



Cas Clinique

Deuil et Infection à COVID-19 : à Propos d'un Cas dans un Centre de Crise de Yaoundé

Mourning in a context of COVID-19: a report of a case in a crisis center of Yaounde

Mbongo'o G Calvin^{1,2}, Mbole Jeanne^{3,4}, Basseguin Atchou Jonas Guy⁵, Nko'o Amvene Michael Robert⁴, Enyama Dominique^{2,7}, Menguene Laure^{1,6}, Ntone Enyime Félicien^{4,8}, Mendimi Nkodo Joseph Marie^{1,4}, Kamga Olen Jean Pierre^{1,2}, Noukeu Njinkui Diomède^{2,7}, Choukem Simon Pierre², Essi Marie José⁴, Nko'o Amvene Samuel^{4,8}

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 publique
4. Faculté de médecine et des sciences biomédicales de Yaoundé I
5. Hôpital Militaire de Yaoundé
6. Sous-direction de la santé mentale-Ministère de la santé publique,
7. Hôpital gynéco-pédiatrique de Douala
8. Centre hospitalier et universitaire de Yaoundé

Correspondance :

Dr Mbongo'o G Calvin (Hôpital Jamot de Yaoundé, Faculté de médecine et des sciences pharmaceutiques, Université de Dschang) ; gmbongoo@yahoo.fr
Tel : 679340996

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

RÉSUMÉ

Le personnel soignant en première ligne dans la riposte contre l'infection à COVID-19 et les familles des défunts au COVID-19 vivent pour certains des troubles anxieux, des burn-outs et des troubles dépressifs caractérisés, suite à la perte soit d'un patient soit un proche. Ces troubles sont relevés dans la littérature mondiale. Le sujet africain vit dans un environnement culturel plus communautaire qu'individualiste. Il peut donc souffrir davantage lorsqu'il est privé de ses commémorations culturelles au cours de la mise en terre des morts, dans un contexte de mesures barrières physiques et communautaires des gouvernements. Notre cas clinique se propose de montrer une autre affection « psychiatrique » étiquetée de deuil pathologique, qui pourrait se développer dans notre continent, contrairement à d'autres dans les mois à venir. Nous montrerons ainsi l'intérêt de l'accompagnement psychologique à long terme dans les centres de crise.

ABSTRACT

The front-line healthcare workers of the response to COVID-19 infection and families of deceased COVID-19 may suffer anxiety disorders, burnout and depressive disorders, after the loss of either a patient or a loved one. In fact, these disorders have been reported elsewhere. The culture where most African persons live tends to be communitarian rather than individualist. Therefore, they are more likely to suffer of deprivation of cultural commemorations associated to the burial of the dead, in a context of physical and community barrier measures of government. The purpose of our clinical case is to show another "psychiatric" affection labeled pathological mourning, which could develop in our continent in the months to come. We will also show the value of long-term psychological support in crisis centers.

INTRODUCTION

Tous les états du monde sont touchés par pandémie du COVID-19. La mortalité liée à cette maladie respiratoire aigüe est en augmentation depuis les premiers morts de Wuhan en Chine. Le deuil est devenu une réalité dans nos vies. L'accompagnement socioculturel des endeuillés rencontre certains difficultés liés aux mesures de distanciation sociale et à d'autres restrictions prescrites par les autorités sanitaires et administratives. Les rites socioculturels de deuil devant conduire à l'accomplissement du travail des endeuillés, se voient bafoués ou confinés mettant la communauté indifférente à ses responsabilités. Il est urgent que le « diagnostic de

deuil » en tant que souffrance psychique soit recherché par les praticiens et que ses complications puissent être surveillées dans le temps. La prise en charge ou l'accompagnement des endeuillés dans l'espace médicale devrait être une préoccupation majeure dès l'annonce du décès. Le front de lutte contre le COVID-19 passera également par la prise en charge psychologique des proches à risque des disparus. Les professionnels de la santé mentale devront se substituer à la communauté socioculturelle en difficulté et prévenir l'éclosion des pathologies psychiatriques constituées lié à un deuil différé ou prolongé dans un espace appelé « clinique du deuil ».

OBSERVATION

Mme K. Z. est une femme au foyer de 36 ans sans emploi avec un niveau scolaire de 4^{ème} secondaire. Elle est à son premier contact avec la psychiatrie et l'unité de crise. Elle est accompagnée pour la circonstance par ses deux grands frères et son oncle maternel. Ses accompagnateurs s'inquiètent de la réaction de leur petite sœur après l'annonce du décès de son mari dans un centre agréé de prise en charge au Covid-19. Cette réaction incontrôlable est marquée par des pleurs, une agitation psychomotrice et surtout le refus d'accepter le décès de son conjoint même après 6h de temps de l'annonce du décès par les soignants.

La patiente n'a pas d'antécédents psychiatriques personnels ni médicochirurgicaux.

Un de ses frères aînés est suivi en psychiatrie pour trouble bipolaire type I, actuellement stabilisé.

Son mari, Gendarme décédé, aurait été évacué d'une zone de conflit pour une centre de traitement Covid-19 agréé en contexte de difficulté à respirer. Le disparu aurait passé une nuit en soins intensifs et aurait rendu l'âme le lendemain son admission. Son épouse, notre patiente, rapporte une complicité avec son mari au matin de ce jour funeste. Elle ajoute que son mari moins de la quarantaine, était tout pour leur famille ainsi que pour leurs trois enfants, le dernier âgé de 14 mois.

Elle est soutenue dans ces propos par ses frères qui ont attesté que leur beau frère était aimable. Cette prise de parole est perturbée dans sa fluence par des crises de larme et une agitation anxieuse de tous les membres en salle d'entretien car on ne connaît pas la cause du décès. Selon un accompagnateur, le défunt avait été prélevé pour confirmer l'infection à coronavirus (COVID-19) et le résultat était attendu.

L'examen psychiatrique succinct note une conservation de son état général et de son orientation dans le temps et l'espace. La tenue vestimentaire est adaptée pas de déchirure ou de saleté anormalement visible. Le discours est cohérent et contrôle ses émotions parfois. On peut retenir de son énoncé : «je veux que mon mari revienne.... Il est à l'hôpital ...il n'est pas mort» en parlant de ses frères « ils veulent que je dorme... ». Ses accompagnateurs rapportent un refus de s'alimenter et un manque de sommeil depuis l'annonce du décès. L'humeur était triste avec une lecture du chagrin sur son visage. Toutefois pas de signes maniaques ou idéations suicidaires actives. Pas d'hallucinations ou illusions perceptives. La patiente n'exprimait pas une peur intense ou une peur de mourir. Notre sujet ne rapportait pas des manifestations neurovégétatives tel les palpitations, des tremblements, une transpiration, des bouffées de chaleurs. Le reste de notre observation rapide était sans particularité.

Par ailleurs son poids était de 72Kg, TA 114/80 Pouls 96cpm et une température à 37.3°C

La prise en charge initiale a constitué à une thérapie de groupe, constituée de ses frères en salle d'entretien. Elle a duré 30 à 45 min l'initiation à l'accompagnement au deuil avec des techniques psychothérapeutiques brèves, allant de la psychothérapie de soutien à la psychothérapie

de groupe d'inspiration cognitivo-comportementale. La psychoéducation a été conduite également.

L'évolution immédiate a été l'adhérence au suivi psychologique par la patiente et l'acceptation d'une induction psychopharmacologique d'anxiolytique sur 10 jours. A sa sortie de notre entretien, la patiente avait accepté la réalité de la mort de son conjoint et une ordonnance a été remise composé de Alprazolam 0.25 1cp matin et 2 cp le soir au coucher pendant 10 jours.

Évolution à J1

Au téléphone, son frère nous apprend que la patiente est au calme et, ne relève pas d'autres observations inquiétantes. Notre « patiente » continue à prendre le traitement anxiolytique.

Par ailleurs son mari a été inhumé rapidement au lendemain de son décès dans une partie de ville de Yaoundé loin de toute indiscretion. Les rites de deuil sont mal connus par notre interlocuteur au niveau des endeuillés. Il souligne aussi que les cérémonies du deuil auront lieu un mois après le décès dans son village.

Évolution J12

La patiente a stoppé son traitement médicamenteux, elle se porte mieux et attend tranquillement les cérémonies liés aux obsèques de son mari selon les rites traditionnelles. De plus, il nous appris que le mari disparu de sa sœur était confirmé au COVID-19 après résultat et était décédé suite à ses complications.

DISCUSSION**Aspects diagnostiques**

Dans les heures qui ont suivi l'annonce du décès à l'hôpital, ensuite son retour à domicile, Mme K.Z. était incontrôlable. Son tableau symptomatique était marqué par une crise en sanglot, une tristesse, de l'insomnie, un refus de s'alimenter et un déni du décès ou de la réalité de mort. Ce tableau clinique était caractéristique du Deuil. Le deuil est reconnu par la manière comme une réaction émotionnelle complètement normale face à un décès d'un être cher et ne nécessite aucun traitement (1).

Ce qui nous a paru étrange et interrogative, c'est que ses frères aînés autochtones de la région du Centre ou connaisseurs de leur culture, ont demandé des soins pour leur sœur. De plus l'histoire d'une mort brutale, d'un militaire, ayant passé qu'une seule nuit dans le centre de prise en charge du COVID-19, nous laissé perplexe sur la nature du décès. La mention, d'un prélèvement en cours de traitement, était également un inconnu. Une femme, qui perd son époux dans un hôpital où coexistent des experts en communication, continue à se poser la question sur les circonstances du décès de son mari.

Le « diagnostic » de deuil normal difficile en contexte d'infection à COVID-19 a été notre première préoccupation.

Lors de notre entretien, la patiente présentait plus des signes anxieux réactionnels que dépressifs jusqu'à 48h. Les signes neurovégétatifs et la peur étaient absents à la 6ème heure post décès. Toutefois la non verbalisation de ses plaintes, jusqu'au douzième jour de surveillance par téléphone, ne permet pas d'exclure notre deuxième diagnostic d'état de stress aiguë. Notre patiente a été

exposée à un événement traumatique de mort brutale de son époux. Elle aurait passé une journée avec ce dernier dans un état d'assistance respiratoire. Notre patiente a réagit avec une agitation incontrôlable sans notion de peur intense ou attitude d'évitement. Notre sujet était incapable de se souvenir qu'on l'avait annoncé le décès à l'hôpital, et n'admettait pas la réalité de la mort. Nous pouvons dire avec retenue que Mne K.Z. a eu une amnésie dissociative et une impression de déréalisation. Nous avons éliminés le diagnostic de dépression parce que ni les critères diagnostics de l'état dépressif majeur du DSM-IV n'étaient réunis (2) ni les critères diagnostics du trouble dépressif caractérisé du DSM-5 non pas paru convainquant (3).

L'évocation du deuil, les signes cliniques, la durée de la crise, les facteurs de risque de deuil pathologique (le sexe féminin, l'épouse ayant perdu son époux, niveau scolaire moyen, les circonstances du décès lié à l'infection au COVID-19), nous ont permis de considérer le deuil normale dans sa période de choc comme diagnostic de travail.

Nous savons que le deuil évolue en « période » dans le temps. Le deuil, bien que sa ne soit pas encore un diagnostic psychiatrique au sens propre, est considéré comme une souffrance psychique et psychologique pour les endeuillés. La surveillance de ses formes évolutives, surtout avec l'avènement de l'infection à COVID-19 dans nos sociétés, permettront de codifier en « diagnostic » ce concept de plusieurs.

Prise en charge

Notre prise en charge a consisté essentiellement en traitement de psychothérapies brèves (4). Le traitement anxiolytique avait pour but d'induire le sommeil et permettre un lien psychothérapeutique au long cours. Cette prise en charge a transformé favorablement notre patiente pendant sa période de choc.

La disparition des cérémonies et rites du deuil précoce (5,6) dans ce contexte d'infection COVID-19 risquerait de fragiliser nos endeuillés. Cette fragilisation risquerait de pérenniser le deuil normal ou de la transformer en deuil pathologique. Le défunt militaire n'a pas eu de cérémonies d'honneur par ses pairs pourtant il sortait de mission en zone de conflit. Ces cérémonies militaires périfunéraires soulagent les douleurs des endeuillés, lorsque ses camarades d'armes l'accompagnent à sa dernière demeure. Parallèlement le travail du deuil s'accomplit facilement sans résistance ou complication. L'absence des donneurs de sens pour le soutien des endeuillés est observés de partout. Les religieux ont fermés leurs portes dans les maisons de prières (5). Les administrateurs des territoires ont interdit le déplacement des corps COVID entre les départements (7), ce qui ne permet pas aux endeuillés de l'un ou l'autre coté de la frontière urbaine d'entamer son travail de deuil. Les professionnels de santé, dénommé personnels en première ligne, privilégient l'action et leurs paroles de réconfort en l'endroit des endeuillés est relayé en second plan. La communauté a perdu son sens d'accompagnement non seulement par les mesures prescrites de distanciation sociale (8) mais aussi par la peur de s'exposer aussi. Les travailleurs sociaux en

charge du travail de deuil, ont vu leur action d'accompagnement aux endeuillés réduites (9,10). Il sera opportun que psychiatres, psychologues cliniciens et, médecins généralistes prennent leurs responsabilités dans la prise au long cours du processus de deuil normale en ce contexte de COVID-19. Certains auteurs pensent que le deuil ne devrait pas être médicalisé, car c'est un moment charnière du cours de la vie normale. Notre devoir en tant que psychothérapeute, c'est d'abord d'abaisser les douleurs et non se substituer au travail de deuil culturel. Notre patiente a eu droit à une cure de sommeil de courte durée pour, qu'elle conserve la réalité du disparu et soit apaisée.

Perspectives

Nous recommandons un suivi longitudinal sur deux années au moins, chez des endeuillés liés à l'infection au COVID. Les endeuillés qui auraient eu un contact avec les services de crise et de psychiatriques seront une population importante. Le but étant de ressortir un profil clinique de ces sujets.

Conclusion

Les dimensions socio-culturelles du deuil sont diverses. Le deuil en Afrique sans cérémonies est une malédiction pour la communauté des vivants. La malédiction à son tour sera responsable de l'ébranlement de l'unité psychique par ses noyaux affectif, intellectuel ou idéique et comportemental. Le deuil pathologique dont le diagnostic est dans la durée est l'une des manifestations à prendre en considération dans les mois ou les années avenir post infection covid-19. Notre cas clinique s'est proposé d'attirer l'alerte à la surveillance clinique de développement de ce trouble dans les conditions de mesures barrières communautaires, confinement et interdictions multiformes de rassemblement.

Conflit d'intérêt

Néant

RÉFÉRENCES

1. Barnhill J.W., Crocq M-A., Boehrer A. DSM-5 Cas Cliniques. Elsevier Masson. 2016 ;4 :65-68.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, MINI DSM-IV. Critères diagnostics (Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994). 1996. Masson Paris.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 Washington, DC: American Psychiatric Association. Elsevier Masson. 2015; p926-930.(version française)
4. Dourelugne Y. Cottencin O. Thérapies brèves : situations cliniques. Elsevier Masson. 2009 ;3 :99-123
5. Pape François. La vie après la pandémie. Libreria Editrice Vaticana. 2020 ;1 :1-18
6. Matemngao 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>
7. Ministère de la santé publique. Directives et Procédures Opérationnelles Standard pour la préparation et la réponse au Covid-19 au Cameroun- première édition-23-avril 2020
8. Arrêté régional N°011/AR/C/SG/DAAJ du 02 Avril 2020. Interdisant la consommation sur place, des boissons

-
- alcooliques, hygiéniques et traditionnelles et des vins, dans les régions du Littoral. 2 Avril 2020
9. Organisation Mondiale de la Santé. Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la Covid-19 : orientations provisoires-24 mars 2020.
10. Communiqué conjoint radio presse N° D13-129 CRP/MINSANTE/MINDDEVEL. 5^{ème} résolution. 20 Avril 2020
11. Ordre National des Médecins du Cameroun. Conseil extraordinaire du 15 Mai 2020. Liste des résolutions. 7^{ème} résolution. 15 Mai 2020.