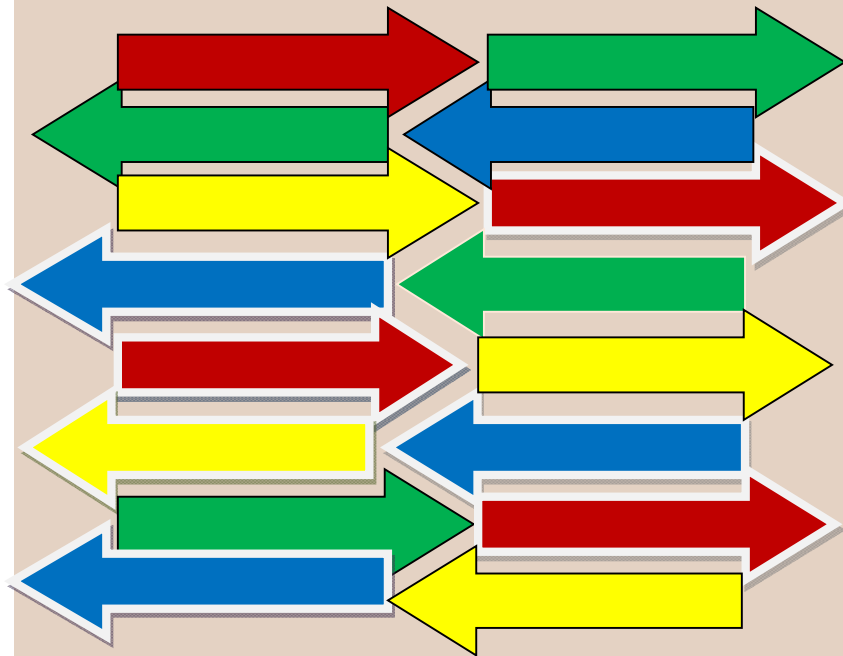


ISSN : 2310-3329

REVUE DE PHILOSOPHIE, LITTÉRATURE ET SCIENCES HUMAINES

ÉCHANGES



VOLUME 2 : SCIENCES HUMAINES

REVUE SEMESTRIELLE VOLUME 2 N° 008 juin 2017
LOMÉ-TOGO

REVUE DE PHILOSOPHIE, LITTÉRATURE ET SCIENCES HUMAINES

ÉCHANGES

VOLUME 2 : SCIENCES HUMAINES

Volume 2, N° 008 juin 2017

**Laboratoire d'Analyse des Mutations Politico-juridiques,
Économiques et Sociales (LAMPES)
Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société
Université de Lomé
01 BP 1515 Lomé**

ISSN 2310-3329

ADMINISTRATION ET RÉDACTION DE LA REVUE

Revue de Philosophie, Lettres et Sciences humaines de la Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé (Togo)
Revue créée en 2013

Directeur de publication : M. Octave Nicoué BROOHM, Maître de conférences
Coordinateur de Rédaction : Pr Robert DUSSEY

Secrétariat de rédaction :

Coordinateur du secrétariat de rédaction : Bilina Iba BALLONG, Maître de conférences

Coordinateur Adjoint du secrétariat de rédaction : Kokou GBEMOU, Maître de conférences

Membre du secrétariat de rédaction : Roger FOLIKOUE, Maître assistant

Assistants de rédaction : Bilakani TONYEME, Charles-Grégoire Dotsè ALOSSE, Bantchin NAPAKOU, Yawo AMEWU, Koffi AGNIDE, Komlan AZIALE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Thiou TCHAMIE
Pr Serge GLITHO
Pr Komla NUBUKPO
Pr François D. GBIKPI
Pr Laurence FAVIER
Pr Doh Ludovic FIÉ

COMITÉ DE LECTURE

Pr Yaovi AKAKPO (Université de Lomé)
Pr TCHAMIE Thiou (Université de Lomé)
Pr Komi. KOSSI-TITRIKOU (Université de Lomé)
Pr Essè AMOUZOU (Université de Lomé)
Pr Cyrille KONE (Université de Ouagadougou)
Pr Pierre NAKOULIMA (Université de Ouagadougou)
Pr Mahamadé SAVADOGO (Université de Ouagadougou)
Pr Augustin DIBI (Université de Cocody, Abidjan)
Pr Kazaro TASSOU (Université de Lomé)
Pr Adovi GOEH-AKUE (Université de Lomé)
Pr Kodjona KADANGA (Université de Lomé)
Pr Badjow TCHAM (Université de Lomé)
Pr Koffi AKIBODE (Université de Lomé)
Pr Yao DJIWONOU (Université de Lomé)
Pr Koffiwaï GBATI (Université de Lomé)

Pr Laurence FAVIER (Université Lille 3)
Pr Doh Ludovic FIÉ (Université de Bouaké)
Pr Widad MUSTAFA EL HADI (Université Lille 3)
Pr Ataféï PEWESSI (Université de Lomé)
Pr Issiaka KONÉ, Maître de recherche (Université de Bouaké)
Pr Esoham ASSIMA-KPATCHA (Université de Lomé)
Pr Robert DUSSEY (Université de Lomé)
Pr Tamasse DANIOUE (Université de Lomé)
Pr Essodina K. PERE-KEWEZIMA (Université de Lomé)
Pr Komlan E. ESSIZEWA (Université de Lomé)
Pr Lou Mathieu BAMBA (Université de Cocody, Abidjan)
Pr Thiémélé L. Ramsès (Université de Cocody, Abidjan)
Pr Jean-Gobert TANOI (Université de Bouaké)
Pr Rubin POHOR (Université de Bouaké)
Pr Henri BAH (Université de Bouaké)
Pr Antoine KOUAKOU (Université de Bouaké)
Pr Tchégnon ABOTCHI, Maître de Conférences (Université de Lomé)
Pr Wonou OLADOKOUN, Maître de Conférences (Université de Lomé)
Pr Aklesso ADJI (Université de Lomé)
Pr Dossou GBENOUGA, Maître de Conférences (Université de Lomé)
Pr Kokou ALONOU, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. Nicoué BROOHEM, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. Gabriel NYASSOGBO, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. John AGLO, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. Kossi BADAMELI, Maître de Conférences (Université de Kara)
M. Lalle Richard LARE, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. Kodjovi S. EDJAME, Maître de Conférences (Université de Lomé)
M. Lare KANTCHOA, Maître de conférences (Université de Kara)
M. Komlan KOUZAN, Maître de conférences (Université de Kara)
M. Padabô KADOUZA, Maître de conférences (Université de Kara)
M. Donissongui SORO, Maître de conférences (Université de Bouaké)
M. Souleymane SANGARÉ Maître de conférences (Université de Bouaké)
M. N'goran François KOUASSI, Maître de recherche (Université de Bouaké)
M. Brou Émile KOFFI, Maître de conférences (Université de Bouaké)
M. Edinam KOLA, Maître de conférences (Université de Lomé)
Mme Afiwa Pépvi KPAKPO, Maître de conférences (Université de Lomé)
M. Ali GNAKOU, Maître de conférences (Université de Lomé)
M. Mike MOUKALA NDOUMOU, Maître de conférences (Université Omar Bongo, Libreville)
M. Kome KOUVON, Maître de conférences (Université de Lomé)

Secrétaire : Rahima BOUKARI

Structure technique de révision et de montage : Laboratoire d'Analyse des Mutations Politico-juridiques, Économiques et Sociales (**LAMPES**), Université de Lomé.

Mail : lampes.ul@gmail.com

Site : www.lampes-ul.org

Contact

- Adresse : Revue *Échanges*, Faculté des Sciences de l'Homme et de la Société, Université de Lomé, 01 BP : 20459, Lomé-Cité, Togo.
- Tel : 90063972 ; 90844484 ; 90142268 (Uniquement pour les renseignements) ;
- Mail : revueechanges@gmail.com

SOMMAIRE

SOMMAIRE	15
SCIENCES HUMAINES	497
LA QUALITÉ DE L'ENSEIGNEMENT EN SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITÉS SOCIO-ÉDUCATIVES A L'INJEPS : ANALYSE RÉTROSPECTIVE ET PERSPECTIVE, EMILE-JULES ABALOT, HERVE KOMBIENI ALPHONSE GAGLOZOUN, N'KOUÉ RENE N'DAH (UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI - BENIN) ..	499
IMPACT DE LA DÉPIMENTATION SUR LA POPULATION MASCULINE DANS LA COMMUNE DE MARCORY (CÔTE D'IVOIRE), MELESS SIMEON AKMEL (UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA DE BOUAKE – RCI)	517
LA SOLIDARITÉ À L'ÉPREUVE DES FAITS DANS LA CONSTITUTION DES GROUPES DE CAUTION SOLIDAIRE POUR LE RECOUVREMENT DES MICROCÉDITS A LA MDB/COTONOU, CHARLES LAMBERT BABADJIDE (UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI, BENIN)	531
CRISE POLITICO-MILITAIRE DE 2002 ET NOUVELLE DYNAMIQUE URBAINE À BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE), BAZOUMANA DIARRASSOUBA, BAKARY FOFANA (UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA DE BOUAKE – RCI)	550
DYNAMIQUE URBAINE ET GESTION DES PROBLÈMES ENVIRONNEMENTAUX DE LA VILLE DE BONOUA (COTE D'IVOIRE), MARTIN KOUAKOU DIBY (UNIVERSITE F. H.-B. D'ABIDJAN – RCI).....	567
CAPITAL HUMAIN ET DIFFÉRENCIATION SOCIALE D'ACCÈS À L'EMPLOI EN RÉPUBLIQUE DU BÉNIN, ALPHONSE GAGLOZOUN, EMILE-JULES ABALOT, ZAKARIAOU WABI, PASCAL DAKPO, ADELPHÉ L.M.W. AGADJA (UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI – BENIN)	587
EFFETS DE L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL SUR L'ÉTAT DE SANTE DES PATIENTS HOSPITALISÉS AU SERVICE DE PSYCHIATRIE, NICAISE LEANDRE MESMIN GHIMBI (UNIVERSITE MARIEN NGOUABI DE BRAZZAVILLE – CONGO).....	598
CARCINOMES ET ANARCHIE : DU TRAITEMENT DES TROUBLES SOCIAUX PAR ISOMORPHIE INVERSÉE, JOSUE YOROBA GUÉBO (UNIVERSITE F. H.-B. D'ABIDJAN – RCI).....	613
SCOLARISATION FÉMININE ET MOBILITÉ SOCIALE AU BURKINA FASO, MADELEINE KONKOBO, DESIRE POUSSOGHO (CENTRE NATIONAL DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET TECHNOLOGIQUE DE OUAGADOUGOU – BF)	626
LE REGARD DES BAOLÉ SUR LA MISSION DU CAPITAINE MARCHAND : 1893-1894, AMANI KOUAME (UNIVERSITE F. H.-B. D'ABIDJAN – RCI).....	638

DE LA TECHNO-CONNAISSANCE DES FUTURS ENSEIGNANTS DU SECONDAIRE AU TOGO, CANDIDE ACHILLE AYAYI KOUAWO (UNIVERSITE DE LOME, TOGO).....	650
CONTRÔLE DE LA SEXUALITÉ DES ADOLESCENTS : MÉCANISMES ET FACTEURS D’EFFICACITÉ , THIERRY K. KOUGBEAGBEDE (UNIVERSITE D’ABOMEY-CALAVI, BENIN)	662
ORIGINES, NATURE ET IMPACTS DES CRISES DANS LA PAYSANNERIE FONCIÈRE DE LA NAWA EN CÔTE D’IVOIRE, ARMAND KOULAÏ, KLIAWA DENIS GBALOU, BIDI JEAN TAPÉ (UNIVERSITE F. H.-B. D’ABIDJAN – RCI).....	679
SYSTÈMES DES VALEURS ET DE L’ÉTHIQUE DANS LA FONCTION PUBLIQUE BÉNINOISE, FLORENTIN NANGBE (UNIVERSITE D’ABOMEY-CALAVI – BENIN).....	698
LOGIQUES SOCIALES ET MARCHANDES AUTOUR DES LOGEMENTS LOCATIFS A COTONOU , KARL MARTIAL NASSI (UNIVERSITE NATIONALE D’AGRICULTURE DE COTONOU – BENIN)	715
PERCEPTIONS ET PRATIQUES D’ADAPTATION DES FEMMES <i>LAMBA</i> DE KANTÈ (TOGO) FACE AUX ALÉAS CLIMATIQUES, TAPETLOU KODJO PASSINDA, ATIYIHWE AWESSO (UNIVERSITE DE LOME, TOGO).....	732
LES LIEUX DE MÉMOIRE À LA RESCOUSSE DE LA TRADITION ORALE CHEZ LES POPULATIONS AKAN DE CÔTE D’IVOIRE, ERIC PETE (UNIVERSITE F. H.-B, D’ABIDJAN – RCI).....	746
ANTOINETTE, UN CAS D’ÉTAT DE STRESS POST TRAUMATIQUE , ROGATIEN COMLAN SEGLA, MICHEL METONOU MEHINTO & JOËL PATERSON KPENONHOUN (UNIVERSITE D’ABOMEY-CALAVI – BENIN).....	764
L’ALLEMAGNE ET LE DÉVELOPPEMENT DU COMMERCE EXTÉRIEUR DU KAMERUN, 1884-1914, CHRISTOPHE SIGNIE (UNIVERSITE DE YAOUNDE I – CAMEROUN).....	779
CÔTE D’IVOIRE – BURKINA FASO : RÉTROSPECTIVE SUR PLUS D’UN DEMI-SIÈCLE DE RELATIONS CONTROVERSÉES (1960-2015), BAKARY TRAORE (UNIVERSITE F. H.-B. D’ABIDJAN – RCI).....	794
GESTION DE L’EAU PAR LES ÉLÈVEURS DE LA PLAINE DE BOGO (EXTRÊME-NORD CAMEROUN) DANS UN CONTEXTE DE PÉJORATIONS CLIMATIQUES, FELIX WATANG ZIEBA, (UNIVERSITE DE MAROUA, CAMEROUN).....	811

**ANTOINETTE, UN CAS D'ÉTAT DE STRESS
POST TRAUMATIQUE**, Rogatien Comlan SEGLA, Michel
Mètonou MEHINTO & Joël Paterson KPENONHOUN (Université d'Abomey-
Calavi – Bénin)
seglac2@yahoo.fr / mipapaito01@yahoo.fr / jpjoel07@yahoo.fr

Résumé

Le traumatisme psychique est un problème de santé publique qui est devenu majeur à cette période où il y a une recrudescence de la criminalité, des conflits armés et de la violence. Le présent article qui s'intéresse à cette thématique, s'appesantit sur une étude de cas clinique de traumatisme psychique. L'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou a servi de site empirique pour la collecte des données qui s'est faite grâce aux techniques d'entretien clinique semi-directif et d'observation.

Il ressort de l'analyse des données qu'au Bénin, les braquages et les accidents de routes sont des sources génératrices de psychotraumatisme. L'étude du cas d'Antoinette rend compte de la répétition des événements traumatiques, la présence des symptômes de réviviscence, d'évitement et des réactions somatiques associées qui font retenir un diagnostic d'état de stress post traumatique. Antoinette présente un polytraumatisme dont la prise en charge a été à la fois médicamenteuse et psychologique. Les symptômes de l'état de stress post traumatique sont considérés par les acteurs sociaux, comme augurant la folie. La stigmatisation sociale du « fou » et le poids social de la maladie mentale font que le diagnostic n'est pas accepté. Il s'ensuit non seulement une absence de la demande de soin mais aussi de dispositifs sanitaires de prévention et de prise en charge telle que les cellules d'urgence médico-psychologique.

Mots clés : psychotraumatisme, victime, stress post-traumatique, socio-anthropologique.

**ANTOINETTE, A CASE OF POST-TRAUMATIC
STRESS**

Abstract

Psychological trauma is a public health problem that has become a major issue at a time when there is an upsurge in crime, armed conflict and violence. The present article, which is concerned with this topic, is based on a clinical case study of psychic trauma identified by the sampling technique known as reasoned choice, in the sense that this patient was selected basing on so many criteria Well-defined. The Cotonou Army Training Hospital was used as an empirical site for data collection through observation and clinical interview techniques.

Analysis of the data indicates that in Benin, road robberies and accidents are sources of psycho-traumatism. The study of Antoinette's case accounts for the

repetition of traumatic events, the presence of symptoms of reviviscence, avoidance, and associated somatic reactions that lead to a diagnosis of post-traumatic stress disorder. Antoinette suffers from polytraumatism whose management has been both medicinal and psychological. Symptoms of post-traumatic stress disorder are considered by social actors, as auguring madness. The social stigmatization of the "crazy" and the social weight on mental illness show that the diagnosis has failed. It results in the absence not only of the demand for care but also of sanitary prevention and care facilities, such as psychologist emergency crew.

Keywords : psychotraumatism, victim, post-traumatic stress, socio-anthropological.

Introduction

La recrudescence de la criminalité et des foyers de tension constituent des problèmes cruciaux qui menacent le monde et de ce fait, ne laissent personne indifférente. Aucun continent, aucun pays ni personne n'est véritablement épargné des désastres de ces phénomènes qui détruisent l'univers et générant des traumatismes au sein des populations. Parmi ces différents répercussions, figure l'état de stress post traumatique. Cette pathologie a fait l'objet de plusieurs recherches sur les plans psychologique, psychiatrique, sociologique, etc. Ces initiatives découlent du fait que l'avancée scientifique, avec l'avènement des nouvelles sciences surtout le post-modernisme, remet tout en cause (G. Snyders, 1982). Il n'y a donc plus de vérité cardinale. De plus, le capitalisme a placé l'individu devant sa seule responsabilité avec le devoir de réussir son intégration sociale et sa vie dans un monde de plus en plus hostile et morcelé (D. Castra, 2004). Tout semble alors permis et seule la fin justifie les moyens. C'est un emballement général dans une incompréhension partagée dont l'expression ordinaire est une violence aveugle, frénétique de chacun envers tous (G. C. Boko, 2016). La première victime de cette atmosphère sociale est la couche juvénile placée dans un état de précarité psychologique.

Face à l'impuissance et à l'incapacité de l'Homme à s'adapter à ces difficultés sociales, l'angoisse traumatique devient inévitable (A. Ciccone et A. Ferrant, 2009). Ainsi, interrogeant les éléments anamnétiques des individus, on se rend compte qu'ils sont enclins au traumatisme psychique (L. Crocq, 2004) dans la mesure où, il existe déjà des traumatismes antérieurs non élaborés, non dépassés, non intégrés, non symbolisés (S. Freud, 1916). On conçoit donc avec cet auteur que le traumatisme se déroulerait en deux temps et que dans les névroses traumatiques, l'événement extérieur ne constitue que le second temps du traumatisme, qui réveille un événement antérieur, qui réactive une menace interne, une peur d'un ennemi intérieur (A. Ciccone et A. Ferrant, 2009). A partir de ce préalable, tout porte à croire à la rareté ou à l'inexistence des pathologies traumatiques au Bénin malgré la recrudescence de ses potentielles sources génératrices et l'existence de structures sanitaires de prise en charge. Comment expliquer ce paradoxe ?

La demande de soin en cas de traumatisme est rare au Bénin, malgré le quotidien tragique des habitants et en dépit de la recrudescence de la criminalité de tout genre. Nombre de victimes de ces tragédies s'encapsulent dans cette pathologie et mènent une vie difficile, sans épanouissement (N. Bougeard, 2014). L'état de stress post traumatique est donc une pathologie mentale qui ploie sous de nombreux clichés. Son diagnostic et son dévoilement impactent la vie affective et relationnelle du sujet, de sa famille et de son groupe social. En conséquence, les relations familiales immédiates et élargies peuvent être sérieusement tendues, compte tenu du fait que la participation au travail, aux activités sociales et communautaires du sujet connaît une certaine régression (G. Thompson, 2008). Le traumatisme apparaît donc comme un problème de santé sociale et a été déclaré comme tel depuis la fin du second conflit mondial. D'ailleurs, à partir des années 80, il est classé dans les entités nosographiques des troubles anxieux. Mais dans la 5^{ème} version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), édité en 2015, le traumatisme s'appréhende comme une entité pathologique autonome. Sous d'autres cieux, certains patients, après avoir subi des pillages, des menaces, des conflits, etc, présentent une pathologie de stress traumatique. Ils éprouvaient un vécu de désarroi complet avec idéation suicidaire nécessitant une prise en charge immédiate (D. Cremniter et A. Le Masson, 2012). Même dans les pays développés disposant de moyens techniques avancés de prévention et de prise en charge, l'Etat de Stress Post-Traumatique (ESPT) évolue en crescendo. Le vécu des patients souffrant de ce mal, a retenu notre attention en tant que clinicien compte tenu du problème qui en émerge. Il s'agit concrètement des diverses représentations autour de la pathologie mentale et des conduites inappropriées qui en découlent. Notre objectif est d'examiner les contours qu'il revêt dans la société béninoise où, l'observation empirique révèle que les spéculations culturelles demeurent encore très prégnantes dans la perception de cette pathologie. A partir de ce préalable théorique, qui fait état de la problématique, le cadre d'investigation, les matériels et méthodes de recherche ainsi que la présentation du cas clinique vont permettre l'analyse psychologique du phénomène.

1. Cadre de l'étude

L'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou (HIA/CHU) a servi de cadre empirique pour la collecte des données. Ce centre hospitalier et universitaire est caractérisé par une renommée de qualité due au sérieux et à la rigueur de ses prestations. L'hôpital d'instruction des armées de Cotonou, structure sanitaire publique de référence, a connu une évolution dans le temps, aussi bien sur le plan de sa mission, de ses infrastructures que de son personnel. Initialement Infirmerie de Garnison de Cotonou, créée par le décret N°71-44-CP-DN du 10 Mars 1971, portant création du corps du service de Santé des Armées, elle avait pour mission d'assurer les premiers soins aux militaires et leurs ayant-droits. Le décret N° 2014-531 du 25 Août 2014 l'érige en l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou et en Centre Hospitalier Universitaire. On est donc passé de HIA à HIA-CHU ouvrant ainsi l'hôpital à la recherche universitaire. L'HIA-CHU est situé à Cotonou,

capitale économique du Bénin. Il est implanté précisément dans l'enceinte du Camp Guézo dans le douzième arrondissement de la ville de Cotonou. L'hôpital, cadre de la présente étude est limité au Nord par la voie pavée « Caporal ANANI » ; au Sud par le mess des officiers ; à l'Est par l'ex Ambassade des États-Unis ; à l'Ouest par la Direction du Génie et de la participation au développement (DGPD).

2. Matériels et méthodes

Cet article se veut être le résultat de notre recherche et de notre expérience clinique en psychothérapie du traumatisme à l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou. Il trouve son ancrage dans le refus du diagnostic à cause de la stigmatisation sociale du « fou » et du poids social de la maladie mentale. Il s'appuie sur une démarche compréhensible (recherche de sens) et sur une démarche de causalité (A-M. Lavarde, 2008), et de ce fait, opte pour la méthode clinique par excellence, celle de l'étude de cas. Les éléments anamnestiques du cas ont été recueillis grâce à l'entretien clinique semi-directif et à l'observation. La patiente dont le cas retient notre attention ici, a été rencontrée au service psychiatrique de l'Hôpital d'Instruction des Armées. Huit séances d'entretiens cliniques d'une durée moyenne de 45 minutes par entretien ont été menées avec elle pendant quatre mois. Ces entretiens entrent en ligne de compte pour la prise en charge d'Antoinette depuis la première rencontre, jusqu'à l'amendement des symptômes psychiatriques. Les données cliniques issues de ces entretiens font l'objet de l'analyse et de la discussion qui suivent.

3. Résultats : présentation et analyse du cas clinique

3.1. Présentation du cas d'Antoinette

Mademoiselle Antoinette a été reçue pour la première fois le 10/09/2015 à la suite d'une consultation cardiologique. Le cardiologue, ayant suspecté une anxiété post traumatique, l'a référée à un psychiatre pour une prise en charge plus adéquate. Elle se plaint de palpitations, de fatigue générale subite, accompagnée d'une sensation de vide et d'impression de mort imminente. Mademoiselle Antoinette, âgée de 29 ans, est étudiante en année de licence dans une université privée de Cotonou. De nationalité gabonaise, elle réside au Bénin depuis trois ans. Elle est célibataire sans enfant et de religion catholique. Sa scolarité semble normale et sans particularité ; elle n'a jamais souffert jusqu'alors de troubles psychiatriques. C'est une enfant unique du côté de la mère, qui n'a jamais connu son père. Les parents ont divorcé alors qu'elle n'avait que quatre ans. La patiente se dit hyperactive sexuellement, voire même addictive, surtout depuis qu'elle a peur de rester seule. Elle se décrit comme une personne qui aime la vie, pessimiste et qui s'interroge beaucoup sur la mort. « C'est quoi la mort et où va-t-on quand on meurt ? Existe-t-il vraiment une autre vie après la mort ? ». Elle faisait beaucoup de recherches sur les questions liées à la mort.

La situation clinique d'Antoinette remonte à son accident de la route. En effet, elle a failli perdre la vie dans un accident de circulation qu'elle décrit comme

terrible. Tout récemment, elle était au cyber quand tout à coup, elle a eu des palpitations avec une fatigue générale et subite, le tout accompagné d'une sensation de vide. C'est ce qui a motivé la consultation cardiologique. Elle nous signale une perte de poids qu'elle estime à 10 kilogrammes et ce, en deux mois. Elle se demande ce qu'elle deviendrait en 6 mois. A l'évocation du nom de son père, pendant l'entretien, elle s'est mise à pleurer. De sa vie, elle nous raconte qu'elle a eu à parler à son père pour la toute première fois, il y a deux ans, au téléphone, c'est-à-dire à l'âge de 27 ans. Par la suite, le père n'ayant manifesté aucun désir de la revoir, elle n'a pas cherché à renouer le contact avec ce dernier. En réalité, la première tentative du contact était pour mettre un visage sur la figure paternelle inconnue, jamais présentée par sa mère [...crise de larmes et ensuite l'indifférence...]. Elle n'aurait pas besoin de lui outre mesure, car la patiente dit ne vivre que pour sa mère, car elle lui fait tout, elle lui doit tout. Elle demeure en outre son unique confidente et amie. La patiente dit faire tout ce qui est en son pouvoir pour ne jamais frustrer sa maman. De même, elle représente tout pour sa mère. Plus rien ne l'intéresse que sa maman. Antoinette se suiciderait si d'aventure elle perdait sa maman. Elle n'a pas autres amis en dehors d'elle. Ici au Bénin, seul son petit ami lui rend visite de temps à autre ».

Le vécu actuel de la patiente fait suite à son accident de la route. Ce jour-là, avant de sortir de chez elle, Antoinette avait évoqué l'idée de la mort auprès d'une de ses compatriotes, en pensant au vécu de sa mère si elle venait à mourir. Au feu rouge, le conducteur du taxi moto s'est arrêté. Au passage du feu au vert pour reprendre leur route, elle entendit des hurlements. Le temps de regarder derrière, ils avaient été projetés tous deux de la moto par un choc violent. Quand elle reprit connaissance, tout était flou au tour d'elle. Après un long moment, elle voit la moto sous les pneus avant d'un camion, le conducteur couché sur les pavés, les pieds en sang. Elle prit le téléphone, appela sa compatriote qui, aussitôt venue, l'a conduite à l'hôpital. Heureusement, elle ne souffrait que de quelques égratignures qui ont été pansées. Après quoi, elles sont rentrées. Les jours suivants, sous des courbatures, elle a éprouvé une grande fatigue. Elle avait mal partout et toutes positions au lit étaient source de souffrance.

Une nuit, elle rêve de l'accident et c'est le début de ses ennuis psychologiques. Elle revit le drame. Il lui suffit de fermer les yeux pour revoir tout défiler en boucle. Elle s'imagine couchée sur les pavés, comme un cadavre. Vivant dans la peur de mourir, le sommeil était perturbé par des cauchemars et des céphalées. Elle devient casanière et sort à peine de sa chambre. Elle vit dans l'impression d'avoir un camion derrière elle, ce, lorsqu'elle se rapproche des feux de signalisation. Quand le feu est au rouge elle passe son temps à regarder derrière et toute sa prière est que ce maudit feu passe au vert. Traverser la route pour aller à l'école devient cauchemardesque. Elle porte en elle, une peur permanente de mourir loin de son pays et de sa pauvre mère. Cependant, après trois mois de cette vie de galère, tout a commencé à rentrer progressivement dans l'ordre ; les peurs ont diminué. Elle peut, à nouveau, aller à moto, mais la peur au ventre, crispée sur la moto. Malgré l'amélioration de la situation, presque toutes les nuits sont

remplies de terrifiants cauchemars sur des thèmes de la mort et d'envoûtements. Sur les conseils d'un ami du Bénin, elle se rend chez un guérisseur géomancien. Après avoir procédé à une consultation, le géomancien lui révèle qu'elle a échappé à un accident mortel de la voie, mais celui-ci l'apaise, car les mânes des ancêtres veillent sur elle. Il la rassura donc de ne pas s'inquiéter car dit-il, le sort sera conjuré. Il lui fit des rituels de conjuration du sort et lui donna rendez-vous après les trois jours. Pour la patiente, les trois jours étaient une éternité car malgré la conjuration du sort, elle éprouvait une sérieuse crainte. Pour cela, elle est restée enfermer dans sa chambre, surtout le troisième jour. Cette attitude découle de sa ferme conviction de mourir dans sa chambre si cela devrait arriver. Elle en était terriblement triste, angoissée et pensait à sa mère à qui elle ne peut oser dire ce qui se passe puisqu'elle en mourrait. Après les trois jours, Antoinette n'était pas morte. Elle retourna voir le féticheur mais ; ce dernier lui fit savoir que ce n'est pas fini. Qu'à présent, c'est d'une mort subite qu'elle partirait et au décours d'une crise cardiaque. Elle décida de ne pas prendre le guérisseur au sérieux. Toutefois, cette révélation a attisé ses palpitations qui entre temps s'étaient calmées. C'est ainsi qu'elle a commencé par souffrir de malaise avec palpitation ; d'étouffement et de fatigue générale. Quand ça commence, elle a l'impression qu'elle va mourir tout de suite. Elle a vraiment peur ; elle est angoissée, sa bouche se sèche et elle a l'impression d'avoir une boule dans la gorge [...crise de larmes et balbutiements...]. Elle s'inquiète pour sa vie. Antoinette dit qu'elle est jeune et qu'il est encore très tôt pour. Maintenant les crises sont plus fréquentes et surviennent sans raison apparente.

3.2. Analyse du cas

3.2.1. Eléments biographiques et fonctionnement psychique

Antoinette, enfant unique, est issue d'une famille monoparentale. Son père aurait quitté sa mère alors qu'elle était encore toute petite. Elle n'a vécu qu'avec sa mère. Pendant son enfance, elle était en proie à des cauchemars. Elle s'exprime librement sans tabou avec un débit verbal important. Antoinette a une facilité dans la communication et dans les relations. Ce trait de caractère masque sa quête d'attention et sa fragilité que révèlent les crises de larmes. Antoinette a consulté le cardiologue parce qu'elle ne pouvait plus continuer avec les symptômes gênants. Elle aurait répondu au cardiologue qu'elle n'est pas folle, lorsque ce dernier lui a prescrit une consultation psychiatrique. Elle n'a pas cherché à comprendre l'hypothèse diagnostique émise par le cardiologue; elle sait simplement qu'elle n'est pas folle. Ce déni de la maladie proviendrait de la perception, des stéréotypes et des préjugés qu'elle a du service psychiatrique. Quiconque fréquente ce lieu est traité de « fou ». La peur de la stigmatisation sociale liée à la pathologie mentale explique les demandes tardives de soin, car les patients ne manifestent pas la demande et s'y résignent lorsqu'on le leur suggère (S. Lonjarret, 2004).

Mademoiselle Antoinette présente des traits d'une personnalité limite au regard des critères du DSM-IV, car à travers son fonctionnement psychique, se lit essentiellement la crainte de l'abandon et l'impression du vide, à quoi s'ajoutent

l'absence de relations extra-familiales et le sentiment d'insécurité (Q. Debray et D. Nollet, 2005). Néanmoins, son sens aigu du devoir et de responsabilité fait penser aux obsessionnels. Mais, ce sens du devoir est uniquement dirigé vers sa mère.

On peut supposer une sublimation de la haine pour la mère qui l'a privée de père, ce qui se traduit par le souci de prendre soin de sa mère (Freud, 1916) ; de faire tout son possible pour qu'elle ne soit pas frustrée ; « si je disparaissais, ma mère mourait ». Aussi note-t-on chez la patiente, un mécanisme de défense de type projectif. La mère est perçue comme un être fragile, vulnérable et ne vit que par elle et pour elle. Elle est le miroir de sa mère. Mais en réalité, n'est-ce pas elle qui a besoin d'être protégée ? Elle projette dans sa mère, sa propre fragilité ; l'incapacité perçue de la mère est sa propre incapacité à vivre sans sa mère.

Il est perçu à travers le discours et les attitudes de la patiente, un fort attachement à la mère. De ce vécu, émane le sentiment d'insécurité et la quête d'attention. Elle a pris contact avec son père quand elle est venue au Bénin, c'est-à-dire quand elle a quitté sa mère. Pourquoi c'est justement après avoir quitté cette mère qui est l'objet de tout son amour qu'elle a éprouvé le besoin de prendre contact avec son père ? Psychiquement, elle est à la recherche de la protection paternelle, puisque sa mère désormais est absente. Le style vestimentaire d'Antoinette traduit aussi la quête de sécurité et de protection. Elle a été presque toutes les fois reçue en consultation en fin de matinée (11h30 minute) mais, elle a tout le temps porté trois habits. La raison évoquée est qu'elle se plaît à s'habiller comme ça. Or, il est convenu que pour l'humain en général, l'habit revêt une fonction de protection. Il y a une dénégation de l'angoisse générée par l'attitude du père qui ne s'est pas montré intéressé par son initiative. Cet extrait des propos de la patiente exprime bien la dénégation :

[...] J'ai eu à parler à mon père pour la toute première fois, il y a deux ans, au téléphone, c'est-à-dire à l'âge de 27 ans. Et, comme par la suite, il n'a pas manifesté le désir de me voir, j'ai abandonné. En fait, c'était juste pour voir à quoi il ressemble que j'ai voulu le voir, car ma maman ne parle jamais de lui. Ce n'est pas que j'ai eu besoin de lui outre mesure [...]. [Extrait d'entretien avec Antoinette]

Au regard des éléments susmentionnés et des vacillements dans le fonctionnement psychique de la patiente, on est tenté de plaider en faveur d'une structure limite.

3.2.2. Eléments sémiologiques

Le motif de la consultation : Référée par un cardiologue pour meilleure prise en charge d'une anxiété post traumatique, Antoinette se plaint de palpitation, de fatigue générale et subite, de sensation de vide et d'impression de mort imminente.

Événement traumatique : elle a été victime d'un accident de circulation qu'elle décrit comme terrible avec la notion de perte de connaissance. Les déconvenues de cet accident sont entretenues par ses rêves et cauchemars sur la

mort et les sortilèges. Cet ensemble est amplifié ou aggravé par les révélations du devin : sa probable mort dans trois jours, d'abord dans un accident de circulation et ensuite d'une mort subite au décours d'une crise cardiaque.

La réviviscence de l'événement traumatique : Elle présente un syndrome de réviviscences de l'accident. Cette réviviscence est identifiée dans le discours de la patiente à travers les propos comme :

[...] J'ai commencé par revivre le drame, c'était désagréable. Il me fallait simplement fermer les yeux pour voir tout défiler en boucle devant moi. Et chose paradoxale, j'arrivais même à me voir inconsciente, couchée sur les pavés à l'instar d'un mort [...]. [Extrait du discours d'Antoinette]

De plus, traverser la rue ; rester dans le feu lorsqu'il est au rouge ; rester coincée dans l'embouteillage ou que le conducteur qui l'a remorquée file, sont devenus de véritables défis à relever. C'est ainsi qu'elle a développé certaines réactions phobiques qui reflètent son anxiété.

L'évitement et l'engourdissement : elle évite toute situation où elle se retrouvera seule, elle explique cette attitude par la crainte de mourir sans possibilité d'être secourue. Cet évitement entraîne une hypervigilance vis-à-vis de son entourage et tout ce qui peut l'amener à revivre ce drame.

Réactions somatiques ou symptômes neurovégétatifs : l'angoisse, la palpitation, la fatigue générale, la sensation de boule dans la gorge, la sécheresse buccale, l'étouffement et les perturbations du sommeil avec l'amaigrissement.

3.2.3. Eléments étiologiques

Dans l'histoire de vie de mademoiselle Antoinette, les éléments suivants ont été vécus comme traumatiques. Il s'agit de la perte du père par sa mort symbolique, de l'accident de circulation et des prédictions du devin. D'abord, elle a vécu la perte du père par sa mort symbolique. Ensuite, le réel de la mort a été vécu à travers l'accident de circulation. Les révélations du devin l'ont également confrontée à la mort. Le départ du père est le premier niveau de traumatisme. C'est un traumatisme infantile. Ce niveau de traumatisme n'est pas encore dépassé quand survient l'accident de circulation qui constitue le second niveau de traumatisme. Les symptômes évoluant progressivement vers la sédation ont été réveillés et réchauffés par les révélations du charlatan. Ces révélations apparaissent ici comme des facteurs qui entretiennent le traumatisme. Ces événements ont été décrits comme traumatiques par A. Ciccone et A. Ferrant, (2009) et S. Freud (1916). De plus, dans l'imaginaire des africains et des béninois en particulier, les révélations d'un devin sont généralement prises en considération. Ces révélations ont eu pour effet de réveiller les symptômes de la patiente. Or, les facteurs de vulnérabilité personnelle qui émanent des expériences de vie, ont été mis en évidence dans la genèse du psychotraumatisme. Ainsi, pour l'enfant traversant la période du stade anal du développement psychoaffectif, on note certes, l'apparition d'une potentialité cognitive, mais la possibilité de la pensée abstraite n'est pas encore intégrée et les enfants de cet âge restent sensibles à cette époque à la réaction

parentale (A. Freud, 1936). Le trauma est la conséquence de l'effroi vécu par l'enfant, mais aussi de la teneur de l'adulte impuissant. L'effondrement ou la perte de la croyance dans l'invulnérabilité parentale, en l'infaillibilité de sa protection, aggrave l'impact du traumatisme. Les symptômes sont multiples et peuvent influencer sur l'axe du sommeil, de l'appétit, sur l'humeur et s'accompagne généralement du sentiment de honte (E. Josse, 2013). Les symptômes suivants peuvent être observés : la réviviscence du traumatisme qui se révèle par le jeu post traumatique, le souvenir fréquent de l'événement, les cauchemars, la détresse aux rappels du trauma, la dissociation de la conscience ; l'engourdissement de la sensibilité ou interférence avec l'élan du développement ; le retrait social accru, la limitation du registre émotionnel, la perte momentanée de la capacité du développement acquise auparavant, le symptôme d'éveil augmenté, les terreurs nocturnes, les difficultés à s'endormir, les réveils nocturnes répétés, les troubles significatifs de l'attention, l'hypervigilance, les réactions de sursauts exagérés et l'angoisse de séparation. Les cauchemars de la patiente, la recherche effrénée de réponses liées aux questions de la mort, renseignent bien sur ce traumatisme. A ces causes traumatiques sus-évoquées, s'ajoutent l'hyper protection maternelle et l'accident de trafic routier qui est décrit comme la huitième cause de décès dans le monde (L. Talona *et al.*, 2014). Pour ces auteurs, à la suite d'accident de trafic routier les victimes directes et indirectes sont en proie au traumatisme.

3.2.4. Elaboration du diagnostic

La personnalité limite prédispose à des troubles psychologiques, car elle produit une certaine pollution psychique. En effet, Q. Debray et D. Nollet (2005) postulent que le monde intérieur de la personnalité limite est peuplé de représentations caricaturales des aspects bons et horribles des êtres qui ont compté pour lui. De la même manière, sa perception de lui-même est un mélange chaotique d'image honteuse, menaçante ou exaltante. Son style cognitif se caractérise par un traitement dichotomique de l'information, c'est-à-dire un classement des perceptions en termes mutuellement exclusif. C'est une pensée contrastée, en noir et en blanc, subjectiviste, saturée en émotions intenses et contradictoires (O. Kernberg, 1970). Ce fonctionnement psychique précaire constitue un facteur de vulnérabilité.

La répétition des événements traumatiques, la présence des symptômes de réviviscences, d'évitement et des réactions somatiques associées, font retenir un diagnostic d'état de stress post traumatique. Antoinette présente un psychotraumatisme dont les facteurs déclenchant peuvent être identifiés à trois niveaux comme précédemment évoqué.

3.2.5. Piste thérapeutique

La prise en charge a été à la fois médicale et psychologique. Le traitement médical associe un antidépresseur et un anxiolytique pour calmer son angoisse et lui permettre un sommeil de bonne qualité. L'accompagnement psychothérapeutique est fait à base de la thérapie de soutien et de la thérapie

cognitivo-comportementale, précisément à travers une restructuration cognitive. La thérapie de soutien a consisté à montrer à la patiente qu'elle est comprise ; sa situation n'est pas désespérée et qu'elle peut et va récupérer. Ceci a permis à la patiente de verbaliser son vécu et ses émotions. La thérapie cognitivo-comportementale vise une restructuration cognitive et une réadaptation comportementale. Elle est centrée sur la relation de la patiente avec la mort. La recherche effrénée de réponses aux questions liées à la mort est une intellectualisation de l'angoisse liée à la perte du père par sa mort symbolique. Cet anéantissement tant craint, est pourtant la dette que tout vivant doit payer, le projet final, la destinée de tout ce qui vit. La mort n'a pas de cause, il y a des circonstances qui entraînent la mort ; elle n'a pas non plus de cible, ni d'âge. Nous ne devons plus nous en préoccuper. La mort est une perte définitive. Les questions de la patiente sur la mort étaient en réalité des questions qui s'adressaient à sa mère. En d'autres termes, elle demandait implicitement à sa mère. « Ai-je perdu définitivement mon père ? Ne vais-je plus jamais le retrouver ? Qu'est-ce qu'il est devenu ? ». Au moment où le père est parti, elle n'avait ni la possibilité de comprendre ce qui se passait, ni la possibilité de faire le deuil de cette perte. Elle exprimait simplement à travers ses recherches sur la mort, la souffrance psychique qu'elle n'a d'ailleurs pas réussi à dépasser jusqu'alors. Ces cauchemars et rêves terrifiants sur les sortilèges constituent la métamorphose de ce traumatisme infantile. Cette thérapie a également permis à la patiente de savoir que certes, elle est importante pour sa mère, mais elle n'est pas indispensable à sa survie, car nul n'est indispensable. Après quelques semaines de prise en charge, elle a signalé un gain de poids de trois (3) kilogrammes et l'amendement de certains symptômes. Elle a recommencé par se faire confiance et la qualité de sa vie s'est améliorée. L'idée de mort ne l'habite plus constamment comme auparavant.

4. Discussion du cas

Les patients souffrant d'un ESPT, sans vouloir se le reconnaître sont d'un effectif considérable dans le monde entier. Les raisons de cette posture sont diverses et vont d'une réelle ignorance à un choix volontaire. Dans une étude néerlandaise, un constat révèle que chez des personnes nées entre 1922 et 1929, près de 40% souffrent de symptômes psychotraumatiques de guerre, dont seulement un tiers avait consulté un médecin traitant pour cette raison (L. Bramsen, 1995). Il a fallu annoncer la possibilité pour les anciens combattants aux Etats-Unis de prétendre à une pension pour la pathologie post traumatique, dès qu'elle fut reconnue comme séquelle psychique de guerre, pour mettre en évidence, par le nombre important de demandes, la fréquence du trouble et l'attitude fréquente de masquer ses symptômes ces sujets en question. Une situation semblable s'observe avec Antoinette, qui n'a pas accepté le diagnostic d'ESPT et l'a vécu comme une étiquette implicite de folie. La folie est un mot réservoir qui contient la plupart des maladies mentales. Ce postulat est également celui de S. Douki (2007), qui ajoutait d'ailleurs que la méconnaissance des causes de la folie la rend mythique et nourrit toutes les représentations ; de plus, sa manifestation est plurielle. Le terme de

« fou » renvoie partout à une image très stigmatisée des personnes souffrant de troubles mentaux. L'attitude de notre patiente face au diagnostic rejoint les conclusions de S. Lonjarret (2004 ; op. Cit) qui estimait que l'expression « fou » est le cauchemar de la conscience humaine ; c'est comme si sa qualité d'être humain était discutée. Les manifestations perceptibles de son état sont à travers ses actes, son apparence voire son discours, tous marqués par le sceau de l'anormalité et de la bizarrerie, permettent son repérage même de loin, sans nécessité de le côtoyer pour pouvoir l'identifier.

Parmi les multiples symptômes et syndromes de l'ESPT, on distingue l'évitement. L'évitement est l'un des symptômes majeurs de l'ESPT et se manifeste aussi par l'envie d' « oublier », de « mettre de côté » ses souvenirs. Il permet de comprendre la réticence des personnes touchées à participer à des études de nature scientifique, d'autant plus si elles n'avaient auparavant jamais eu de contact avec la psychiatrie (X. Collin, 2010). Cet évitement s'observe également chez Antoinette qui l'exprime clairement à travers son isolement par rapport aux situations et aux éléments de son entourage susceptibles de lui rappeler l'évènement traumatique. Comme le souligne L. Crocq (1999), le récit factuel, pensé d'abord et raconté ensuite, et la litanie des troubles, récitée comme un inventaire, relèvent de la perpétuation de l'expérience morbide, et appartiennent même au syndrome de répétition. Antoinette ayant l'habitude de converser très aisément, répétait lors de notre entretien son histoire de façon précise, chronologique, factuelle, apparaissant perturbée lorsqu'elle était interrompue par une question. Il s'agit là du syndrome de répétition qui domine la symptomatologie. Ce fait peut s'interpréter par l'existence d'un trouble de l'inhibition de la mémoire traumatique chez ces patients, ne permettant plus de « contenir » les souvenirs traumatiques. X. Collin, (2010, *op. cit.*) pense que seules les personnes exprimant le traumatisme sont représentées dans les groupes entrant dans le cadre d'une étude, et que les personnes pour lesquelles domine le syndrome d'évitement passant la plupart du temps inaperçues. Malgré l'existence du syndrome d'évitement chez Antoinette, elle maintient quand même un discours qui semble voiler sa souffrance sous-jacente.

Dans une étude de cas réalisée chez des patients âgés présentant un ESPT, Grossman et *al.* rapportent en effet une détresse émotionnelle significative au cours des entretiens, avec un niveau d'anxiété et une symptomatologie dépressive majorés à la suite (A. Grossman et *al.*, 2004). Les crises de larmes sont révélatrices des poussées émotionnelles occasionnées par les échanges au cours des entretiens. Au cours de ces entretiens avec la patiente, l'évocation des souvenirs traumatiques s'accompagnait de reviviscences suscitant émotion et anxiété, qui se lisait dans sa posture, à travers sa mimique et grâce à certaines variations de son rythme verbal. Contrairement à Grossman et *al.* (2014, *ibid*) qui n'ont pas noté de modification des troubles les jours suivant les évaluations cliniques et neuropsychologiques, il faut rappeler que dans le cas d'Antoinette, certains faits ont favorisé une réapparition des symptômes qui semblaient s'amender.

Pour ce qui se rapporte aux éléments du diagnostic d'ESPT, W. Busuttil (2004) souligne que même si les critères du DSM-IV concernant le diagnostic d'ESPT sont plus stricts que ceux de la CIM-10, ces deux classifications ne distinguent pas clairement les effets entre un unique traumatisme ou de multiples traumatismes dans le cas d'exposition à une guerre par exemple. Pour C. Barrois (1988), des fléaux sociaux menaçant la vie des personnes de notre société tels que SIDA, toxicomanie, revêtent un caractère d'inquiétante étrangeté ou la violence mortifère s'avère, bien que plus discrète, tout aussi dangereuse et sont potentiellement à l'origine d'une « névrose traumatique ». Si tous les critères du DSM-IV ne sont parfois pas réunis pour porter le diagnostic d'ESPT, on peut en retrouver plusieurs symptômes à l'origine d'une souffrance significative. Pour nous adonner à une lecture stricte du cas d'Antoinette, nous prendrons en considération le point de vue certains auteurs qui affirment que ces formes « atténuées » d'ESPT sont prises en compte dans la littérature sous l'appellation d'ESPT subsyndromiques (G. Vaiva et *al.*, 2008).

P. Quintin et *al.* (2001), évoquent le vécu de l'ESPT en expliquant que ce sont les notions de danger et de menace qui seraient responsables de la genèse des sentiments de peur, de méfiance et d'antipathie et qui fonderaient ainsi les attitudes d'exclusion et de rejet chez les souffrants de cette pathologie. Depuis longtemps, la maladie mentale est considérée pour beaucoup comme un châtime divin. La victime ou un membre de sa famille serait responsable de transgression d'interdits sociaux (H. Romano, 2011). Pour pratiquement tous les pays, ces différentes images sont quasiment indépendantes des paramètres sociaux professionnels (O. Bouram, 2012). Les représentations du SPT, marquées par l'amalgame des troubles psychiatriques et de la folie, rendent le vécu particulièrement difficile aussi bien pour le patient que pour son entourage. Cette méconnaissance ou cette confusion ne peut qu'être néfaste aux sujets ayant le syndrome post traumatique. Ce comportement a des répercussions majeures, aussi bien sur la qualité de vie des patients. L'isolement est donc préféré à la honte, à l'humiliation et à l'accusation d'être responsable de transgression ou d'interdits sociaux (M. Andriantseheno, 2003). Ce sentiment qui émane du vécu de la maladie est perçu comme un châtime. Ce vécu a également été identifié par M. Guimelchain-Bonnet (2009), qui écrit que le malade perçoit en effet sa maladie comme une humiliation, une déshumanisation ou encore comme un châtime. Confrontés au diagnostic, les patients présentent un vécu d'impuissance et de désespoir. C'est le désastre qui s'est produit dans leur vie. Ce sentiment prend sa source, comme le soulignait J. L. Roelandt (2010), dans les stéréotypes et les représentations que les malades ont de la maladie mentale. Nous rejoignons donc H. Collomb (1968) pour dire que les considérations socio-anthropologiques, en général et celles Béninoises en particulier, liées aux pathologies mentales ne favorisent, ni le vécu de la maladie, ni la demande de soin.

L'ESPT est évitable dans nombre de ses manifestations, s'il est pris en charge très tôt. C'est ce que rappelle F. Ducrocq (2009) en attirant l'attention sur fait que la détection précoce des signes psychopathologie et leur prise en charge à

temps constituent un défi, tant pour le clinicien que pour le patient. Avec Antoinette, cette prise en charge précoce a fait défaut et peut expliquer en partie les divers symptômes présents au moment de la présente étude.

Conclusion

La recrudescence de l'insécurité conduit tous les jours à des situations éprouvantes aussi bien sur le plan physique que psychologique. Toutes les conditions sont réunies pour favoriser l'éclosion des troubles de l'axe psychologique, en l'occurrence le SPT, qui est une pathologie de la mémoire, mobilisant aussi bien le psychique que le somatique. Elle fait suite à la confrontation au réel de la mort. Cette pathologie prend pour appui les facteurs individuels de vulnérabilité. Ces facteurs sont entre autres la personnalité, les expériences de vie douloureuse, l'histoire de vie individuelle et parfois l'hérédité et l'éducation. Le diagnostic est basé sur la survenue, à la suite de la confrontation à un événement traumatique, des symptômes de réviviscence, d'évitement et d'engourdissement, d'hyperactivation neurovégétative et somatique. Seule une prise en charge précoce et efficace permet une récupération quasi-totale. En absence de prise en charge adéquate, le SPT peut évoluer selon le cas vers la sédation des symptômes ou vers la chronicisation. Tous les pans de la vie de la patiente peuvent en être impactés. Ceci rend le vécu particulièrement désagréable. En Afrique et particulièrement au Bénin, la peur de la stigmatisation sociale, les stéréotypes et les préjugés sur la maladie mentale et sur le stress post traumatique en l'occurrence, freinent la demande de soin. Sa banalisation, voire son déni de la part des proches, des autorités administratives et judiciaires, des instances médicales et sociales ouvrira la voie à la sur-victimisation. S'il n'y a pas un suivi adapté aussi bien médical, psychothérapeutique, social qu'éventuellement juridique, la patiente risque de réorganiser sa vie autour de sa survie, de porter inlassablement sa plainte, son vécu de préjudice ou d'adopter des comportements inadaptés pouvant conduire à sa désocialisation et donc au renforcement de sa vulnérabilité. Dans cette perspective, la prise en charge des troubles psychologiques associée aux séquelles post traumatiques est indispensable.

Références bibliographiques

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, *DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, American Psychiatric Association), Washington DC, 2000.
- ANDRIANTSEHENO Marcelin, 2003, *La santé mentale à Madagascar*, Information psychiatrique, 79:913-19
- BARROIS Claude., 1988, *Les névroses traumatiques*, Dunod, Paris : 1988.
- BOKO Gabriel Coovi, 2016, *Espace intime de l'éducation et défaillance de la pédagogie officielle. Plaidoyer pour un nouvel agir pédagogique*, conférence inaugurale, rentrée académique solennelle 2015-2016, UAC/Bénin
- BOUGEARD Nathalie, 2014, La cicatrice invisible du stress post-traumatique. *Le Figaro*. Publié le 21/02/2014 à 18:49. Consulté le 17 Octobre 2016 à 20h.

- BOURAM Omar, 2012, *Les représentations sociales de la maladie mentale chez les gestionnaires de santé mentale*, Rabat, INAS 32p
- BRAMSEN Ludwig, 1995, *The Long adjustment of WWII survivors in the Netherlands*. Eburon Press. Delft: 1995.
- BUSUTTIL Walter., 2004, Presentations and management of Post Traumatic Stress Disorder and the elderly : A need for investigation. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(5):429-439.
- CARIA Aude, 2010, *Santé Mentale en Population Générale : images et réalités, Présentation de la méthodologie d'enquête*, L'Encéphale, 36p.
- CASTRA Denis, 2004, *L'insertion professionnelle des publics précaires*. Paris, PUF.
- CICCONE Albert et FERRANT Alain, 2009, *Honte, Culpabilité et Traumatisme*, Paris, Dunod.
- COLLIN Xavier, 2010, *Hypothèses sur les relations entre états démentiels et états de stress post-traumatiques. Étude pilote sur 10 cas de syndromes de stress post-traumatiques chez des personnes âgées*. Thèse de doctorat en médecine, Université Henri Poincaré, Nancy 1, Faculté de médecine de Nancy.
- COLLOMB Henri, 1968, *Attitudes vis à vis des troubles mentaux dans les populations africaines*, Scalpel.
- COMBRET Michel, 2009, *Regard sociologique sur les malades mentaux "dangereux"*, Soins Psychiatriques.
- CREMNITER Didier, LE MASSON Alice, 2012, *Évacuation de ressortissants en situation de conflit (Côte d'Ivoire) ou d'insécurité (Fukushima)*. *Urgences* 2012, France.
- CROCQ Louis, 1999, *Les Traumatismes psychiques de guerre*, Odile Jacob. 1999.
- CROCQ Louis, 2003, Stress et trauma, *le journal des psychologues*, n° 206, pp. 8-12.
- CROCQ Louis, 2004, L'intervention psychologique auprès des victimes en période post immédiate. La question du débriefing, *Le journal des psychologues*, n° 218, pp. 8-14.
- DEBRAY Quentin et NOLLET Daniel, 2005, *Les personnalités pathologiques : Approche cognitive et thérapeutique*, paris, Masson.
- DOUKI Saïda, 2007, *Schizophrénie et culture: réalités et perspectives à partir de l'expérience tunisienne*, L'encéphale.
- DUCROCQ François, 2009, Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et Trauma*, 9(4). 237-240.
- EHRENBERG Alain, 1995, *Individu incertain*, paris, Odile Jacob
- EHRENBERG Alain, 1998, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob.
- FERENCZI Sandor, 1934, *Réflexions sur le traumatisme*, *Psychanalyse IV Œuvres Complètes (1927-1933)*, trad. fr., Paris : Payot 1982, pp. 139-148., p. 143.
- FREUD Anna, 1936, *Le moi et les mécanismes de défenses*, Paris, Presse universitaire de France, coll. Bibliothèque de psychanalyse.
- FREUD Sigmund, 1916, *Rattachement à une action traumatique. L'inconscient*. In *introduction à la psychanalyse*. Paris, Payot.

- GIORDANA Jean Yves, 2010, *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris : Masson.
- GROSSMAN Alison, LEVIN Beth, KATZEN H, Lechner S., 2004, PTSD symptoms and onset of neurologic disease in elderly trauma survivors. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 26(5):698-705.
- GUIMELCHAIN-BONNET Michèle, 2009, *Les représentations sociales et le vécu de la dépression*, Paris, L'aide-soignante.
- JOSSE Evelyne, 2013, *le Traumatisme psychique Chez le nourrisson, l'enfant et l'adolescent*, De Boeck Supérieur s. a., 2011, 2^e tirage.
- KERNBERG Otto, 1999, Les tendances suicidaires chez les états-limites. Diagnostic et maniement clinique, In : Narcissisme et états-limites, sous la dir. BERGERET J. et REID W., p.147-161
- LONJARRET S., 2004, *De la santé mentale vers la psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Lyon.
- MORIN Edgar, 1977, *La méthode* (vol.1). La nature de la nature, Paris, Seuil.
- OFFICE DES NATIONS UNIES POUR LA LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LE CRIME, 2008, *Mesures carcérales et mesures non privatives de liberté : Réinsertion sociale*. Vienne.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2008, *Classification Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes CIM-10.*, Genève.
- QUINTIN P, KLEIN P, CARRIERE P., 2001, L'image de la schizophrénie et des patients schizophrènes auprès du grand public. Enquête IPSOS. Nervure. IV.
- ROELANDT Jean Luc, 2010, Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France, paris, Masson. In : Giordana, J. Y. et al., (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Paris, Masson.
- ROMANO Hélène, 2011, *L'école face au traumatisme et à la violence*, Grenoble, La pensée sauvage.
- SNYDERS Georges, 1982, *Ecole, classe et lutte de classe*, Paris, PUF, 2^{ème} Ed.
- TALONA Lehumadja, MAONEO Azabali, BAONGA Lembalemba, MUNYAPARA Sau, WAMI W'ifongo, 2014, Profil épidémiologique des traumatisés par accidents de trafic routier aux cliniques universitaires de Kisangani, *KisMéd*, Vol 5, n° 1, pp. 51-57.
- THOMPSON Gregory, 2008, *Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la famille Pour les parents ayant de jeunes enfants*. La nouvelle charte des anciens combattants. Canada
- VAIVA Guillaume, JEHEL Louis, COTTENCIN Olivier, DUCROCQ François, DUCHET Clara, OMNES Claude, et al., 2008, Prevalence of trauma-related disorders in the French WHO study: Santé mentale en population générale (SMPG). *Encephale*. 2008 ; 34(6):577-583.