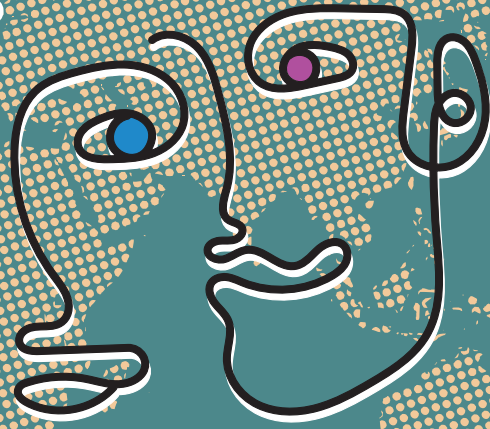


PSY Cause



Depuis 1995 les psy causent dans Psy Cause pour théoriser la pratique de terrain en santé mentale et faire savoir les savoir-faire en francophonie

SOMMAIRE

PRATIQUE DE LA STIMULATION
TRANSCRÂNIENNE À COURANT
DIRECT CHEZ LES SUJETS
ALCOOLODÉPENDANTS LORS D'UNE
CURE DE SEVRAGE AU CENTRE
D'ADDICTOLOGIE DE MORANCEZ

ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE
LIÉ AU PREMIER RAPPORT SEXUEL
(BÉNIN, 2023)

PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS
AU RISQUE SUICIDAIRE LIÉ À LA
DÉCEPTION AMOUREUSE AU NORD
BÉNIN EN 2023

PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION
CHEZ LES PATIENTS ACCIDENTÉS
DE LA VOIE PUBLIQUE SUIVIS AU
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU
MAGA À COTONOU

IMPACT PSYCHIQUE DE LA
CONFRONTATION À L'ENFANT RÉEL :
SÉRIE DE CAS RELATIFS AU SEXE DE
L'ENFANT NÉ





SOMMAIRE

Psy Cause Numéro spécial - Mai 2024

**PRATIQUE DE LA STIMULATION TRANSCRÂNIENNE
À COURANT DIRECT CHEZ LES SUJETS
ALCOOLODÉPENDANTS LORS D'UNE CURE DE SEVRAGE
AU CENTRE D'ADDICTOLOGIE DE MORANCEZ**

CRESCENT NASCIMENTO Corentin Damase
OUSSEYNI Zika Oumou,
ROULON Gwénaël p.7

**ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE LIÉ AU PREMIER
RAPPORT SEXUEL (BÉNIN, 2023)**

ATAIGBA Ireti Nethania Elie ; AZA GNANDJI Guy
Gérard ; ANAGONOU Lucrèce ; ATADE Sèdjro Raoul ;
VODOUHE Tchimon Yéa Sètchégnon ;
OLOUGBEGNI Kadikpo Emmanuela ; TANDJIEKPON
Djidjoho Christian ; DJIDONOU Anselme ; TOGNON
TCHEGNONSI Francis ; GANDAHO Proper ;
EZIN HOUNGBE Josiane p.33

**PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS AU RISQUE
SUICIDAIRE LIÉ À LA DÉCEPTION AMOUREUSE AU NORD
BÉNIN EN 2023**

ATAIGBA Ireti Nethania Elie ; MOUSSA Djibrilla ;
OUSSEYNI ZIKA Oumou ; HOUNDONOUGBO Martial
Paterne ; ADOUFOU Abdias Kwamé ; TOKPANOUDE
Coovi Ignace ; DJIDONOU Anselme ; DOUMA
MAIGA Djibo ; TOGNON TCHEGNONSI Francis ;
GANDAHO Prosper p.51

**PRÉVALENCE DE LA DÉPRESSION CHEZ LES PATIENTS
ACCIDENTÉS DE LA VOIE PUBLIQUE SUIVIS AU CENTRE
NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT
KOUTOUKOU MAGA À COTONOU**

Guy-Gérard AZA-GNANDJI, Joël KPODANYESSI,
Koukou Messanh Agbémèlé SOEDJE, Tchédié EE
KLIKPO, Josiane EZIN HOUNGBE p.69

**IMPACT PSYCHIQUE DE LA CONFRONTATION À
L'ENFANT RÉEL : SÉRIE DE CAS RELATIFS AU SEXE
DE L'ENFANT NÉ**

Guy-Gérard AZA-GNANDJI, Michel MEHINTO,
Tchedié Etdéchié Elvyre KLIKPO p.83



PSY CAUSE

N° Spécial Mai 2024

Année 2024, deuxième trimestre

Revue Psy Cause

Editions Psy Cause International

Cabinet du Dr Thierry Lavergne

62, Cours Sextius

13100 Aix-en-Provence

Site web : <http://www.psychause.info>

Réalisation : Hexa-Aix

Aix-en-Provence

04 42 288 970

Prix : 50 € - ISSN 1245-2394

L'équipe de Psy Cause

Psy-Cause a été fondée en 1995 par Jean-Paul Bossuat et Thierry Lavergne, alors psychiatres des hôpitaux respectivement à Avignon et à Aix en Provence, pour faciliter la théorisation de la pratique de terrain en santé mentale, et contribue aujourd'hui à faire savoir les savoir-faire des psy du monde entier.

› Directeur, cofondateur et Président en exercice

Thierry Lavergne (Aix-en-Provence)

› Comité de Lecture Universitaire Francophone

Kolou Simliwa Dassa
(Université de Lomé, Togo)

Josiane Houngré
(Université de Cotonou, Bénin)

Koffi Paulin Konan
(Institut National de Santé Publique d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Drissa Koné
(Université d'Abidjan, Côte d'Ivoire)

Asséman Médard Koua
(Université de Bouaké, Côte d'Ivoire)

Pierre Lalonde
(Université de Montréal, Québec, Canada)

Djibo Douma Maiga
(Université de Niamey, Niger)

Samuel Mampunza
(Université de Kinshasa, RD Congo)

Alain Maxime Mouanga
(Université de Brazzaville, Congo)

Georgette Ngabolo
(Université de Libreville, Gabon)

Gérard Pirlot (Université Toulouse II, France)

Aïda Sylla (Université de Dakar, Sénégal)

André Tabo
(Université de Bangui, Centrafrique)

Raymond Tempier
(Université d'Ottawa, Ontario, Canada)

› Administratrice trésorière

Nathalie Méchin (Gap)

› Equipe développement

Stéphanie Carpentier (Saint-Tropez)

Olivier Rouault (Marseille)

Zaina Soubiale (CARRY-LE-ROUET)

Elisa Virey (Palavas les Flots)

› Comité de Rédaction Francophone

France :

Geneviève Ayach (Paris)

Catherine Lesourd (Martinique)

Myriam Livolant (Maroc)

Corentin Nascimento (Chaumont)

Gérard Pirlot (Toulouse)

Sophie Sauzade (Réunion)

Pascal Schindelholz (Guyane)

Raymond Videlaïne (Bonneval)

Algérie :

Meryem Tadlaoui (Tlemcen)

Réda Bénosmane (Tlemcen)

Mohamed Tadlaoui (Tlemcen)

Bénin :

Grégoire Magloire Gansou (Cotonou)

Émilie Fioffi-Kapdonou (Cotonou)

Josiane Houngré (Cotonou)

Burkina Faso :

Kapouné Karfo (Ouagadougou)

Arouna Ouedraogo (Ouagadougou)

Cambodge :

François Daniel Alberola (Phnom Penh)

Ka Sunbaunat (Phnom Penh)

Chak Thida (Phnom Penh)

Cameroun :

Jean-Pierre Olivier Kamga Olen (Yaoundé)

Valère Nkelzok (Douala)

Canada :

François Borgeat (Montréal, Québec)

Jean Philippe E Daoust (Ottawa, Ontario)

Samia Attia Galand (Gatineau, Québec)

Jean Dominique Leccia (Montréal, Québec)

Pierre Leichner

(Vancouver, Colombie britannique)

Raymond Tempier (Ottawa, Ontario)

Centrafrique :

André Tabo (Bangui)

Congo :

Alain Maxime Mouanga (Brazzaville)

Paul Macaire Ossou-Nguet (Brazzaville)

RD Congo :

Samuel Mampunza (Kinshasa)

Gilbert Mananga (Kinshasa)

Côte d'Ivoire :

Drissa Koné (Abidjan)

Koffi Paulin Konan (Abidjan)

Asséman Médard Koua (Bouaké)

Gilbert Assandé N'guessan (Abidjan)

Gabon :

Georgette Ngabolo (Libreville)

Guinée :

Moridofé Doukouré (Conakry)

Mamady Mory Keita (Conakry)

Italie :

Alfredo Ancora (Rome)

Japon :

Shigeyoshi Okamoto (Kyoto)

Kiyoshi Shiraishi (Fukukoa)

Liban :

Gada Bteich (Beyrouth)

Madagascar :

Adéline Raharivelo (Antananarivo)

Bertille Rajaonarison (Antananarivo)

Mali :

Baba Koumaré (Bamako)

Maroc :

Sadek El Idrissi (Marrakech)

Mauritanie :

Ousmane Sall (Nouakchott)

Monaco :

Valérie Aubin (Monaco)

Niger :

Djibo Douma Maiga (Niamey)

Portugal :

Amélie Trupin-Mesquita (Lisbonne)

Sénégal :

Aïda Sylla (Dakar)

Mamadou Habib Thiam (Dakar)

Suisse :

Othman Sentissi (Genève)

Tchèque :

Jan Cimicky (Prague)

Ivan Galuszka (Bila voda)

Petr Taraba (Opava)

L'équipe de Psy Cause

Psy-Cause a été fondée en 1995 par Jean-Paul Bossuat et Thierry Lavergne, alors psychiatres des hôpitaux respectivement à Avignon et à Aix en Provence, pour faciliter la théorisation de la pratique de terrain en santé mentale, et contribue aujourd'hui à faire savoir les savoir-faire des psy du monde entier.

Togo :

Kolou Simliwa Dassa (Lomé)
Saliou Salifou (Lomé)
Kokou Messanh Agbémélé Soédjé (Lomé)
Michel Touso (Lomé)

Tunisie :

Béchir Ben Hadj Ali (Sousse)
Faten Ellouze (Tunis, Tunisie)

› Correspondants

Rachel Bocher (Nantes, France)
Jean-François Bouix (Montpellier, France)
Jean-Marc Boulon (St-Rémy-de-Provence, France)
Françoise Deramond (Toulouse, France)
Habachi El Gammal (Assouan, Égypte)
Vladimir Esaulov (Moscou, Russie)
Michaïl Fedorovitch Denisov (Saint Petersburg, Russie)
Martine Fournier (Marseille, France)
Prosper Gandaho (Parakou, Bénin)
Fakhreddine Haffani (Tunis, Tunisie)
Françoise Lanet (Lausanne, Suisse)
Hosni Ouahchi (Avignon, France)
Ahmed Ould Hamadi (Nouakchott, Mauritanie)
Yves Petit (Papeete, Polynésie)
Bertrand Piret (Strasbourg, France)
Béatrice Ségalas (Antony, France)

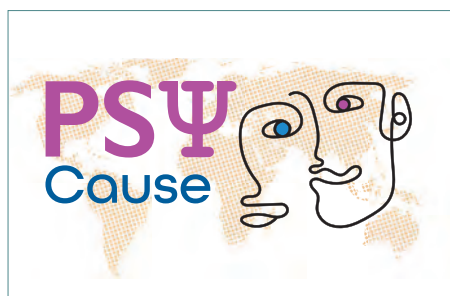
Eugeny Snedkov (Saint Petersburg, Russie)
Adrien Tempier (Londres, Angleterre)
Sergeï Yakovlevitch Svistunov (Saint Petersburg, Russie)
Youri Zharkov (Moscou, Russie)

› Membres d'honneur

Michèle Bareil-Guerin (Limoux, France)
Michel Bayle (Aix en Provence, France)
Moïse Benadiba (Marseille, France)
Daniel Bley (Arles, France)
Hervé Bokobza (Montpellier, France)
Thierry Bottai (Martigues, France)
Jean-Philippe Boulenger (Montpellier, France)
Stéphane Bourcet (Toulon, France)
Patrick Boyer (Uzès, France)
Boris Cyrulnik (Toulon, France)
Laurence Feller (Uzès, France)
Huguette Ferré (Martigues, France)
Jane Mac Adam Freud (Londres, Angleterre)
Alain Gavaudan (Marseille, France)
Jean-Luc Metge (Martigues, France)
Carole Mitaine (Antibes, France)
Marie José Pahin (Marseille, France)
Dominique Pringuey (Nice, France)
Jean pierre Staebler (Avignon, France)
Nicole Vernazza (Arles, France)

› Président fondateur

Jean Paul Bossuat (Avignon)



ARTICLE 5



IMPACT PSYCHIQUE DE LA CONFRONTATION À L'ENFANT RÉEL : SÉRIE DE CAS RELATIFS AU SEXE DE L'ENFANT NÉ

Auteurs :

Guy-Gérard AZA-GNANDJI¹, Michel MEHINTO², Tchedié Etdéchié Elvyre KLIKPO¹.

1. Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi, Bénin

2. Département de psychologie, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

Auteurs correspondant :

AZA-GNANDJI Guy-Gérard, mail : gazagnandji@gmail.com

RÉSUMÉ

Objectif : présenter un aspect de la souffrance psychosociale en milieu africain béninois.

Observations : Le sexe de l'enfant né est apparu comme un facteur de souffrance importante dans le post-partum chez trois sujets, mettant en exergue l'impact des considérations socioculturelles dans l'étiopathogénie de ces troubles en Afrique en général et au Bénin en particulier.

Conclusion : Nécessité d'élaboration avec les gestantes et leur conjoint sur la problématique du sexe de l'enfant à naître.

Mots clés : Troubles psychiques, post-partum, pesanteurs socioculturelles

INTRODUCTION

Le processus de parentalité est un parcours psychique sous l'influence de facteurs divers et variés. Il est admis que la naissance, véritable rencontre des parents avec leur enfant, confronte les parents à la réalité de l'enfant né et les oblige à élaborer le deuil de l'enfant imaginé et projeté, afin de l'accepter tel qu'il est et l'adopter. Ce deuil est d'autant plus difficile à faire que l'écart entre la réalité de l'enfant et les projections des parents est plus grand [9] [1]. Si la maternité est généralement une période heureuse, elle peut s'accompagner de souffrance psychologique, voire de manifestations psychiatriques graves [8]. Nous rapportons ici une série de cas relatifs au sexe de l'enfant né qui est apparu comme un facteur de souffrance psychique chez certains parents qui ont présenté des troubles psychiatriques dans le post-partum pour avoir eu des filles contrairement à leur attente. L'objectif de ce travail est de mettre en exergue l'impact des considérations socioculturelles qui sous-tendent cette souffrance.





Cas 1

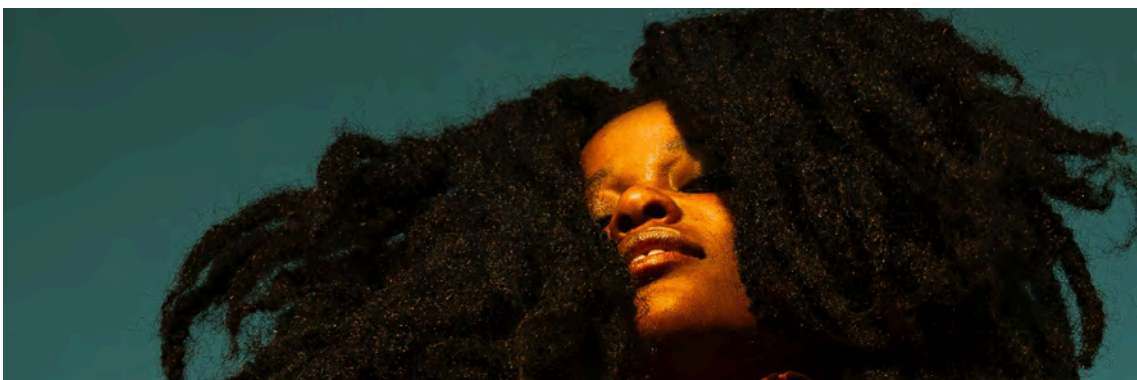
Monsieur P, âgé de 29 ans, béninois d'ethnie fon, est conduit contre son gré en psychiatrie par sa mère et son frère aîné pour trouble du comportement. Selon les accompagnants, tout aurait commencé dix-huit jours plus tôt, jour de naissance de son premier enfant. Après l'accouchement, lorsqu'elle lui a annoncé que le bébé est une fille, il aurait dit à la sage-femme que ce n'est pas son enfant et serait parti de la maternité. Il fut retrouvé errant quatre jours plus tard par ses parents. Depuis son retour à domicile, il serait resté mutique pendant deux jours et après cela il ne fait que répéter : « mon aîné ne peut pas être une fille ». Il ne parle que pour évoquer le sexe de son enfant et n'adresse pas de parole à sa femme. Il ne dort pas, pleure souvent sans raison apparente, peine à manger et à se laver, regarde en permanence le bébé, n'ose pas le prendre dans ses bras et refuse de le faire lorsqu'on le lui suggère. Son frère aîné rapporte que suite à la réalisation d'une échographie qui évoquait le sexe féminin de son enfant il avait dit que c'était une erreur d'interprétation et qu'on se rendrait compte à l'accouchement qu'il s'agit d'un garçon. Monsieur P n'a aucun antécédent psychiatrique ni personnel ni familial et ne consommerait pas de substance psychoactive. Il est chrétien catholique, vit en concubinage avec sa compagne depuis deux ans sans notion de conflit conjugal. Monsieur P explique qu'il est le quatrième enfant et le troisième garçon d'une fratrie de cinq enfants dont deux filles. Il confie que ses deux frères aînés ont eu des aînés de sexe masculin et qu'il sait que cela avait beaucoup réjoui leurs parents. Il rapporte qu'à l'occasion de la naissance de l'aîné d'un de ses grands frères, son père lui avait demandé de lui donner aussi un petit-fils et qu'il a depuis ce temps prié dieu de lui accorder cette faveur mais que Dieu n'a pas écouté ses prières. A l'examen, il donne à voir une tristesse avec des pleurs, une idéation laborieuse et verbalise un sentiment de dévalorisation et d'indignité : « je n'ai pas été capable de faire un aîné garçon... Si Dieu ne m'a pas exaucé c'est parce que je ne suis pas digne d'honorer mon père... ». Monsieur P n'a donné à voir ni hallucination ni idée délirante ni aucun autre trouble psychiatrique cliniquement décelable.

Ce tableau clinique a fait évoquer un épisode dépressif du post-partum. La prise en charge a débuté en hospitalisation pendant deux semaines et s'est poursuivie en ambulatoire sur 4 mois avec une évolution favorable. Le traitement médicamenteux avait associé un antidépresseur (clomipramine 50mg/ en une prise) et un anxiolytique (Lorazépam 5mg/j en 2 prises). Une prise en charge psychosociale est associée au traitement médicamenteux du début à la fin. L'implication de la famille, notamment du père du patient, a permis de relativiser les exigences socioculturelles liées au sexe de l'enfant, de travailler les erreurs de raisonnement, d'atténuer la souffrance et d'élaborer le deuil du garçon imaginé et projeté afin d'adopter et investir la fille née.

Cas 2

Madame G, âgée de 37 ans, commerçante et pratiquant la religion catholique, a fait les études jusqu'en classe de terminale. Elle est béninoise, d'ethnie mahi, vit en concubinage et est déjà mère de trois filles. Elle a fait suivre normalement sa quatrième grossesse jusqu'à son accouchement. Une échographie réalisée dans le cadre de ce suivi avait identifié le sexe féminin de l'enfant qu'elle porte. Elle a été vue dans le cadre de la psychiatrie de liaison. Selon la sage-femme, suite à l'accouchement, madame G lui aurait demandé le sexe de l'enfant. Lorsqu'elle lui a confirmé le sexe féminin du bébé, madame G aurait répondu : « cet enfant est venu au monde pour me faire partir de chez mon mari. Je ne peux pas faire une fille ». Par la suite, elle n'aurait plus demandé les nouvelles de son enfant et aurait refusé de la prendre pour s'en occuper lorsque l'équipe soignante le lui a demandé. L'équipe a décidé de mettre le bébé à coté d'elle dans son lit mais elle lui a tourné dos pendant quelques instants avant de menacer de le jeter au sol si l'équipe ne l'en débarrassait pas. Elle a refusé toute discussion et aurait passé son temps à pleurer. En entretien, madame G explique que les idées s'embrouillent dans sa tête, qu'elle ne peut pas rentrer à la maison avec une fille parce que son mari l'a prévenue qu'il épouserait une deuxième femme si elle accouchait à nouveau d'une fille. Il en aurait tellement parlé et tant de fois qu'elle sait qu'il le ferait et il aurait le soutien de sa mère. Elle évoqua sa souffrance depuis trois mois que l'échographie a révélé le sexe de l'enfant, échographie dont elle dit avoir caché le résultat à son mari jusqu'à présent. Depuis ce temps, elle ne dormirait plus bien, n'aurait plus l'appétit mais s'efforcerait de manger pour son bébé. Elle rapporte que malgré l'échographie elle nourrissait en secret l'espoir d'un miracle qui ne s'est finalement pas produit. Durant l'entretien, elle est demeurée triste avec des moments d'effondrement où elle pleure et se culpabilise : « si dieu a permis cela c'est pour me punir. Qu'ai-je fait pour mériter ça ? ». Elle dit aussi que depuis l'accouchement de sa troisième fille sa belle famille ne semble plus la voir d'un bon œil et la critiquerait en permanence. « je ne vau plus rien à leur yeux... », dit elle. Elle ne donne à voir ni idée délirante ni hallucination ni désorganisation de la pensée.

Un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive est évoqué et madame G a été mise sous anxiolytique (Alprazolam : 0,50mg/j matin et soir) et antidépresseur (Amitriptyline : 25mg/j le soir) par voie orale. La démarche psychothérapeutique a consisté à contacter le mari, afin de l'impliquer dans la prise en charge. La première étape a été la confrontation du père à la réalité physique de son enfant. La deuxième étape a été la présentation de l'enfant à la mère par le père en tant que leur enfant. Ceci a permis à la mère d'accepter de prendre l'enfant et de s'en occuper de façon adaptée dès le lendemain. Cette relation à trois a été entretenue dans le cadre hospitalier pendant 5 jours avant le retour à domicile avec poursuite de l'accompagnement du couple pour faire le deuil du garçon projeté. Par la suite la belle mère de la patiente a été impliquée dans la thérapie afin de relativiser les exigences socioculturelles liées au sexe de l'enfant, de travailler les erreurs de raisonnement et apaiser le vivre ensemble. L'évolution clinique a été favorable sur un suivi de 3 mois.



Cas 3

Madame A, âgée de 35 ans, est employée de banque. Elle est béninoise, d'ethnie fon et pratique la religion catholique. Elle a fait des études universitaires et est titulaire d'un master. Elle est mariée et mère de trois filles. Madame A présente des comportements qui inquiètent son mari. Elle a accouché de sa troisième fille il y a 11 jours avec retour à domicile quarante-huit heures plus tard. Dès son retour à la maison, madame A se plaint à son mari que le bébé a une malformation au niveau du sexe qui, selon elle, ne s'est pas développé normalement. Et sa réaction a été vive avec protestations et pleurs lorsque son mari voulut la rassurer de la normalité du sexe du bébé. En faisant part à sa belle sœur de la situation et de son inquiétude, celle-ci lui apprit que sa femme a annoncé à ses parents que l'enfant né est un garçon, contrairement à la réalité. Lorsqu'il a tenté d'en parler avec sa femme, elle lui dit être convaincue que c'est un garçon et que des gens malveillants utilisent des moyens occultes pour transformer les garçons qu'elle conçoit en fille à la naissance. Elle a accusé le mari d'être complice de ces manœuvres occultes et l'empêche de s'approcher du bébé. Ces trois derniers jours, elle passe tout son temps à observer et à examiner le sexe de l'enfant qui pleure plus que d'habitude. Lorsqu'on lui fait la remarque, elle cesse mais recommence au bout de quelques minutes. Elle pleure souvent, disant qu'elle ne comprend pas pourquoi le sexe de son garçon ne se développe pas normalement. Elle dort peu et pour cela fait une automédication au diazépam pour dormir. Elle s'occupe bien de son bébé mais se néglige sur le plan de l'hygiène corporelle et de l'alimentation. Madame A n'a aucun antécédent psychiatrique personnel ni familial. Cependant, le mari rapporte qu'à l'occasion de sa première grossesse, elle n'avait acheté que des habits pour garçon et disait être convaincue que son bébé serait de sexe masculin. C'est à la naissance qu'elle s'est résolue à acheter des habits pour fillette. Par ailleurs, pour ses trois grossesses, elle a toujours refusé qu'on lui précise le sexe de l'enfant à l'échographie. « Docteur, j'ai accepté venir vous voir parce que tout ça me fatigue. Je suis épuisée, très épuisée dans ma tête et dans tout mon corps. Je ne comprends pas pourquoi mon mari et sa famille font semblant de ne pas comprendre ce qu'il se manigance » dit-elle. Elle explique que tous ses frères et sœurs ont eu des enfants des deux sexes et dit ne pas comprendre pourquoi il en serait autrement pour elle, considérant sa situation actuelle comme un complot contre elle. Elle rapporte qu'à l'occasion de son premier accouchement, sa belle-mère disait qu'elle n'aime pas les femmes qui ne font que des filles et que mettre au monde un aîné fille est signe d'un mauvais présage pour la solidité du mariage. Elle rapporte aussi avoir reçu il y a deux mois environ un message anonyme l'informant qu'une autre femme serait enceinte d'un garçon pour son mari et que son mari n'a pas souhaité en parler lorsqu'elle lui a posé la question. Elle rapporte entendre des voix qui se moquent d'elle, disant qu'elle est incapable de donner un garçon à son mari et que son mari va prendre une autre femme. Elle dit aussi entendre souvent pleurer un bébé mais à chaque fois elle pense que c'est son enfant et lorsqu'elle vérifie ce n'est jamais lui. Au cours de la consultation, la patiente a beaucoup pleuré surtout lorsqu'on lui a demandé si son bébé est un garçon ou une fille. « C'est un garçon mais on l'a transformé en fille pour me faire du mal, pour que mon mari me laisse » répondit-elle en pleurant. Le mari reconnaît avoir pris une deuxième femme actuellement enceinte. Il rapporte avoir eu des commentaires désagréables à l'endroit de sa femme après l'accouchement de leur deuxième fille, quant à son incapacité à lui donner un garçon et que pour cette raison il n'est pas heureux dans le mariage.

Il a été évoqué une dépression du post-partum avec symptômes psychotiques. Madame A fut mise sous un traitement oral fait d'un antidépresseur (Amitriptyline : 25mg le soir) et d'un antipsychotique (Loxapine : 25mg le soir). Au plan psychothérapeutique, le mari et sa mère avaient été impliqués pour relativiser les exigences socioculturelles liées au sexe de l'enfant, de travailler les erreurs de raisonnement et apaiser le vivre ensemble. L'évolution clinique a été favorable sur un suivi de 7 mois.

DISCUSSION

Ces trois cas cliniques présentent des patients béninois dans la trentaine, deux femmes et un homme, qui ont présenté des troubles psychiatriques après la naissance de leurs enfants qui, contrairement à leur attente, sont des filles. Pour ces trois parents, tout a basculé à l'annonce du sexe féminin de l'enfant né, donc à leur confrontation à l'enfant réel. En effet, la conception de la grossesse, l'attente de l'accouchement et la perspective de devenir parent occasionnent une réorganisation dans l'appareil psychique des futurs parents. Des interactions vont alors naître entre les parents et le bébé et vont être influencées par divers facteurs dont le sexe du bébé qui, selon Annick Le Nestour, influence inévitablement et massivement les interactions non seulement comportementales mais imaginaires et fantasmatiques des parents avec lui. Le bébé est l'objet de projections identificatoires sexuées d'emblée; il représente une pléiade de personnages féminins et masculins auxquels les parents l'identifient dans une perspective transgénérationnelle et l'anticipe sexuellement en dépassant le simple sexe corporel [7]. Dans le champ socio anthropologique, le désir d'enfant est davantage interprété comme répondant à des attentes collectives et à des normes sociales, permettant de perpétuer le groupe et d'accéder à un nouveau statut [3].

Ces trois cas cliniques présentent des patients béninois dans la trentaine, deux femmes et un homme, qui ont présenté des troubles psychiatriques après la naissance de leurs enfants qui, contrairement à leur attente, sont des filles. Pour ces trois parents, tout a basculé à l'annonce du sexe féminin de l'enfant né, donc à leur confrontation à l'enfant réel. Monsieur P le devait pour être digne de son père. Madame G et madame A le devaient pour être bien acceptées dans leur belle famille respective et mériter plus d'attention et d'égard auprès de leur mari respectif. Cette situation apparaît comme un important facteur de stress qu'ils ont porté durant les 9 mois de grossesse dans l'espoir d'un aboutissement heureux. Relever ce défi avait pour eux une importance telle que, malgré les échographies réalisées qui annonçaient le sexe féminin, les trois sont restés dans le déni de la réalité. Ce qui est aussi évocateur de l'importance de la souffrance psychique endurée. D'autant plus que monsieur P accédait au statut de parent pour la première fois et le faisait dans un contexte de modèle familial où avoir un fils aîné de sexe masculin est source de valorisation et son père lui avait laissé sous-entendre que c'est ainsi qu'il serait digne de lui. Laurence Charton expliquait que le désir d'enfant est ainsi soumis à des dimensions sociales et culturelles qui varient en fonction du contexte dans lequel il émerge [2]. Cette accession au statut de parent est considérée comme un moment de crise de la vie et de ce fait constitue un facteur de fragilisation. Cette crise normale du développement, on peut espérer que la plupart des individus y arrivent spontanément, à court ou moyen terme. Néanmoins, tout ce processus ne se fait pas toujours harmonieusement, il peut devenir très difficile voire impossible à élaborer pour certains hommes.

Une telle préoccupation pour le sexe masculin, notamment en milieu africain, est connue et serait liée à plusieurs facteurs. Simone Gilgenkrantz rapporte que la préférence masculine est ancrée sur les coutumes, les traditions et la religion [5]. Albert Doja expliquait que la naissance du garçon premier-né garantit la conservation du nom et la continuation de la lignée et de la famille, ainsi que son renforcement économique et le soutien des parents dans leur âge avancé [4]. L'importance de la naissance d'un enfant, et notamment d'un garçon est, selon Charton et Levy, liée non seulement à la pérennisation du nom de l'ancêtre pour la continuité du lignage, comme c'est le cas encore aujourd'hui dans la plupart des sociétés africaines et asiatiques, mais aussi à des motivations socioreligieuses et à des questions d'héritage, en raison de règles de résidence patrilocales. Pour eux, la transmission des biens et d'un patrimoine constitue une autre dimension importante dans la décision d'avoir un enfant et dans la préférence

du sexe de l'enfant. Laquelle préférence pour l'un ou l'autre sexe des enfants s'enracine dans les logiques rattachées aux systèmes familiaux (mariage, succession, transmission de la propriété) et aux normes sociales entourant les rôles et les statuts des parents [3]. La préférence pour les garçons est plus forte dans les systèmes patrilinéaires d'après Guilmoto et al [6]. Et le système familial prédominant au Bénin est le système patrilinéaire où les normes sociales qui prévalent imposent une stricte répartition des rôles et des responsabilités entre les deux sexes : l'homme se doit d'assurer les besoins financiers du foyer, pendant que la femme est en charge du travail domestique et des soins aux enfants [5].

Dans les trois cas, les parents des hommes des couples sont impliqués dans le maintien et l'entretien du facteur de stress qu'est l'exigence d'enfant garçon. Il s'agit des belles-mères de madame G et madame A. Ce qui est une situation habituelle sans que cela conduise souvent à une décompensation même si c'est souvent très générateur de souffrance pour les femmes dans leur couple. Dans la situation monsieur P, ses parents ont mis la pression sur lui et non sur son épouse. Ce qui n'est pas habituel au Bénin car la société sous-entend qu'en cas d'infertilité du couple ou d'absence d'enfant garçon dans la descendance, la faute revient d'emblée à la femme si bien que la solution souvent proposée est que l'homme prenne une autre épouse. Peut-être aussi que la pression n'a pas manqué de s'exercer sur l'épouse de monsieur P mais que la capacité de résilience de celle-ci aurait été un facteur protecteur contre une décompensation. Il aurait été intéressant de la rencontrer dans le cadre de la prise en charge de son mari mais cela n'a pu se faire parce que le mari s'y était opposé au début. Par la suite, la famille ayant rapporté une nette amélioration dans la relation du couple, nous n'avions plus insisté.

Ces défis sont relatifs à des considérations socioculturelles qui, malheureusement, s'inscrivent dans un cadre discriminatoire sans prendre en compte la réalité dans le processus de procréation. On souhaite avoir d'enfant mais lorsqu'il est conçu son genre (féminin ou masculin) ne relève pas de la volonté des géniteurs. Autrement, cela consisterait probablement en des manipulations scientifiques. On ne saurait être dans une logique naturelle de procréation et être exigeant sur le genre vis-à-vis des géniteurs. Cependant, selon Simone Gilgenkrantz, malgré la mondialisation et l'amélioration des conditions économiques dans certains pays, les coutumes, les traditions, les stéréotypes sexuels, les croyances religieuses risquent de perdurer longtemps encore. [5].



CONCLUSION

Cette série de cas montrent l'influence des réalités socioculturelles qui deviennent parfois des pesanteurs dans l'épanouissement psychique. Elle montre également l'intérêt d'un travail de sensibilisation préventive lors des consultations prénatales pour minimiser la discrimination basée sur le genre entretenue par certains aspects des traditions et coutumes, à travers une élaboration avec les femmes enceintes et leur conjoint sur la problématique du sexe de l'enfant à naître. Ce qui permettrait d'éviter une trop grande souffrance dans le post partum.

RÉFÉRENCES

1. Bydlowsky Monique. Les enfants du désir. Odile Jacob, France, 2008, pp 51-52
2. Charton L. « Du désir d'enfant à la première et deuxième naissance » : 365-395, in A. Régnier Loilier (dir.), Photos de familles. Premiers résultats de l'enquête. Étude des relations familiales et intergénérationnelles. Les Cahiers de l'Ined, Paris, 2009.
3. Charton, L. & Lévy, J. J. Présentation : désir d'enfant et désir de transmission : quelles influences sur la formation des familles ? *Anthropologie et Sociétés*, 41(2), 9-37, 2017. <https://doi.org/10.7202/1042312ar>
4. Doja, A. Le sexe de la naissance : Masculin/féminin dans la société traditionnelle albanaise. *Ethnologie Française*, 25(4), 650-667, 1995. <http://www.jstor.org/stable/40989578>
5. Gilgenkrantz S. La préférence masculine. Causes et conséquences démographiques. *Médecine Sciences*, 23(11), 1051-6, 2007.
6. Guilmoto, C. La masculinisation des naissances. État des lieux et des connaissances. *Population*, 70(2), 201-264, 2015. <https://doi.org/10.3917/popu.1502.0201>
7. Le Nestour A. «Le bébé attendu : fille ou garçon, pour le meilleur ou pour éviter le pire ?». *L'information psychiatrique*, 86(10), 2010, pp. 831-837.
8. Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F. *Psychiatrie de l'adulte*. 2ème édition Masson, Paris, 2006 page 461.
9. Tchokote EC. (2021). De l'enfant imaginaire à l'enfant réel : réalité psychique subjective des parents ayant un enfant Infirmes Moteur Cérébral au Cameroun. *Psychologie clinique*, n°51, 2021, pp. 171-183.