

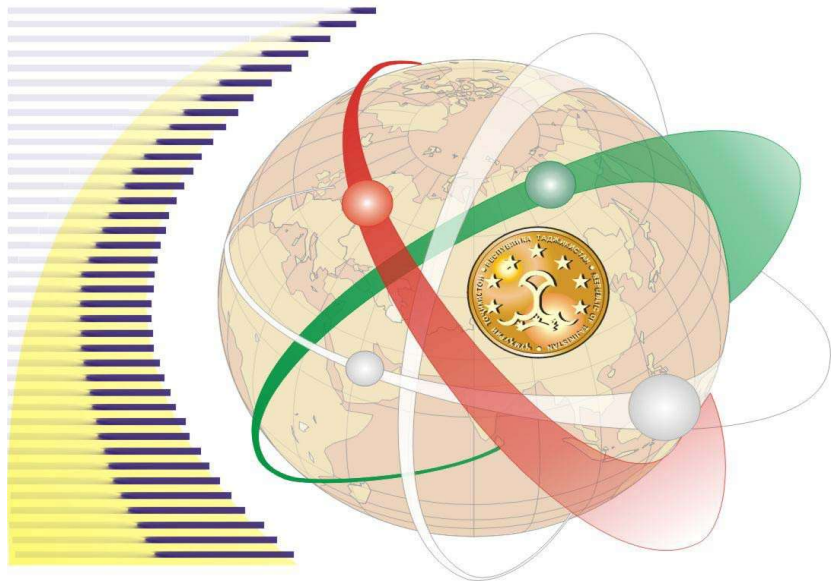


La revue scientifique  
**Les Cahiers  
du CBRST**

*La science au service de la société*

**DOSSIERS**

**Lettres, Sciences Humaines et Sciences  
Sociales**



03 BP 1665Tél (229) 21 32 12 63 2132 09 77

Fax : (229) 21 32 36 71

Mail : [cahiersducbirst@yahoo.fr](mailto:cahiersducbirst@yahoo.fr) ;

[cahiersducbirst@gmail.com](mailto:cahiersducbirst@gmail.com)

Site Web: <http://www.cbrst-benin.org>



CAHIERS DU CBRST

Cahiers du CBRST

N° 17, 2<sup>ème</sup> semestre 2020 ; ISSN : 1840-703X, Cotonou (Bénin)

Dépôt légal n° 12567 du 04/11/2020 4<sup>ème</sup> trimestre 2020

Bibliothèque Nationale du Bénin,

**DIRECTEUR DE PUBLICATION :** Professeur Marc T.T. KPODEKON ; Directeur Général du CBRST

**DIRECTEUR ADJOINT DE PUBLICATION :** Professeur *AZONHE Thierry Hervé*

**CONSEILLER SCIENTIFIQUE :** Apollinaire Guy MENSAH ; *Directeur de Recherche*

**REDACTEUR EN CHEF :** SOGLO Yves

**SECRETAIRE DE REDACTION :** AGBOKOUNOU Aristide

### COMITE SCIENTIFIQUE

#### Médecine et santé publique

Pr. DARBOUX Raphael (Bénin), Pr. SECK Sidy Mohamed (Senegal), Pr. BIGOT André (Bénin), Pr. KABA Lamine (Guinée), Pr. AKPONA Simon (Bénin), Pr. LALEYE Anatole (Bénin), Pr. El Hadj KA Fary (Senegal), Pr. HOUNNOU Gervais (Bénin), Pr. HOUNGBE Fabien (Bénin), Pr. MASSOUBODJI Achille (Bénin), Pr. KAZE François (Cameroun), Pr. LALEYE Anatole (Bénin), Mca SABI Kossi (Togo)

#### Agriculture, environnement et sciences de l'ingénieur

Pr. MAKOUTODE Michel (Bénin), Pr. OYEDE Marc (Bénin), Pr. MENSAH Guy Apollinaire, Pr. TOSSA Joel (Bénin), Pr. SINSIN Brice (Bénin), Pr. GBENOU Joachim (Bénin), Pr. GBAGUIDI Fernand (Bénin), Pr. AHANHANZO Cornelle (Bénin), Pr. HONTONFINDE Félix (Bénin), Pr. SOCLO Henri (Bénin), Pr. ADOUKONOU S. Dominique, Pr KPODEKON Marc T.,

#### Lettres, sciences humaines et sociales

Pr. ALINSATO Alastair (Bénin), Pr. AZONHE Thierry Hervé (Bénin), Pr. TCHAMIE Tiou (Togo), Pr. CLEDJO Placide (Bénin), Pr. HOUNDENOU Constant (Bénin), Pr. IGUE Charlemagne (Bénin), Pr. HOUNKOU Emmanuel (Bénin), Pr. ANIGNIKIN Sylvain (Bénin), Pr. GLIDJA Judith (Bénin), Pr. SAMBA KIMBATA Joseph (Congo B), Pr. GBEASSOR Messanvi (Togo), Pr. AFOUDA Abel (Bénin), Pr. ZOUNGRANA Pierre Tanga (Burkina), Pr. ATTANASO Odile (Bénin), Pr. JOSSE Roger (Bénin), Pr. Pr. VISSIN Expédit (Bénin), Pr. AMOUZOUVI Dodji H. (Bénin), Pr. SOGBEDJI M. Jean (Togo), Pr. GBEMOU Mahulikplimi K. (Togo), Pr ODOULAMI Léocadie, Pr IMOROU Aboubakari,

#### COMITE DE LECTURE

Prof DOSSOU-YOVO Adrien; Pr AVLESSI Félicien; Prof CLEDJO Placide; Prof da CRUZ Maxime; Prof EDAH Daniel ; Prof KOUNOUHEWA Basile ; Prof MENSAH G. A.; Prof TOSSOU Okri Pascal; Prof AGOÏNON Norbert ; Dr TENTE Brice; Dr YABI Ibourahima; Dr. Zacharie SOHOU ; Pr. LALEYE Anatole ; Prof. GBAGUIDI Célestin ; Prof MONGBO Roch ; Prof. GNELE José ; Dr ALAMOU Eric ; Prof AZANDO E. V.; Dr DOUGNON Victorien; Prof GBAGUIDI Fernand; Prof GBANGBOCHÉ A. B.; Prof GLELE KAKAÏ Romain ; Prof TCHIBOZO Eric ; Pr HOUNHOUIGAN Joseph ; Pr KPOVIESSI Salomé ; Pr OYEDE Marc ; Pr. Ag. FOLLIGAN Bénédiction ; Pr. Ag. YAO-GNANGOURA Victor ; Pr. AKPONA Simon ; Pr. ALLABI Aurel ; Pr. BIGOT André ; Pr. CHIKOU Antoine ; Pr. DARBOUX Raphael ; Pr. HOUNGBE Fabien ; Prof. GLIDJA Judith ; Pr. HOUNNOU Gervais ; Prof. Ag. MOUMOUNI Hassane ; Prof LANHA Magloire ; Prof. CHABOSSOU Augustin ; Prof AINA Martin ; Prof ALLABI Aurel ; Dr HOUNGNIHIN Roch ; Prof. SOGLO Yves ; Prof JOHNSON Christian; Prof KPOHOU Ferdinand; Prof GNIMADI Clément, Prof SOHOU Zacharie; Dr AGBOKOUNOU Aristide, Dr DEGBEY Georges; Prof VIGNINOU Toussaint; Prof GIBIGAYE Moussa; Prof YABI Fidèle; Prof OREKAN Vincent; Prof GBAGUIDI Arnould; Prof TOKO Ismaël; Prof VISSOH Sylvain; Prof HEDIBLE Sidonie, Dr SOSSOU K. Benoît ; Prof. AHOUANJINOU Raymond-Bernard ; Prof. GOMEZ Ansèque ; Prof. VODOUNOU Jean Bosco; Prof. DOSSOU Jéstin Paulin; Prof. AFOUDA Servais; Prof. HADONOU Julien; Prof. TAMA Clarisse

*Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.*



## SOMMAIRE

1. Les armes étrangères dans la littérature africaine francophone.....1  
*Kintossou Armand ADJAGBO*
2. Le conseil pastoral paroissial et la gestion des paroisses dans l'archidiocèse d'Abidjan Cote d'Ivoire (1968-2006).....18  
*Thierry Hugues ADOUBI*
3. Les boîtes aux idées comme vecteurs d'expression des besoins en santé sexuelle et de la reproduction (SSR) chez les apprenants au Bénin : vécus et leçons.....37  
*Alphonse Mingnimon AFFO*
4. La représentation sociale de la qualité de la formation au certificat de qualification professionnelle au Bénin : primauté des intérêts propres des acteurs sur les normes prescrites.....65  
*HOUINSOU D. F. E., HOUETCHENOU B., AHODEKON S. C. C.*
5. Intégration régionale dans l'Union Economique et Monétaire Ouest Africain (UEMOA) : complémentarité ou concurrence ?.....91  
*Alastaire ALINSATO*
6. Relación iglesia-estado y los actos normativos de eliminación de la cultura morisca en la España moderna.....111  
*Wilfrido Christophe Métogla AYIBATIN<sup>1</sup>, Wilfrid Gustave TRONNOU<sup>2</sup>*
7. Les emprunts lexicaux du mòkòle aux langues du nord du Bénin : analyse linguistique et sociolinguistique.....129  
*Oba-Nsola A. L. Clément BABALOLA*
8. Stratégie d'utilisation de l'internet des jeunes de la commune de Yopougon en République de Côte d'Ivoire.....145  
*BALLY Claude Koré*
9. Sécularisation, postsécularisation et foi religieuse dans l'espace républicain.....167  
*Dègbédji Gad Abel DIDEH, Roland TECHOU*



10. Impact de la proximité socioculturelle du dirigeant des autres parties prenantes sur le dynamisme des petites entreprises au Bénin .....186  
*ERIOLA Akitola. Jesse*
11. Analyse des déterminants de la satisfaction professionnelle des jeunes au Bénin .....212  
*GUEZO Marius, ADANSOKE Rodolphe*
12. « Représentations sociales de la sorcellerie au pays du vodou : données d'enquête populaire au Sud-Bénin et analyse de faits » .....241  
*Florent Eustache HESSOU*
13. Les enjeux socio-économiques du rapport des femmes aux ressources forestières dans le village Zouma au Burkina Faso .....257  
*Jean Paulin KI*
14. Les pratiques de déplacements du domicile au lieu d'étude des étudiants de l'université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody (Côte d'Ivoire).....280  
*KOBENAN Appoh Charlesbor, BRENOUM Kouakou David, ATTA Koffi*
15. Marché du Travail et Configurations de l'emploi .....300  
*Monsoï Kenneth Colombiano KPONOU*
16. La mélancolie : névrose ou psychose ? quand la symptomatologie de la vignette clinique étudiée rend ambigu le diagnostic.....317  
*MEHINTO Michel Mètonou*
17. Migrations et emprunts culturels chez les bialébe de l'Atacora au nord-ouest du Bénin.....334  
*SAHGUI Nékoua P. Joseph*
18. Facteurs explicatifs de la dynamique démographique et ses implications dans la zone sanitaire Ouidah/Kpomasse/Toribossito.....351  
*TCHINKOUN A. Carine; AZONHE Hervé Thierry, Gabin TCHAOU*



19. Cartographie des parcs et facteurs d'exposition des camionneurs routiers en matière de l'infection à VIH/SIDA au Bénin.....377  
*SOSSOU Koffi Benoit*
20. Participation citoyenne et mobilisation des ressources locales dans la commune d'Abomey-calavi au Sud du Bénin : Analyse du jeu d'acteurs.....497  
*BOKO-AZONHE Ghislaine*



## LA MÉLANCOLIE : NÉVROSE OU PSYCHOSE ? QUAND LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA VIGNETTE CLINIQUE ÉTUDIÉE REND AMBIGU LE DIAGNOSTIC

**MEHINTO Michel Mètonou**

Laboratoire de Psychologie Appliquée,  
Université d'Abomey-Calavi/Bénin, Assistant en  
Psychopathologie et Psychologie Clinique, 10 BP 875  
Cotonou, Tél : 0022997268923. E-mail : [mipapaito01@yahoo.fr](mailto:mipapaito01@yahoo.fr)

### RESUME :

*La présente réflexion sur l'ambiguïté ou la complicité diagnostique de la schizophrénie sur un terrain de deuil pathologique, vise à montrer que dans la relation thérapeutique, ce qui importe n'est point le diagnostic, mais la satisfaction des besoins immédiats du patient. Ainsi, sans déconsidérer l'importance du diagnostic dans le traitement du patient, cette recherche part d'un cas clinique atypique pour mettre en évidence les difficultés diagnostiques qui conduisent à l'expectation, au traitement symptomatique ou parfois à l'abandon du patient et de sa maladie. Les informations sont recueillies par hétéro-anamnèse auprès des parents du patient et de son entourage à l'aide d'une grille d'entretien clinique. De l'analyse des données, il nous est apparu que les expériences de vie traumatique dont le deuil augurent, lorsque le terrain est vulnérable et les circonstances de la perte sont tragiques, une flopée de pathologies mentales dont la schizophrénie qui elle-même est considérée, du point de vue culturel et éthiopathogénique, comme une énigme, un mystère ou encore une maladie réservoir. Aussi bien le deuil pathologique que la schizophrénie peut présenter une symptomatologie plurielle qui complique le diagnostic et la prise en charge du patient. Par ailleurs, au-delà des variances culturelles qui biaisent la compréhension des pathologies mentales et l'accompagnement du patient, les attitudes de l'entourage, les préjugées et amalgames sur la maladie mentale, sont des facteurs de pronostic défavorable. Au demeurant, dans l'expérience clinique, l'urgence n'est ni la maladie, ni le diagnostic, mais les besoins du malade qu'il faut satisfaire à tout point de vue.*



**Mots clés :** *deuil pathologique, schizophrénie, ambigüité, diagnostic, Sô-Ava.*

## ABSTRACT

*The present reflection on the ambiguity or the diagnostic complicity of schizophrenia in a field of pathological bereavement, aims to show that in the therapeutic relationship, what matters is not the diagnosis, but the satisfaction of the immediate needs of the patient. Thus, without disregarding the importance of diagnosis in the treatment of the patient, this research starts from an atypical clinical case to highlight the diagnostic difficulties that lead to the expectation, to the symptomatic treatment or sometimes to the abandonment of the patient and his disease. The information is collected by heterogeneity from the patient's parents and friends and family using a clinical maintenance grid. From the analysis of the data, it appeared to us that the traumatic life experiences whose bereavement augur, when the terrain is vulnerable and the circumstances of the loss are tragic, a flurry of mental pathologies including schizophrenia which itself is considered, from the cultural and ethiopathogenic point of view, as an enigma, a mystery or even a reservoir disease. Both pathological bereavement and schizophrenia can present a plural symptomatology that complicates the diagnosis and management of the patient. Moreover, beyond the cultural variations that distort the understanding of mental pathologies and the patient's accompaniment, the attitudes of those around them, the prejudices and amalgamations on mental illness, are factors of unfavorable prognosis. Moreover, in the clinical experience, the urgency is not the disease or the diagnosis, but the needs of the patient that must be met from every point of view.*

**Keywords:** *pathological bereavement, schizophrenia, ambiguity, diagnosis, Sô-Ava.*

## INTRODUCTION

Dans l'expérience clinique, il y a des situations qui présentent une ambigüité diagnostique et qui contraignent le clinicien à un traitement symptomatique ou à une conduite expectative. En nous basant sur un cas clinique atypique, nous nous proposons dans ce travail de discuter et de



réfléchir sur la complexité diagnostique de la schizophrénie sur un fond de deuil traumatique. La difficulté des soignants face à la schizophrénie n'est pas l'apanage de l'époque contemporaine. Cette maladie demeure, malgré les progrès remarquables de la psychiatrie, de la psychologie contemporaine et des sciences médicales dans la dernière décennie, une énigme, un mystère, le talon d'Achille de la psychologie clinique (J. Garrabé, 1992). C'est en cela que L. Grand (2018) en référence aux travaux de J. C. Coleman, J. N. Butcher et R. C. Carson (1984) a estimé que la schizophrénie est de la catégorie des maladies qui, d'une culture à l'autre, d'un siècle à l'autre, constituent un mal qui est synonyme de tous les maux, un mal qui devient la projection de tous les aspects négatifs et sombres de l'âme humaine. Comme une maladie réservoir, ce mal devient une malédiction, une honte familiale, une plaie pour la société qui lui offre, bien contre son gré, le gîte. Dans le cas présent, une interrogation surgit : la situation de perte, a-t-elle auguré cette décompensation psychotique de type schizophrénique ? La complexité diagnostique de ce cas se trouve dans l'élucidation de cette interrogation centrale de recherche. Il est connu en effet qu'aucun symptôme n'est pathognomonique de la schizophrénie même si certains symptômes sont positifs et déterminants dans l'élaboration de son diagnostic. Le diagnostic de la schizophrénie est posé après avoir écarté certaines affections organiques, iatrogènes ou toxiques d'expression psychotique. De même, la schizophrénie est un syndrome physiopathologique plurifactoriel complexe, débutant souvent à l'adolescence ou chez le jeune adulte et évoluant vers une dissociation progressive de la personnalité. L'état clinique de dame A. T. nous convoque à un dépassement des systèmes de catégorisation abscons des différentes codifications des pathologies mentales proposées par le DSM et la CIM. Bien que l'objectif de la clinique psychologique soit de traiter le malade et non sa maladie, nous nous devons de procéder à une discussion diagnostique pour nous orienter en termes de pratique psychothérapeutique. Les traumatismes psychologiques comme le deuil pathologique peuvent dans leur expression clinique porter le masque d'éléments psychotiques d'où une difficulté à porter un diagnostic (J. Bergeret, 2008). De même, ils peuvent revêtir toutes les formes de la pathologie mentale. Dans l'ensemble, ses expressions cliniques sont comparables à celles des pathologies mentales habituelles, même si ce contexte particulier du deuil leur imprime cependant quelques caractères spécifiques. Dans les deuils traumatiques, I. Benharkat (2005) distingue classiquement les deuils marqués par un



syndrome psychiatrique et les deuils caractérisés par la décompensation d'une personnalité névrotique.

Dans le deuil psychotique, M-L. Bourgeois (2003) cite la pathologie anxieuse qui se manifeste par une anxiété généralisée ou des attaques de panique ; l'accès mélancolique qui se caractérise par un ralentissement psychomoteur important, une baisse importante de l'estime de soi, l'intensité excessive des sentiments de culpabilité, des idées d'indignité, la présence d'idées suicidaires, et *a fortiori* d'une symptomatologie délirante ou d'idées de damnation. L'épisode maniaque de deuils ne diffère pas fondamentalement d'un accès maniaque aigu typique, même s'il y a quelques particularités et que dans la manie de deuil, la perte semble ne pas avoir d'importance. Les réactions de dame A. T. à la suite de son expérience de deuil ne permettent pas de la catégoriser dans une ou l'autre de ces entités diagnostiques. Or, la prise en charge psychologique ou psychiatrique des états psychotiques, dont la schizophrénie, ou des pathologies organiques ou psychotraumatiques d'expression psychotique est évidemment différente surtout en termes de psychothérapie. De plus, en dehors des deuils mélancoliques et des deuils maniaques, dans lesquels des caractéristiques psychotiques peuvent être présentes, les deuils psychotiques peuvent revêtir des formes aiguës ou des formes chroniques (schizophrénies), d'installation insidieuse (M-L. Bourgeois, 2003). Dans ce contexte, la situation de deuil peut inaugurer la maladie ou révéler un état mental qui évoluait déjà depuis quelque temps. Est-ce le cas de cette patiente ? Ou que sommes-nous appelé à soigner : le deuil traumatique ou la schizophrénie qui sont toutes deux comme des sœurs siamoises ?

Le mot schizophrénie du grec « skhezein » qui signifie scission et du mot « phren » qui signifie esprit, a été proposé par E. Bleuler en 1950. Théoriquement, c'est une scission de l'esprit. Mais dans les faits, sous le nom de schizophrénie sont désignés généralement une maladie ou un ensemble syndromique, caractérisés par des symptômes plus ou moins spécifiques évoluant vers une désorganisation profonde de la personnalité (J. C. Maleval, 2014). Elle se caractérise par une expression clinique hétérogène. Selon H. EY (1989), les symptômes schizophréniques appartiennent à trois dimensions principales que sont : positive (Hallucination et délire), négative (aboulie, apathie et retrait social) et désorganisé (trouble du cours de la pensée, incohérence des actions et



ambivalence affective). Ces syndromes sont généralement associés aux déficits neurovégétatifs qui contribuent fortement au handicap psychique causée par la schizophrénie. Depuis Bleuler, l'unicité de ce trouble n'a pas été établie. N. Franck (2013) a estimé que de nombreux auteurs ont souhaité que le concept de schizophrénie soit aboli. Ils estimaient en effet que la schizophrénie n'est pas une maladie selon l'acceptation médicale, car son étiologie reste inconnue et aucun symptôme ni examen complémentaire ne lui est pathognomonique. De plus, la prévalence de la schizophrénie est au plan global compris entre 0,3% et 1%. Le sex-ratio est de 2 hommes pour 1 femme entre 15 et 24 ans. Ce même diagnostic peut être posé devant des tableaux cliniques très différents, seulement certains symptômes positifs en sont spécifiques et sont donc précieux pour l'élaboration du diagnostic. Le diagnostic de schizophrénie repose sur l'association de certains symptômes évocateurs dont la présence doit être observée sur une période suffisante (S. Bourcet, 2005). Aussi, souligne-t-il que la stabilité des symptômes dans le temps permet de distinguer cette affection chronique des pathologies telles que le trouble bipolaire et le trouble schizoaffectif. Au regard des antécédents psychiatriques de la patiente qui n'a jusqu'à présent souffert de troubles psychiatriques, on ne s'aurait parlé d'un réveil d'état psychotique latent. À la limite, cette expérience douloureuse de perte peut constituer la porte d'entrée dans la maladie. C'est justement à ce niveau que se situe toute l'ambiguïté diagnostique dans le cas la pathologie de cette patiente. Cette recherche, s'intéresse à cette ambiguïté diagnostic pour montrer à travers ce cas atypique comment des pathologies peuvent s'enchevêtrer et rendre l'abord et la prise en charge compliquée. À partir de cet état des lieux qui sert de problématique, le cadre et la méthode d'investigation sont présentés ainsi que le cas clinique son l'analyse diagnostic.

## 1. CADRE ET METHODE D'INVESTIGATION

La commune de Sô-Ava est une commune lacustre qui se situe dans le département de l'Atlantique au Bénin. Elle est d'une superficie de 218 km<sup>2</sup> et compte en son sein sept (07) arrondissements (RGPH4, 2013). L'arrondissement de Sô-Ava est celui qui a servi de cadre empirique pour la collecte des données. Le Plan de Développement communal troisième génération de la commune de Sô-Ava permet de constater que l'arrondissement de Sô-Ava est situé au Sud du Bénin. Il est compris entre 6°24' et 6°38' latitude Nord et entre 2° 27' et 2°30' longitude Est. Elle



occupe une partie de la basse vallée du fleuve Ouémé et de la rivière Sô à qui elle doit son nom. Cet arrondissement est limité : au Nord par les communes de Zè et d'Adjohoun ; au Sud par la commune de Cotonou ; à l'Est par les communes lacustres des Aguégués et de Dangbo et, à l'Ouest par la commune d'Abomey-Calavi.

## 2. MATERIELS ET METHODES

La vignette clinique qui a retenu notre attention dans le cadre de ce travail de réflexion émane de nos activités de sensibilisation des tradipraticiens sur l'usage de la violence dans la prise en charge des malades mentaux. Pour son étude, nous avons opté pour une méthode clinique qualitative basée sur l'étude de cas individuel. Ce choix se justifie par la recherche de sens. Ce qui implique une démarche compréhensible à laquelle s'ajoute celle de la causalité. Dès lors, la collecte des données sur la vignette clinique s'est faite par hétéro-anamnèse à l'aide d'une grille d'observation et d'entretien clinique semi-directif auprès de six (06) parents de la malade et de onze (11) personnes de sa communauté. Cette approche d'hétéro-anamnèse est privilégiée au regard de l'incapacité communicationnelle de la malade. Elle nous a donc permis de reconstruire les séquences d'événements de l'histoire de la maladie du cas appréhendé ainsi que sa symptomatologie et les facteurs prédisposant dans le dessein de faciliter l'orientation du diagnostic. Les données anamnestiques collectées auprès de ces personnes et triangulées ont permis d'analyser le cas à la lumière des théories du stress (E. Zech, 2006) et celle de l'attachement (J. Bowlby, 1980/1984).

## 3. RESULTAT DE LA RECHERCHE

### 3.1. Présentation du cas clinique

Madame, A. T. n'était pas notre patiente. Elle sortait de son internement pour le traitement d'un épisode psychotique chez un tradipraticien. Nous l'avions rencontré à sa sortie alors que nous menions une activité de sensibilisation des tradipraticiens sur l'usage de la violence dans le traitement des malades mentaux. La psychose dans les suites d'un deuil a été toujours pour nous une préoccupation de recherche. Ainsi, nous nous sommes intéressés à l'étude de son cas. Les données cliniques exposées dans ce travail émanent de l'hétéro-anamnèse de sa pathologie.



En octobre 2015, dame A. T. âgée de 46 ans a perdu son fils D. E., alors âgé de 8 ans. Il serait mort par noyade. D'ethnie Aïzo et de religion catholique, elle est la 4<sup>ème</sup> épouse de son mari qui était âgé de 60 ans. Elle est la 3<sup>ème</sup> d'une fratrie utérine de 10 enfants, dont 7 vivants. Sa mère vivante est âgée de 71 ans. Son père était mort il y a 6 ans. Il était polygame avec 5 femmes et 22 enfants, dont 17 vivants. Elle aurait été très affectée par la mort brutale de son père à qui elle était très attachée. Elle se culpabilisait de n'avoir pas eu l'occasion d'assister son père dans ces dernières heures. À cette époque, elle était enceinte et les préceptes culturels font état du fait qu'une femme enceinte ne devrait pas assister à des funérailles surtout d'une personne très proche. De plus sa répétition de mort-nés l'en dissuadait. Elle n'a donc pas pu assister concrètement aux funérailles de son père. Elle aurait été conçue au détour d'un conflit conjugal qui aurait entraîné la séparation temporaire de ses parents. L'histoire de sa grossesse fait qu'elle était restée très attachée à ses deux parents. Dans son enfance, elle aurait présenté un retard dans le langage et la marche. Elle aurait marché à 3 ans révolus. Comme ses frères et sœurs, elle n'a pas fréquenté et a conçu sa première fille à 17 ans. Dans sa maternité, on note 11 grossesses avec 5 mort-nés, tous de sexe masculin. C'est ce qui fait de D. E le seul garçon. Elle n'a jamais souffert de troubles mentaux, mais aurait été victime d'un viol à l'âge de 11 ans. Elle entretient une bonne ambiance relationnelle avec son entourage jusqu'à la disparition de son fils.

### 3.2. Anamnèse

Un après-midi, alors qu'elle était allée vendre ces légumes, D. E. aurait quitté le domicile parental à l'insu des autres membres de la famille et du voisinage. Personne ne saurait où il était allé. Il a donc disparu. Les multiples investigations étaient restées sans succès. Aussi, bien les autorités de la police que celles du village étaient impliquées dans cette fouille.

D. E, était le garçon unique, mais le 6<sup>ème</sup> d'une fratrie utérine de 6 enfants. Les jours qui ont suivi sa disparition, sa mère était prolongée dans un profond désarroi. Son vécu était chaotique. Elle se mettait nue devant la divinité Aïzan du village et se lamentait. Elle se tapotait la poitrine, le ventre et le pelvis, implorait la clémence des dieux pour retrouver son enfant. Par ce geste, elle indiquait à la divinité sa pureté de cœur, son innocence et sa douleur de mère. Aussi proférait-elle des malédictions pour



le responsable de la disparition de son fils. Dans ces dits, ces coépouses étaient les premières accusées de cette disparition. La répétition de cette scène de nudités pendant des semaines a conduit ses enfants et sa belle-famille à l'interner. L'internement n'a réglé que le rituel de nudité auquel elle se livrait quotidiennement. De son lieu d'enfermement, elle ne cessait de se lamenter et appelait une à une le nom des divinités du village pour réclamer justice et le retour de son enfant. Elle dormait et mangeait à peine. Elle ne mangeait que le repas fait par sa mère. Au bout d'un mois d'enfermement, les cris et lamentations diminuaient. Elle semblait retrouver un peu sa quiétude même si elle restait évasive et le regard hagard.

Lorsqu'au bout de trois mois de recherche infructueuse, et après consultation du « Fâ », la famille s'est résignée à l'idée que le disparu n'est plus de ce monde et a décidé de procéder au « rituel d'appel du corps » pour l'inhumation, elle a présenté un véritable épisode psychotique de type accès maniaque. Elle réclamait la preuve que son fils était mort et s'indignait de la conspiration collective dont elle est victime. Dans sa démarche de recherche, elle allait de domicile en domicile pour demander si son fils n'est pas arrivé là par hasard. La même maison peut être visitée plusieurs fois au cours de la journée. De guerre lâche, elle a perdu d'intérêt aux choses, mangeait à peine, collectionnait les poupées à qui elle donnait le bain à chaque fin de journée au bord de la rivière Sô, un des méandres du lac Nokoué. Il lui était arrivé à plusieurs reprises de chasser sa fille cadette de la chambre à coucher, car disait-elle, celle-ci gênait la tranquillité et le repos de ces enfants «les poupées». Elle vivait dans un état d'incurie et d'impropriété total. Cet état a motivé ses parents à l'interner à nouveau, mais dans un centre de traitement traditionnel de la maladie mentale. Elle aurait reçu un traitement qui aurait donné de bons résultats avec le retour au domicile parental et ensuite conjugal. Il lui arrivait par moment de se lamenter et de réclamer la justice de Dieu.

Après le retrait de l'eau, pendant le mois de mars, les enfants posant des pièges à craves ont découvert la charpente osseuse d'un individu. Informées, les autorités du village se sont rendues sur les lieux. Vraisemblablement, il s'agissait des ossements de D.E. puisqu'il était le seul enfant disparu pendant l'année. Après des rituels effectués au lieu de découverte, le père de D.E. était autorisé à procéder à l'inhumation de ce reste dans l'intimité familiale. Elle s'en était farouchement opposée. Elle n'aurait pas vu les ossements en question, mais déclarait que ce ne sont pas



les ossements d'un enfant de 8 ans. Elle précisait que ce rituel vise à empêcher le retour très prochain de son enfant. Sa fille cadette rapporte qu'elle la rassurait de temps à autre du retour de son frère qui lui apporterait des cadeaux. Elle en avait la certitude et pensait régulièrement au repas qu'elle ferait pour fêter le retour de son fils. Elle pensait même initier une tontine pour cette occasion. Elle déclarait aussi que lorsqu'il lui arrive de ne pas l'écouter, elle se fâche et dit que si elle continue elle allait interdire à son petit frère de revenir ou de lui apporter de cadeaux. Aussi, rapporte-t-elle que A.T. reste très souvent silencieuse, évasive comme méditant et se regarde longtemps le ventre qu'elle palpe.

Elle fut négligée et l'enterrement est effectué à la devanture de sa chambre qui est sur pilotis. Les jours suivants, elle aurait rechuté. Dans son état, elle aurait versé de la bouillie chaude sur le petit enfant de moins de deux ans. Ce comportement aurait amplifié les suspicions qui l'accusaient d'être auteur de la disparition de son enfant. En effet, il se disait que ses oppositions malgré ces ossements retrouvés et son état seraient les conséquences de son implication dans la disparition de son fils. En conséquence, les attitudes étaient devenues plus dures à son égard. Elle a donc été négligée pendant cet épisode de rechute. À l'aide d'un petit pilon et d'un couteau, elle pille et creuse régulièrement la tombe. Par suite, les tentatives de traitements à l'indigénat initiés par ses enfants et ses parents seraient sans succès. Il y a peu, cette mère circule à longueur de journée sur les berges de la rivière de sa localité. Elle aurait une poupée à la main. Cette poupée, elle l'entretenait, la lavait, la portait au dos, chantait pour elle, la cajolait, lui donnait le lait et la nourriture.

#### **4. ANALYSE ET DISCUSSION DU CAS CLINIQUE**

##### **4.1. Analyse et discussion d'un diagnostic de deuil psychotique**

Une analyse objective de ce cas nécessite de faire référence à la théorie du stress et à la théorie de l'attachement. Ces théories nous semblent plus adapter à l'étude du vécu relatif au deuil, car elles s'intéressent au changement, à la soudaineté du changement et à l'ajustement après le changement. Ainsi, pour E. Zech (2006, p. 123), « la théorie du stress indique qu'un ajustement sur une longue période de temps serait moins stressant qu'un ajustement soudain ». M. S. Stroebe et *al.*, (2005a) citant S.



Folkman *et al.* (1986) estime que l'impact du décès sur le bien-être est dû à des déficits stressants causés par la perte. Ces déficits pourraient être compensés par le soutien social de la famille et des amis. Mais il précise que, le soutien social aurait à la fois un effet modérateur, c'est-à-dire un effet tampon sur l'impact du deuil et un effet médiateur, c'est-à-dire facilitant la résolution du deuil. Alors que la théorie de l'attachement postule que la perte soudaine d'une figure d'attachement pourrait détruire les sentiments de sécurité d'un individu, provoquer un état d'hypervigilance et donc mener à un deuil plus compliqué voire pathologique. De plus, un manque d'anticipation a des effets négatifs sur la santé et l'intensité du deuil (J. Bowlby, 1980/1984). Il est certes reproché à la théorie de Bowlby de réduire le travail de deuil à un simple travail de détachement de lien avec le défunt. Mais, dans l'étude du deuil, la théorie de l'attachement est utile dans la mesure où elle permet de comprendre ce qui est cassé ou perdu lors de la perte d'un proche (P. R. Shaver et R. C. Fraley, 2004) et offre une interprétation théorique plausible à de nombreuses réactions de deuil (le besoin pressant de rechercher la personne perdue, le sentiment de présence de la personne défunte ou la colère d'avoir été abandonné) qui autrement seraient difficiles à comprendre. Ce modèle théorique permet aussi d'expliquer pourquoi un décès soudain et inattendu provoque des réactions de deuil et de protestation plus intenses et d'envisager des interventions d'aide qui sont spécifiques au style d'attachement au défunt. Le désarroi et la pérennité de la douleur de cette dame en lien avec l'histoire de sa maternité montrent l'étendue de la blessure infligée par cette disparition brusque. L'incapacité de dame A. T. a métabolisé et dépassé cette douleur à donner corps à toute la symptomatologie observée.

#### ***4.1.1. Contexte et histoire du défunt***

Dame A. T. a perdu tragiquement son fils D. E. Ce dernier a disparu du domicile parental. Il serait déclaré ensuite mort noyé avec pour reste des ossements. Ce qui implique une impossibilité d'identifier le corps. Or, le travail de deuil commence avec le contact avec le corps du disparu, car l'absence du corps maintient longtemps les endeuillés dans le déni avec l'espoir de retrouver le disparu. Dame A.T. a perdu 5 garçons (mort-nés) et avait déjà atteint la ménopause au moment de cette perte. La perte de cet enfant constitue une perte d'espoir et d'espérance. Ce type de deuil a pour particularité de durer plus longtemps et d'avoir davantage tendance à se



compliquer, ou même à devenir pathologique. Il présente de surcroît tous les facteurs responsables d'une intensité traumatique maximale :

- le sentiment de culpabilité de l'endeuillé ;
- l'attitude de l'entourage à l'égard de la mère ;
- l'attachement de la mère à l'enfant ;
- l'histoire de sa maternité ;
- les circonstances de la perte et du décès ;
- l'âge du défunt : enfant de 8 ans ;
- l'histoire de l'enfant : seul garçon vivant après 5 garçons mort-nés.

#### ***4.1.2. Vécu de la patiente et facteurs de risque de complication***

La disparition est vécue douloureusement avec un choc violent accompagné de scène de nudité et d'incrédulité. La réalité n'est pas acceptée avec l'espoir de retrouver le disparu en dépit des circonstances qui témoignent de la perte évidente. Il y a perte d'intérêt aux choses et aux autres. Le soutien social est mal vécu et interprété comme ironique et malveillant. Dame A. T. a perdu son fils et son père de façon brutale. Cette perte est significative, car elle était très attachée à ces parents surtout à son père. Il y a donc l'existence d'un substrat de traumatisme fait de sentiment de culpabilité, de devoir non accompli ou de non-acquittement de dette. Elle perd ensuite de façon tragique son garçon devenu seul par la force des faits. Ce garçon est donc porteur d'espoir. Le contexte d'accusation et non-assistance est susceptible de compliquer le deuil. Aussi, avons-nous identifié une détresse de séparation et celle traumatique. La détresse de séparation est renseignée par les attitudes de dame A. T. en lien avec le désir de conserver le défunt à travers la collection de poupées. Ce désir est matérialisé par la poupée qu'elle entretenait comme un enfant. Cette poupée est pour elle ce qu'est un objet contre-phobique pour un hystérique. À la suite de la disparition et de la mort éventuelles de son fils, dame A. T. a perdu l'espoir en la vie avec une vision péjorative et bouleversée du monde dont elle est désintéressée. Elle présente un profond sentiment de colère et de tristesse et une grande irritabilité. La détresse traumatique que vit cette dame se remarque dans son langage à travers ses cris et lamentations. L'ensemble des signes évoqués plus haut perdure depuis trois ans et entraîne un dysfonctionnement significatif du fonctionnement social. À cela s'ajoute la relation avec l'entourage qui est conflictuelle et mal vécue depuis cet événement. Le



soutien social est perçu négativement et de façon déformée. De ce fait, l'étayage de l'entourage n'est plus protecteur.

#### – Indicateur négatif de deuil ou facteur de fragilisation

Au demeurant de cette analyse et discussion, il n'y a pas d'indicateur positif de deuil. Dans cet état, il y a l'espoir de retrouver le disparu. Elle garde, attend et prépare l'arrivée de son fils perdu. C'est un indicateur négatif du deuil. Elle est restée bloquée à l'état de déni dans le travail de deuil.

#### 4.2. Analyse et discussion d'un diagnostic de schizophrénie

En référence à S. Tribolet et M. Shahidi (2008), le diagnostic de schizophrénie se pose en présence des symptômes psychiatriques comme le symptôme délirant en général paranoïde, la dissociation et l'autisme. Le délire dans le cadre de la schizophrénie est en général polymorphe et flou en thème et en mécanisme (S. Tribolet et M. Shahidi, 2008). Son évolution est chronique. Ce délire est désorganisé de mécanismes. L'adhésion au délire est totale avec absence de critique, avec une forte participation affective. Dans le cas présent, le délire est manifesté et les termes sont la persécution (*la patiente s'insurge contre une conspiration collective*), la revendication (*elle vérifie la présence éventuelle de son fils dans les domiciles qu'elle parcourt à longueur de journée*). Les mécanismes sont l'intuition, l'imagination. De même, le délire est aussi acté (*à l'aide d'un couteau et d'un petit pilon, elle pille et creuse la tombe*). Aussi, notons-nous, la présence des signes de la dépersonnalisation. Dans le vécu de dame A. T. la dépersonnalisation s'observe à travers le signe du miroir. La contemplation d'une partie du corps en général la main. Mais, ici, il y a la contemplation et la palpation du ventre. Le ventre de la femme est en lien avec la maternité. Sa déformation pourrait impliquer une grossesse. Au plan psychique, ce geste pourrait ou non traduire un émiettement de l'unité individuel. Il peut aussi s'agir simplement d'un signe de tranquillité semblable au rituel d'apaisement dans le cas de la compulsion.

Pour le syndrome dissociatif, il s'agit d'un processus de dislocation et de désagrégation susceptible d'affecter tous les secteurs de la vie mentale et relationnelle. Il évoque la faille structurale à partir de laquelle s'amorce l'effraction de la personnalité par la psychose. Ce terme est proposé par P.



Chaslin, en 1912, avec une connotation psychopathologique évoquant la dysharmonie, le décalage entre l'humeur et la formulation délirante, l'état émotionnel et le langage. Il existe une perte de l'unité et de l'homogénéité de la personnalité donnant lieu à des symptômes négatifs. Les épisodes entraînent un vécu angoissant et pénible. Cet effondrement brutal ou progressif des rapports du sujet et du monde et la mise en échec de la communication avec autrui portent la marque de l'étrangeté, de la bizarrerie et de la discordance (R. Roussillon, 2011). La discordance ou dissociation représente le cœur de syndrome schizophrénique. Selon C. Azoulay et C. Chabert (2005) elle opère une scission dans la conscience de l'individuel et se caractérise par quatre traits caractéristiques :

#### – L'ambivalence

Elle infiltre tous les sentiments et les actes du sujet. Ce concept qui traduit généralement par la coexistence simultanée de sentiments dichotomique pour un même objet. Cet état qui traduit généralement le morcellement du moi s'observe également dans le comportement de la patiente. Elle désire ardemment le retour de ce fils perdu ; pendant le même temps, elle menace de lui interdire de retenir. Le passage suivant traduit l'ambivalence :

*« Sa fille cadette rapporte qu'elle la rassurait de temps à autre du retour de son frère qui lui apporterait des cadeaux. Elle en avait la certitude et pensait régulièrement au repas qu'elle ferait pour fêter le retour de son fils. Elle pensait même initier une tontine pour cette occasion. La jeune fille a aussi déclaré que lorsqu'il lui arrive de ne pas l'écouter, elle se fâche et dit que si elle continue elle allait interdire à son petit frère de revenir ou de lui apporter de cadeaux ».*

#### – Bizarrerie

La bizarrerie est matérialisée par des conduites et expressions fantastiques et illogiques qui traduisent une perturbation psychique plurifocale impliquant une désorganisation majeure au niveau des conduites. Dans le comportement de la patiente A. T. nous notons des actes insolites marqués par la collection et le soin apporté aux poupées. Ce comportement pourrait traduire une régression aux stades les plus primitifs ou archaïques de l'évolution libidinale selon Freud. La régression est un phénomène qui s'observe couramment dans les différentes formes de schizophrénie. Cette



bizarrie s'observe également dans le comportement de la patiente à l'égard de sa fille cadette qui aurait été chassée à plusieurs reprises de la chambre à coucher, car elle gênerait le sommeil des poupées.

### – Le détachement

Le désintérêt concernant les activités professionnelles, les responsabilités familiales, jusqu'alors investies sont constatées dans les comportements de A. T. il y a donc un apragmatisme.

### – L'impénétrabilité

L'impénétrabilité est renseignée par l'incohérence des propos. Dans le discours de la patiente, l'impénétrabilité est marquée par son comportement d'opposition lors de l'enterrement des ossements retrouvés.

*« Elle n'aurait pas vu les ossements en question, mais déclarait que ce ne sont pas les ossements d'un enfant de 8 ans ». « Elle précisait que ce rituel vise à empêcher le retour très prochain de son enfant ».*

### – Autisme

Il était fréquent d'observer des moments de silence et d'évasion dans le comportement de la patiente. Dans la forme paranoïde de la schizophrénie, le schizophrène s'évade dans une réalité qui a perdu toute authenticité. Son moi morcelé se disperse dans un monde imaginaire, lui aussi morcelé, et clos sur lui-même.

Il importe de signaler que ce tableau clinique évolue depuis de trois ans et que, jusqu'à la disparition de la patiente les symptômes perduraient.

À cette triade symptomatologique s'ajoute son histoire de vie qui comporte d'importants événements de fragilisation. À tout point de vue, l'histoire de sa grossesse ; son retard à l'acquisition de la posture debout ; la perte brutale de son père à qui elle était attachée, son deuil non liquidé et l'histoire de sa maternité qui est émaillée de fausse couche et de mort-nés, constituent des facteurs de risque de la pathologie mentale.



## 5. DIAGNOSTIC RETENU

Le contexte et l'histoire de la maladie peuvent d'abord faire penser à un diagnostic de deuil traumatique marqué par une psychose mélancolique. La présence des signes de complication de deuil et les épisodes psychotiques avec le fort sentiment de culpabilité constituent des arguments qui plaident en faveur de ce diagnostic. Mais, avec la persistance des symptômes dans le temps et la présence constante de la triade symptomatique caractéristique de la schizophrénie (syndrome dissociatif, syndrome délirant et le syndrome autistique) le diagnostic de schizophrénie peut être retenu. Ce diagnostic se trouve renforcé par la présence des signes comme l'incurie et l'hétéroagressivité avec la présence des affects violents et paradoxaux. En dépit de la prédominance de la discordance intrapsychique, du polymorphisme du délire et de l'autisme, l'évolution rapide et la forme déficitaire de cette pathologie, peut faire retenir le diagnostic de schizophrénie de type hébéphrénique. Cependant, la patiente dans l'expression de sa pathologie reste adaptée à la réalité. Il y a une certaine logique qui se dégage entre les faits, du contexte, de l'entourage et des conduites de la patiente. Au regard de cela nous avons retenu le diagnostic de psychose mélancolie d'involution chronique avec manifestations hystérisiformes et théâtralisme.

## CONCLUSION

La réflexion sur l'état pathologique de cette patiente montre la posture déroutante de la schizophrénie. Lorsque cette pathologie fait suite à un psychotraumatisme d'expression psychotique, il peut se présenter une ambiguïté diagnostique. Devant ce cas clinique atypique, aussi bien le diagnostic de deuil psychotique que de schizophrénie peut être posé. Le deuil pathologie peut présenter un tableau clinique de régression archaïque similaire à la désorganisation intrapsychique observée dans la schizophrénie. La levée de cette ambiguïté diagnostique nécessite à une prise en charge efficace n'est possible qu'au prix d'une écoute, de recueil de données anamnestiques et de l'étude de relations interpersonnelles du patient. Cette distinction diagnostique nécessite aussi du temps et de l'investissement personnel du thérapeute. En attendant cette entreprise énergétivore, la psychothérapie de soutien est une indication thérapeutique car, elle favorise une satisfaction immédiate des besoins du patient.



## REFERENCES

1. AZOULAY Catherine et CHABERT Catherine, 2005, *Processus de la schizophrénie*, Ed. DUNOD.
2. BENHARKAT Imene, 2005, *Le deuil face à la mort violente d'un proche : étude des réactions de deuil*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de Magister en psychologie clinique, Faculté des Sciences Humaines et Sociales, Université Mentouri de Constantine.
3. BERGERET Jean, 2008, *Psychologie pathologique*, Edition Masson.
4. BLEULER Eugen, 1950, *Dementia praecox of the group of schizophrenics*, New York : Intern. Universities Press ; (traduction de la version allemande de 1911).
5. BOURCET Stéphane, 2005, « Psychose aiguë, schizophrénie débutante et adolescence », *Adolescence*, Vol. 2, n°52, pp. 225-239.
6. BOURGEOIS Marc-Louis, 2003, *Deuil normal et deuil pathologique : clinique et psychopathologie*, Reuil-Malmaison.
7. BOWLBY John, 1984, *Attachment and loss*, Tome 3, Loss : Sadness and depression. London : Hogarth. Trad. Didier E. Weil. (1984), *Attachement et perte* (Tome 3), *La perte, tristesse et dépression*, Paris : Presses Universitaires de France.
8. CHASLIN Philippe, 1912, À propos du centenaire des Éléments de sémiologie et de la discordance, *Annales Médico-psychologiques revue psychiatrique* (ANN MED-PSYCHOL). Paris : Asselin et Houzeau.
9. COLEMAN James C., BUTCHER James Neal & CARSON Robert C., 1984, *Abnormal Psychology and Modern Life*, U.S.A.: Scott, Foresman and Company.
10. EY Henri, 1989, *Manuel de psychiatrie*, Masson, Paris.
11. FOLKMAN Susan, LAZARUS Richard, GRUEN Rand et al., 1986, « Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms », *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 50, n° 3, pp. 571-579.
12. FRANCK Nicolas, 2013, « Clinique de la schizophrénie », *EMC-Psychiatrie*, 37-282-A-20, Vol. 10, n°1, pp. 1-16.
13. GARRABE Jean, 1992, *Histoire de la schizophrénie*, Paris: Editions Seghers, Collection: Médecine et Histoire.
14. GRAND Laureen, 2018, *L'alliance thérapeutique dans la schizophrénie, place de l'art-thérapie: revue critique de la littérature*



- et illustration clinique*, Thèse de doctorat en médecine générale, Université TOULOUSE III.
15. MALEVAL Jean-Claude, 2014, *Folies hystériques et psychoses dissociatives*, Paris : Payot.
  16. REPUBLIQUE DU BENIN, 2013, *Quatrième Recensement Général de la Population et de l'Habitat au Bénin* (RGPH-4).
  17. ROUILLON Frédéric, 2008, « Epidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales Mé'dico Psychologiques*, Vol. 166, n°1, pp. 63-70.
  18. ROUSSILLON René., 2011, *Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale*, Paris, Masson.
  19. SHAVER Phillip R. et FRALEY R. Chris, 2004, *Self-report measures of adult attachment*, Retrieved April 5, 2005 from <http://www.psych.uiuc.edu/~rcfraley/measures/measures.html>. Consulté le 22/12/2018.
  20. STROEBE Margaret S., SCHUT Henk et STROEBE Wolfgang, 2005a, « Attachment in coping with bereavement: A theoretical integration », *Review of General Psychology*, Vol. 9, n°1, pp. 48-66.
  21. TRIBOLET Serge et SHAHIDI Mazda, 2008, *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques*, Paris, hdfp.
  22. ZECH Emmanuelle, 2006, *Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*, Edition Mardaga, Belgique.