Française* : décembre, n° 493, p.5-13.

[55] Thomas, P., et al. Deuil et personnes âgées. *La revue Francophone de gériatrie et de gérontologie*, 2009, vol.XVI, n°152, P.98-102.

[56] Vannotti, M., Pereira, R. *Espace d'échanges du site IDRES sur la systémique*[enligne].Disponible sur :« http://www.systemique.be/spip/article.php3?id_article=32 ».(page consultée le 11-jan-2012).

[57] Veilleux, N., Moro, M-B et al. Trauma extrême et deuil : Prise en charge psychologique en situation de guerre. *Revue francophone du stress et du trauma*, 2004, vol.4, n°4, pp.265-270.

[58] Veimoron, E., Meert, Ph. Gestion Du Deuil Lors D'Une Mort Violente.

Louverain Med, 2003, 122, p.413-415.

[59] Veyrat, J-G. Deuil pathologique et hallucination. *Psychiatrie française A*, 1993, vol.24, n°4, p.99-106.

[60] Vitry, M. Les deuils post traumatiques. In : Crocq L. *Traumatisme psychique. Prise en charge psychologique des victimes*. Paris : Elsevier-Masson, 2007, p.73-86.