



Article Original

Intérêt du Diagnostic Clinique de « Deuil Pathologique » après la Pandémie à COVID-19

Essentialness of a clinical diagnosis of "pathological mourning" after the COVID-19 pandemic

Mbongo'o GC^{1,2}, Mbole JM^{3,4}, Eyoum C^{5,6}, Basseguin Atchou JG⁷, Nko'o Amvene M⁴, Awana AP^{1,8}, Mengue L^{1,9}, Ntone EF^{4,10}, Choukem SP², Essi MJ⁴, Nko'o Amvene S^{4,10}

RÉSUMÉ

Le deuil pathologique est une entité clinique connue depuis 1987, date d'apparition du DSM-III-R. Ce diagnostic bien que rare est répété dans le DSM-5, dernière version de la classification américaine, malgré la disparition d'autres affections. Les données cliniques et épidémiologiques dans notre continent sont rares et les critères diagnostiques demeurent complexes et confus pour certains cliniciens au profit de la « dépression mentale ». La pandémie à COVID-19 est responsable de nombreuses pertes matérielles, financières et surtout humaines dans le monde en général et dans la population africaine en particulier. Cette population, dotée d'une personnalité sensitive développée, sait s'exprimer devant une perte d'objet. Ce contexte de pandémie mondiale depuis le 11 mars 2020, nous paraît idoine pour revisiter le tableau clinique de ce diagnostic dit secondaire mais invalidant dans le milieu socioprofessionnel. Nous passerons les critères diagnostiques de cette entité selon le DSM-5 américain en revue et nous soulignerons les réalités culturelles de notre continent, très sensible au deuil ainsi qu'au travail de deuil. Notre intérêt étant d'observer longitudinalement cette « affection » comme diagnostic principal plusieurs années après la disparition de cette pandémie, car elle pourrait laisser des blessures psychiques indélébiles.

ABSTRACT

Pathological mourning is a clinical entity known since 1987, when DSM-III-R appeared. This diagnosis, although rare, is conserved in the DSM-5, the latest version of the American classification, despite the disappearance of other conditions. Clinical and epidemiological data in our continent are scarce and diagnostic criteria remain complex and confused for some clinicians in favor of "mental depression". The COVID-19 pandemic is responsible of numerous materials, financial and above all human losses in the world in general and in the African population in particular. This population, endowed with a developed sensitive personality, knows how to express itself in the face of a loss of object. This context of a global pandemic since March 11, 2020, seems appropriate to us to revisit the clinical picture of this so-called secondary diagnosis but invalidating in the socio-professional environment. We will review the diagnostic criteria of this entity according to the American DSM-5 and we will highlight the cultural realities of our continent, very sensitive to mourning as well as to the work of mourning. Our interest being to observe this "condition" longitudinally as the main diagnosis several years after the disappearance of this pandemic, because it could leave indelible psychological wounds.

1. Hôpital Jamot de Yaoundé
2. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques de l'Université de Dschang
3. Direction de la pharmacie et du médicament-Ministère de la santé
4. Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé I
5. Hôpital Laquintinie de Douala
6. Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques de l'Université de Douala
7. Hôpital Militaire de Yaoundé
8. Faculté des sciences de l'Université de Ngaoundéré
9. Sous-direction de la santé mentale, Ministère de la santé publique
10. Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé

Auteur correspondant : Dr Mbongo'o Guy Calvin
 Adresse e-mail : gmbongoo@yahoo.fr
 Tél : (00237)679340996

Mots-clés : Deuil pathologique, Cameroun, COVID-19, Psychiatrie, culture

Keywords: Pathological mourning, Cameroon, COVID-19, Psychiatry, culture

INTRODUCTION

La population africaine sait rendre hommage au mort. Ces hommages passent par des cérémonies qui s'étalent au courant de l'année de la perte d'objet, avec des événements indélébiles. La suppression de ces

événements chez ce groupe de population très communautaire laissera avec le temps des blessures psychologiques non réparées. Il existerait un intérêt d'observer cette population dans les prochaines décennies afin d'éliminer un diagnostic principal de deuil

pathologique. Ce diagnostic étant considéré comme secondaire avant la survenue de l'infection à COVID-19 risquerait être le principal dans la 3^e vague du COVID-19 ou 3^e vague psychologique.

La maladie respiratoire aiguë à coronavirus SARS-CoV-2, dénommé COVID-19 par l'OMS, est devenue la principale cause de décès dans le monde en moins de six mois, et ce, depuis la confirmation des cas-malades en décembre 2019 à Wuhan. L'on dénombre plus de 300 000 morts dans le monde. L'Afrique enregistre plus de 1700 décès, dont 139 pour le Cameroun au 18 mai 2020 (1). Les prévisions de l'OMS ont d'ailleurs prédit une hécatombe, au regard des moyens précaires disponibles sur le continent Africain. Les professionnels de santé en service en psychiatrie et dans les unités de crise

psychologique continuent à se confronter à la « mort » à travers les plaintes des endeuillés. Il s'agit donc de faire une mise au point des concepts de « deuils pathologiques » chez nos praticiens Africains, compte tenu de l'interférence des rites funéraires réduits voir interdits dans ce contexte hautement contagieux (2). Il sera question pour les psychiatres et psychologues cliniciens africains en général et des praticiens camerounais en particulier de ne pas passer à coté du diagnostic de « Deuil complexe persistant » selon le DSM-5 (3), bien que des tableaux dépressifs et anxieux soient mis en évidence déjà. L'humanité est appelée à vivre avec le virus et ce pour un temps inconnu, surtout pour la population Africaine (4).

Tableau 1 : Récapitulatif journalier du 18 Mai 2020 des cas-COVID-19 et des décès dans les six régions de l'OMS

Situation in numbers (by WHO Region)		
Total (new cases in last 24 hours)		
Globally	4 618 821 cases (93 324)	311 847 deaths (4 452)
Africa	61 163 cases (2 500)	1 748 deaths (38)
Americas	2 017 811 cases (50 879)	121 609 deaths (2 810)
Eastern Mediterranean	338 560 cases (11 992)	9 979 deaths (138)
Europe	1 890 467 cases (19 922)	167 173 deaths (1 222)
South-East Asia	141 593 cases (7 062)	4 582 deaths (231)

Tableau 2 : Récapitulatif journalier OMS du 18 Mai 2020 du top 5 des pays Africains où sont enregistrés le plus de décès

Reporting Country/Territory/Area	Total confirmed cases	Total confirmed new cases	Total deaths	Total new deaths	Transmission classification ¹	Days since last reported case
Africa						
South Africa	15 515	1 160	264	3	Community transmission	0
Algeria	7 019	198	548	6	Community transmission	0
Nigeria	5 959	338	182	6	Community transmission	0
Ghana	5 735	0	29	0	Community transmission	1
Cameroon	3 047	0	139	0	Community transmission	2
Guinea	2 727	69	16	0	Community transmission	0
Senegal	2 480	51	25	0	Community transmission	0
Côte d'Ivoire	2 109	48	27	2	Community transmission	0

DEUIL NORMAL

Le mot Deuil vient du latin « Dolus » qui veut dire douleur ou chagrin, « Dolium » ou encore « dolore », souffrir. Il désigne à la fois, les rituels funéraires, les processus psychologiques évolutifs, les remaniements psychiques consécutifs à la perte par décès, la période de souffrance qui suit cette douleur et le décès d'un proche cher lui-même. Il existe plusieurs terminologies pour exprimer le deuil en anglais, comme « loss », « grief », « mourning » et « bereavement » (5).

Psychopathologie (6)

Le deuil semble commun à toute personne malgré l'existence de processus de maturation personnels. La perte d'un être cher entretient trois phénomènes ou expériences chez l'endeuillé :

- Un phénomène subjectif ou « vivre un deuil »

Ce terme renvoie à la souffrance douloureuse éprouvée par l'endeuillé et enclenché par la perte d'un être cher. Cette souffrance fait perdre de l'énergie au sujet d'où l'appellation de cette expérience « le travail de deuil ».

- Un phénomène objectif ou « porter le deuil »
- Un phénomène intrapsychique ou « faire le deuil ».

Plusieurs auteurs ont décrit des périodes avec des phases liant les éléments culturels, psychologiques, physiques et sociaux.

La phase de choc

Elle est répartie en deux phases immédiatement après l'annonce du décès. Cette période est « physiologiquement » intense.

La phase de sidération

Cette phase se traduit par une cascade de réactions psychiques et somatiques d'installation brutale et d'une durée moyenne de quelques jours. Les signes somatiques sont la conséquence d'une infusion rapide de catécholamines et de cortisol face à un stress aigu.

- Refus de la douloureuse réalité
- Sidération de la plupart des fonctions psychiques
- Anesthésie des affects
- Emoussement des perceptions avec difficulté à émerger dans son environnement
- Amnésie de cette phase
- Tachycardie et hypotension
- Oppression thoracique et gêne respiratoire
- Crampes pharyngées et douleurs épigastriques
- Fatigue
- Troubles de l'appétit et du sommeil
- Perte de connaissance brève

La phase de recherche du défunt

Cette phase est expressive tant avec les émotions qu'avec un comportement plus ou moins bruyant

- Pleurs et lamentations
- Prostration et agitation anxieuse
- Besoin de parler au défunt ou de s'entourer de ses objets (sa communauté)
- Illusions perceptives diffuses non hallucinatoires lié au défunt avec forte adhérence

La période dépressive

Cette période dure quelques mois et est consécutive à la période de choc. C'est véritablement une pseudo-dépression clinique, car elle se traduit par une altération socioprofessionnelle de ses interactions voire à des conduites toxicomaniaques de l'endeuillé.

Humeur dépressive

- Tristesse et douleur morale
- Anhédonie (perte des plaisirs de la vie de soi même et du défunt)
- Sentiment de solitude

Ralentissement psychomoteur

- Bradypsychie (baisse de concentration, attention, mémoire)
- Hypokinésie (voix monocorde)

Signes somatiques

- Fatigue, douleur, insomnie

Pensées et comportement à l'égard du défunt

- Idéalisation du défunt
- Identification au défunt (son état juste avant son décès)
- Idées de mort (prendre la place du défunt)

La période de rétablissement

C'est le retour à la vie antérieure normale avec regain d'énergie et diminution de la douleur marqué par :

- Rêves d'acquisition
- Déménagement ou réaménagement de l'intérieur
- Séparation de certains objets du défunt.

Un deuil normal se caractérisera par :

Sa durée : elle prend fin après un travail de deuil bien fait dans les 12 mois suivant le décès.

Sa rectitude culturelle ; l'existence de tous les rites d'accompagnement ainsi que la présence des artefacts de circonstance.

Sa clinique : elle est moins intense et expressive.

Le deuil normal est consolidé par un travail de deuil conduit par les initiés.

Le travail de deuil (7,8)

Le travail de deuil est un processus naturel et indispensable à la cicatrisation psychique. Il passe par :

- L'acceptation de la réalité par l'endeuillé
- Le désinvestissement de l'objet perdu
- Le réinvestissement de nouveaux objets

Tableau 3 : Étapes du « travail de deuil » et des rites de deuil

Rapprochement du travail de deuil des rites de deuil	
Travail de deuil	Rites de deuil
1. Perte de la conscience contemplative par la perte du défunt	Soins au défunt
2. Mise en « communauté » des endeuillés	Nommer le défunt par le « tiers sacré »
3. Mise en « triangulation » avec d'autres défunts et d'autres deuils	Evoquer les « faits du défunts »
4. Introspection de l'objet perdu « phase cannibalique »	Repas funéraire
5. Douleur, nostalgie	La mise en « terre » ou crémation
6. Investissement de nouveaux objets	« Levée de deuil »
Cadre de la réalisation : à l'hôpital ou cabinet	Cadre de réalisation : dans la société

DEUILS PATHOLOGIQUES (9)

Il existe une controverse dans les définitions de cette « entité de souffrance psychique » et des réserves « diagnostiques » dans la plupart des nosographies classiques.

Les facteurs de risques

- Circonstances du décès : décès brutal et soudain, témoin ou annoncé
- Annonce du décès : manque d'expérience
- Type de liens avec le défunt dans la famille et type de relation

- Âge jeune (vulnérabilité anxiodépressive)
- Antécédents psychiatriques personnels
- Deuils répétés
- Niveau de vie faible : désinsertion sociale, état de santé précaire, difficultés financières
- Environnement socio-affectif délétère : absence de rites communautaires, disparitions du corps du défunt
- Le genre féminin, malgré l'émergence du féminisme

Les classifications sont hétérogènes (14)

Deuils compliqués (10)

Le déroulement normal du travail du deuil est perturbé avec des conséquences sur la psychologie de l'endeuillé. L'on voit rarement une pathologie psychiatrique caractérisée ici. Toutefois l'endeuillé souffre socialement et a recours à des professionnels de santé pour des formes de prise en charge.

Deuil différé

L'endeuillé prolonge la présence du défunt auprès de lui sous forme de ritualisations des actes parce qu'il est sidéré jusqu'au déni de la réalité. La période dépressive est retardée.

Deuil inhibé

L'endeuillé a accepté la réalité mais étouffé les réactions psychosomatiques protectrices associées. Les affects non exprimés peuvent réapparaître sous formes d'actes pathologiques (actes manqués, lapsus, cauchemars) au cours d'un néo-traumatisme plus ou moins inconscients. La période dépressive est sous-accomplie.

Deuil prolongé (chronique) (11)

La période dépressive est allongée au delà de 12 mois avec la même intensité clinique et l'endeuillé reste sensible à l'approche de l'anniversaire du défunt.

Deuils pathologiques impossibles

L'on observe ici la panoplie des pathologies psychiatriques courantes, partant des troubles de l'humeur aux troubles psychotiques en passant par les troubles anxieux et de la personnalité. Ils sont caractérisés par :

- Absence du défunt
- Absence d'autres endeuillés
- Absence des donneurs de « sens » (circonciseurs ou sorciers, le représentant du divin, etc.).
- Investissement psychopathologique du défunt
- Deuils pathologiques traumatiques (7, 12)

Ces formes de deuils ont été isolées par certains auteurs qui pensaient que le deuil s'accompagnait d'un type particulier de traumatisme (traumatisme de séparation). Les critères diagnostiques du « Deuil traumatique » alignent à la fois les signes exprimant la difficulté de séparation et les signes indiquant l'impact traumatique du décès, lesquels évoluent en moins de 6 mois. Les symptômes induisent une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Les critères A (au moins 3 signes suivants)

- Intrusions répétitives de pensées concernant le disparu
- Sentiment que le disparu manque
- Comportement de recherche du disparu
- Sentiment excessif de solitude

Les critères B (au moins 4 signes suivants)

- Sentiment d'un avenir sans but
- Sentiment de détachement ou restriction des affects
- Difficulté à reconnaître la mort
- Sentiment d'une vie vide ou dépourvue de sens
- Sentiment d'avoir perdu une partie de soi
- Bouleversement de la vision sécuritaire du monde
- Appropriation de symptômes ou de comportements du disparu
- Irritabilité, amertume ou colère vis-à-vis du décès

Deuils pathologiques complexes persistants(3,13)

Le deuil complexe persistant est un « diagnostic » catégorisé dans le chapitre « affections proposées pour des études supplémentaires » du DSM-5. Sa prévalence est de 2,4-4,8%, avec une prédominance féminine.

Critères proposés DSM-5

Le DSM-5, dernière version de la classification Américaine a défini une entité pathologique propre : « le trouble deuil complexe persistant ». Ce diagnostic ne figure que dans les annexes et requiert des études complémentaires pour être codifié.

- La personne a perdu par décès un de ses proches
- Depuis le décès, au moins un des symptômes suivants est ressenti, la plupart des jours, à un degré cliniquement significatif et persiste depuis au moins 12 mois après la mort chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant :
 - Fort désir/besoin persistant concernant le défunt. Pour les enfants en bas âge, ce désir peut être exprimé dans le jeu et le comportement, y compris les comportements qui représentent la séparation mais également les retrouvailles, avec un aidant ou une figure d'attachement.
 - Peine intense et douleur émotionnelle en réponse à la mort.
 - Préoccupation à propos du défunt
 - Préoccupation à propos des circonstances du décès. Chez les enfants, cette préoccupation pour le défunt peut être exprimée dans la thématique des jeux et dans les comportements et peut se poursuivre par des préoccupations à propos de la mort d'autres proches.
- Depuis le décès, au moins six des symptômes suivants sont ressentis, la plupart des jours, et à un degré cliniquement significatif, et persistent depuis au moins 12 mois chez l'adulte et 6 mois chez l'enfant.

Détresse réactionnelle à la mort

- Difficulté marquée à accepter le décès. Chez l'enfant, cela est dépendant de la capacité de l'enfant de comprendre la signification et la permanence de la mort.
- Incrédulité ou torpeur émotionnelle à propos de la perte.
- Difficultés causées par le rappel de souvenirs positifs concernant le défunt.
- Amertume ou colère en lien avec la perte.
- Évaluation inadaptée de soi-même par rapport au défunt ou à son décès (ex. auto-accusation).
- Évitement excessif de ce qui rappelle la perte (ex. évitement des individus, des endroits ou des situations associés au défunt ; chez l'enfant, cela peut inclure l'évitement des pensées et des sentiments concernant le défunt).

Rupture sociale/identitaire

- Désir de mourir afin d'être avec le défunt.
- Difficulté à faire confiance à d'autres individus depuis le décès.
- Sentiment de solitude ou d'être détaché des autres personnes depuis le décès.
- Sentiment que la vie n'a plus de sens ou est vide sans le défunt, ou croyance que l'on ne peut pas fonctionner sans le défunt.
- Confusion au sujet de son rôle dans la vie, ou sentiment de perte d'une partie de son identité (p. ex. penser qu'une partie de soi est morte avec le défunt).
- Difficulté ou réticence à maintenir des intérêts depuis la perte ou à se projeter dans le futur (p. ex. amitiés, activités).
- La perturbation cause une détresse cliniquement significative ou un retentissement significatif dans les domaines sociaux, professionnels ou dans d'autres domaines importants.
- La réaction de deuil est hors de proportion ou en contradiction avec les normes adaptées à la culture, la religion ou l'âge.
- Spécifier si deuil traumatique : deuil dû à un homicide ou à un suicide avec des préoccupations pénibles persistantes concernant la nature traumatique de la mort (souvent en réponse aux rappels de la disparition), y compris les derniers moments du défunt, le degré de souffrance et de mutilations, ou la nature malveillante ou intentionnelle de la mort.

PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE (15,16)

L'accompagnement est primordial pour tout deuil compliqué ou pathologique. Certains auteurs recommandent même un soutien en cas de deuil normal.

Le but de la prise en charge est :

- Diminuer l'inconfort du travail de deuil
- Prévenir un deuil pathologique dans l'entourage du défunt
- Prévenir les risques de suicide, de dépression chronique.

Prévention**Malade en fin de vie**

- Favoriser la présence des proches et les échanges entre eux
- Faire participer les proches le plus possibles aux soins par une communication juste et sincère sur la prise en charge complète du sujet
- Être attentif à la demande des proches concernant les soins de confort
- Préparer les proches au décès de leur malade
- Repérer les sujets à risque et leur proposer un soutien psychologique

Décès du malade

- Annoncer le décès avec tact
- Décrire, s'il y a lieu, aux proches les circonstances du décès et rapporter les actes du mourant (paroles et gestes)
- Savoir-présenter ses condoléances et exprimer de l'empathie
- Développer la santé mentale des endeuillés par des messages clairs
- Prévoir une consultation d'évaluation pour les sujets à risque une semaine après le décès
- Aspects culturels et religieux après le décès devront être du choix des endeuillés
- Respecter les rites de deuil dans la communauté du défunt bénéfique au travail de deuil

Psychothérapies

Les psychothérapies individuelles et de groupe vont s'entremêler auprès des endeuillés.

Psychothérapies de soutien

C'est la forme de psychothérapie « passe-partout » dans tous types de deuils pathologiques.

Il s'agit d'assurer un accompagnement au cours duquel le sujet endeuillé peut parler des circonstances du décès, de la nature de ses relations avec le défunt (conflictuelle ou non). L'endeuillé va exprimer ses émotions et son ressenti de façon libre.

Psychoéducation

Elle est très utilisée dans la pratique pédiatrique car elle prend en charge la détresse parentale pour réduire les événements de vie négatifs.

Thérapies cognitivo-comportementales

Ses techniques visent à identifier les « pensées irrationnelles » et à les modifier à travers plusieurs types d'interventions : relaxation, désensibilisation, renforcement positif ou négatif.

Psychothérapies d'inspiration analytique

C'est la forme ultérieure de prise en charge, tant elle demande au thérapeute d'éliminer toutes pathologies psychiatriques actives mais demande parfois l'apport de la psychopharmacologie en préliminaire.

Bien entraîné, le thérapeute permettra au sujet de prendre conscience de ses représentations psychiques jusqu' alors inconscients.

Groupe d'entraide

Le groupe d'entraide est fondé sur l'idée que des personnes vivant la même expérience dans le même environnement peuvent s'apporter aide et soutien mutuel. C'est le carrefour du partage de parole, des difficultés

des uns et des autres, des émotions, du lien social, de la recherche de solutions.

Psychothérapie de groupe d'inspiration psychanalytique et d'obédience cognitivo-comportementale.

La psychopharmacologie

Toutes les classes de médicaments peuvent être d'un apport utile selon le tableau clinique référent. L'on privilégiera les tranquillisants mineurs (sédatifs, anxiolytiques, hypnotiques), les antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou les tricycliques), les thymorégulateurs et les neuroleptiques à faibles doses. Toutefois certains signes sont réfractaires aux antidépresseurs.

L'hospitalisation en unité de crise

Elle sera très rarement indiquée. Elle pourra être utile pour la prise en charge brève de 48h des crises psychiatriques liées au Deuil pathologique. Les psychothérapies doivent primer sur la chimiothérapie dans cet environnement de soins.

Retour au village « pour les cérémonies de deuil pathologique »

Le déterrement des vestiges du défunt sont une phase du deuil non négligeable à l'accomplissement du travail du deuil. Certains endeuillés se sentent en sécurité dès lors que ces vestiges sont soigneusement conservés dans un espace centré du village où des recueils auront lieu à chaque anniversaire.

DIAGNOSTICS ASSOCIÉS AUX DEUILS COMPLIQUÉS ET PATHOLOGIQUES (17,18)

- L'état de stress post-traumatique
- Le syndrome de stress aigu
- Le trouble panique
- L'état dépressif majeur

MESURES D'ÉVALUATIONS DU DEUIL (7)

Échelles psychiatriques

- Symptom Checklist-R (SCL-90) révisée de Derogatis en 1977.
- Brief Symptom Inventory (BSI) ou Inventaire des symptômes au deuil.
- Beck Depression Inventory.

Mesures des réactions générales au deuil

Il s'agit pour la plupart d'auto-questionnaires.

- Texas Revised Inventory of Grief (TRIG) de Faschinghauer en 1981.
- Grief Experience Inventory (GEI) de Sanders en 1985.
- Grief Measurement Scale (GMS).
- Core Bereavement items (CBI) de Burnett en 1997.

DEUIL ET ENVIRONNEMENT EN RÉANIMATION

La réanimation représente pour les proches des malades en fin de vie (15) un univers traumatisant. Les endeuillés sont fragilisés par les noms des matériels qu'on y retrouve. L'oxygène, le respirateur, sont pour les futurs endeuillés des objets anxiogènes.

Quelques chiffres d'apparition des tableaux psychiatriques entre le 3^e et le 12^e mois post décès (17, 18) : L'état de stress post traumatique (46%), l'état dépressif majeur (27%), le syndrome de stress aigu (10%), le trouble panique (10%), le deuil compliqué et pathologique (5%).

Facteurs de risques associés

- L'épouse ou l'époux du défunt ;
- L'exposition à un autre événement stressant après le décès ;
- Le médecin en charge du patient n'est pas réconfortant ou manque de compassion ;
- La difficile gestion de l'espoir ;
- Le problème d'incompréhension des informations médicales (le diagnostic et les raisons du décès)

Facteurs protecteurs de deuil compliqué

- Une communication basée sur l'écoute avec un registre documenté sur l'entrée en réanimation, sur la fin de vie et le deuil (19) ;
- Un contact ultérieur (contact post-décès) des responsables du service de réanimation à l'endroit des endeuillés (9). C'est donc le médecin qui doit aller vers l'endeuillé même après plusieurs mois de deuil ;
- La solitude face à des images traumatisantes comme les plaies, les machines, les sécrétions du patient, etc.

Les professionnels de santé en réanimation devraient tenir compte de la fragilité des proches lors de l'annonce du décès.

DEUIL ET DIMENSIONS SOCIOCULTURELLES

Les dimensions socioculturelles du deuil sont diverses. Elles interviennent dès l'annonce du décès à la famille, jusqu'à l'accomplissement du travail de deuil en passant par la mise en « terre » et les cérémonies perfunéraires. La famille du défunt constitue le principal réservoir où l'on retrouve des endeuillés. Le deuil est pour les endeuillés de la famille et de la communauté une séparation (20).

Le deuil en Afrique sans cérémonie est perçu comme une « malédiction » pour la communauté des vivants. Le passage à la mort est déjà un changement de dimension de l'être vivant au statut d'âme. Ces cérémonies sont de véritables célébrations du défunt en débutant par les veillées, la mise en bière, l'enterrement et les cérémonies post mise en « terre ». Toutes ces cérémonies ont un cadre, celui du village natal quelque soit l'endroit où le décès est constaté (21). Le village natal est le lieu de convergence du corps du défunt, de la communauté, des cérémonies religieuses, des célébrations sociales et des rites du « monde des morts ». Le temps est le seul paramètre qui rend compte des actions de chaque groupe d'intervenants culturels. C'est le temps qui opère également un retour à la normale chez les endeuillés. Le deuil en Afrique est un moment crucial pour le retour au village natal de ses enfants vivants, contrairement aux événements heureux qui s'organisent dans les villes. Les endeuillés vont donc communier non seulement avec le

défunt mais avec les autres disparus du caveau familial (22).

Au Cameroun, le deuil d'un enfant est différent de celui d'une personne adulte ou âgée. Les disparus adultes, quel que soit leur rang dans le clan communautaire, ont droit à un temps d'inhumation considérable. Il est observé une conservation du corps à la morgue pendant des semaines et parallèlement un réaménagement de sa case au village natal pour l'accueil des cérémonies. La dépense financière est parfois minimisée ici aux dépens de la volonté du défunt et de ses proches. Ces cérémonies sont des parcours psychothérapeutiques pour les endeuillés (23).

Conflits d'intérêt : aucun

RÉFÉRENCES

- World Health Organisation. Coronavirus disease (COVID-19). Situation Report – 119 Du 18 Mai 2020. Pdf [Internet]. [cité le 19 Mai 2020]. Disponible sur : https://player.4am.ch/who/20200518-19_wha73/player.html?lang=en
- Ahn D-G, Shin H-J, Kim M-H, Lee S, Kim H-S, Myoung J, et al. Current Status of Epidemiology, Diagnosis, Therapeutics, and Vaccines for Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *J Microbiol Biotechnol.* 28 mars 2020;30(3):313-24.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 Washington, DC: American Psychiatric Association. Elsevier Masson. 2015; p926-930.(version française)
- The Lancet Global Health. Decolonising COVID-19. Elsevier Ltd. Mai 2020 ;8 ;e612. Disponible sur; <http://www.thelancet.com/lancetgh>
- Mojtabai R. Bereavement-related depressive episodes, characteristics, 3-year course, and implications for the DSM-5. *Arch Gen Psych.* 2011; 68:920-8.
- Silver RC, Wortman CB. The stage theory of grief. *JAMA* 2007;297:2692.
- Prigerson HG, Jacobs SC. *JAMA.* 2001; 286:1369-73.
- Kübler-Ross E. *On death and dying.* Oxford: Routledge, 1969.
- Macnab AJ, Northway T, Ryall K. Death and bereavement in paediatric ICU: parental perceptions of staff support. *Paediatric Child Health.* 2003 ; 8: 357-62.
- Wakefield JC. Should prolonged grief be reclassified as a mental disorder in DSM-5? Reconsidering the empirical and conceptual arguments for complicated grief disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200:499-511.
- Ramanantsialonina P. Le Trouble de Deuil Persistant chez la personne Agée : évaluation et Etude des Effets de la personnalité. *Psychologie.* Université Nancy 2. [Internet] 2010 [Cité le 29 Avril 2020]; disponible sur : <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752916>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, MINI DSM-IV. Critères diagnostiques (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994). 1996. Masson Paris.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- CIM-10/ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Organisation mondiale de la santé : Masson, 1994.
- Siegel MD, Hayes E, Vanderwerker LC. Psychiatric illness in the next of kin of patients who die in the ICU. *J. Crit Care Med.* 2008; 36: 1722-8.
- Shear K, Frank E, Houck PR. Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293 : 2601-8.
- Pochard F, Darmon M, Fassier T. Symptoms of anxiety and depression in family members of ICU patients before discharge or death. A prospective multicenter study. *J. Crit Care.* 2005; 20 :90-6.
- Anderson WG, Arnold RM, Angus DC. Posttraumatic stress and complicated grief in family members of patients in the ICU. *J. Gen Intern Med.* 2008; 23 : 1871-6.
- Laurette A, Damon M, Mégarbane B. A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. *N Engl J Med.* 2007; 356: 469-78.
- Matemngano T. V. Gestion des conflits dans le deuil au prisme des négociations, transactions sociales et compromis : le cas du deuil d'un roturier chez les bamiléké de l'Ouest Cameroun. *Sociologie.* Université de Strasbourg. [Internet] 2017 [Cité le 5 Mai 2020]; disponible sur : <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01777921>
- Thomas, Louis-Vincent. Rites de mort. Pour la paix des vivants. 1985. Fayard, Paris.
- Thomas, Louis-Vincent, 1982. La mort africaine. Ideologie funéraires en Afrique noire. 1982. Payot, Paris.
- Muller, J.-C., Mort, autopsie et funérailles chez les Di'i' de l'Adamaoua (Nord-Cameroun). *Anthropologie et Sociétés.* [Internet] 2013 [Cité le 5 Mai 2020]; 37 (1); 161-175 ; disponible sur : <https://doi.org/10.7202/1016152ar>