

Liste des abréviations

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CPM-II : Classification des Psychopathologies de la maternité version révisée II

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

BZT : Benzodiazépine

ECT : Electro convulsivothérapie

INSERM : Institut National de la santé et de la recherche médical

EMC : Encyclopédie Médico-chirurgicale

BDA : Bouffée Délirante Aiguë

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u> : Répartition des malades par tranche d'âge de 5 ans (n=180).....	57
<u>Figure 2</u> : Répartition du niveau de scolarisation et de l'activité professionnelle chez notre population d'étude n=180.....	59
<u>Figure 3</u> : Répartition des patientes selon la parité.....	60
<u>Figure 4</u> : Répartition des nouveaux- nés selon l'état de l'enfant.....	61
<u>Figure 5</u> : Délai de survenue des troubles.....	62
<u>Figure 6</u> : Répartition des antécédents personnels (n=180).....	63
<u>Figure 7</u> : Répartition des patientes selon le diagnostic.....	65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Données concernant le niveau de scolarisation (n=180)	58
Tableau II : Antécédents familiaux des patientes.....	64

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	4
I. Historique.....	5
II. Epidémiologie.....	7
III. Aspects socioculturels de la gravido-puerpérality et formes cliniques des troubles	9
III. 1. Aspects socioculturels de la gravido-puerpérality et de ses troubles	9
III. 2. Formes cliniques des troubles de la gravido-puerpérality	16
III.2.1 La grossesse	18
III.2.2 Le post-partum.....	20
III.2.2.1 Le post-partum blues ou baby blues	20
III.2.2.2 Les pathologies puerpérales du post-partum	22
III.2.2.2.1 Les psychoses puerpérales (ou du post-partum).....	22
III.2.2.2.2 Les états psychotiques aigus confuso-délirants.....	22
III.2.2.2.3 Les épisodes thymiques majeurs	24
III.2.2.2.4 Les états dépressifs du post-partum.....	25
III.2.2.2.5 Cas particuliers des dépressions post-abortum (après IVG), après mort in utero et/ou interruption médicale de grossesse (IMG)	28
III.2.3 Les états schizophréniques et la maternité	30
III. 3. Aspects thérapeutiques	31
III.3.1 Les Neuroleptiques	31
III.3.1.1 Période embryonnaire organogénèse.....	31
III.3.1.2 Période fœtale et néonatale.....	32
III.3.1.3Allaitement	32
III.3.2 Antidépresseurs.....	32

III.3.2.1 Période embryonnaire organogenèse	32
III.3.2.2 Fœtus et nouveau-né.....	32
III.3.2.3 Allaitement	33
III.3.3 Thymorégulateurs	34
III.3.3.3.1 Lithium	34
III.3.3.1.1 Période embryonnaire organogenèse.....	34
III.3.3.1.2 Fœtus et nouveau-né.....	34
III.3.3.1.3 Allaitement	34
III.3.3.3.2 Carbamazépine	34
III.3.3.2.1 Période embryonnaire organogenèse.....	34
III.3.3.2.2 Fœtus et nouveau-né.....	35
III.3.3.2.3 Allaitement	35
III.3.3.3.3 Valpromide – Valproate.....	35
III.3.3.3.1 Embryon, fœtus et nouveau-né.....	35
III.3.3.3.2 Allaitement	35
III.3.3.3.4 Benzodiazépines (BZP).....	36
III.3.3.3.4.1 Période embryonnaire–organogenèse.....	36
III.3.3.3.4.2 Fœtus et nouveau-né.....	36
III.3.3.3.4.3 Allaitement.....	36
III.3.4 L’electro convulsivothérapie (ECT).....	37
III.3.5 Psychothérapies.....	37
IV. Facteurs Etiologiques.....	38
IV. 1. L’événement maternité.....	38
IV. 2. Vulnérabilité personnelle.....	39

IV.2.1 Diathèse maniacodépressive.....	39
IV.2.2 Autres terrains à risque.....	40
IV. 3.Les facteurs de risque des troubles psychiques de la grossesse et du postpartum.....	40
IV. 4. Les facteurs biologiques.....	45
IV. 5. L'infanticide et le néonatocide.....	47
IV. 6. Décompensations organiques.....	48
DEUXIEME PARTIE : TRAVAUX PERSONNELS.....	49
I. Contexte du travail.....	51
II.Objectifs.....	52
II. 1. Objectif général	52
II. 2. Objectifs spécifiques.....	52
III.Matériel clinique et Méthode.....	52
III. 1. Cadre d'étude.....	52
III. 2. Collecte des données.....	53
III. 3. Critères d'inclusion.....	53
III. 4. Critères d'exclusion.....	54
III. 5.Instruments.....	54
III. 6.Difficultés.....	54
IV.RESULTATS.....	56
IV. 1. Les facteurs sociodémographiques.....	57
IV.1.1L'âge.....	57
IV.1.2La situation matrimoniale.....	58
IV.1.3Le niveau de scolarisation.....	58

IV. 2.Les facteurs liés à la puerpéralité.....	60
IV.2.1La parité.....	60
IV.2.2Le mode d'accouchement.....	60
IV.2.3 L'état de l'enfant.....	61
IV.2.4 Le délai de survenue des troubles.....	62
IV.2.5 Les antécédents personnels.....	63
IV.2.6 Antécédents familiaux.....	64
IV. 3.Les formes cliniques.....	65
V.Discussion.....	66
Conclusion.....	79
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	85

INTRODUCTION

Le déroulement d'une grossesse et la naissance d'un enfant s'accompagnent chez toute femme de modifications affectives qui prennent leur origine dans les bouleversements corporels et les remaniements psychologiques inhérents à la puerpéralté. La crise d'identité que constitue la Maternité, et tout spécialement une première maternité, est normalement l'occasion d'une transformation maturante qui aboutit à un épanouissement de la féminité. Mais l'aventure maternelle est loin d'être toujours heureuse, ses avatars psychiatriques en témoignent [34]. Ainsi, pour un nombre non négligeable de femmes, la naissance est malheureusement associée à un premier épisode psychiatrique, à la rechute ou à l'aggravation d'un trouble psychiatrique préexistant [5]. Cette période peut réactiver l'angoisse liée au conflit que peut poser dans l'histoire naturelle et singulière de chaque parturiante, un nouveau lien de filiation. Il peut se déclencher des troubles avec symptômes psychotiques et névrotiques [50].

En Afrique particulièrement au Sénégal la grossesse et les suites de couche constituent un état particulier où la femme est sujette à une surveillance particulière. Une étude a évalué les troubles psychiatriques de la gravido-puerpéralté à 10% des hospitalisations en milieu psychiatrique au Sénégal [47]. Cette fréquence non négligeable des troubles psychiatriques de la gravido-puerpéralté dans notre milieu a suscité notre intérêt. Avec les mutations socioculturelles de notre société qui exposent la femme à plus de stress par rapport à la maternité on est en droit de se demander si ces nouveaux facteurs

influent dans la survenue des troubles. En effet certains paramètres sociodémographiques ont évolué notamment : l'âge du mariage, la scolarisation et le niveau d'instruction des femmes, la vie professionnelle des femmes qui sont devenues des « carriéristes » et la nucléarisation de la famille. Ces différents éléments associés aux progrès de la médecine et à la médicalisation des accouchements ont-ils eu un impact sur les troubles psychiatriques de la gravido-puerpéralité ?

Ainsi ce travail a été mené dans le but de déterminer les aspects épidémiologiques et cliniques des troubles psychopathologiques de la gravido-puerpéralité au Centre Hospitalier Universitaire de Fann de Dakar au Sénégal.

PREMIERE PARTIE :

REVUE DE LA LITTERATURE

I. Historique

Depuis la description princeps d'Hippocrate « à propos d'un cas d'agitation et de confusion chez une femme ayant accouché de jumeaux », l'on parlait déjà de « folies des parturientes » il faut attendre Esquirol en 1938 pour la description clinique de « l'aliénation des nouvelles accouchées et des nourrices ». Marcé [35] fait de la psychose puerpérale une entité en publant le « Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices ». Il poursuivra cette période descriptive en détaillant la clinique de la folie puerpérale et à partir de là vont naître et se maintenir toutes sortes de tentatives d'explications quant à la pathogénie des troubles observés.

Du temps d'Hippocrate, le fondement organique de ces troubles était recherché dans l'invasion du cerveau par un mélange de lochies et de lait. Puis on a tenté successivement de définir la pathologie par une origine infectieuse, puis toxique et enfin hormonale [33]. Ensuite à partir de 1928, les conceptions freudiennes ont mis l'accent sur la réactivation lors de la maternité des fantasmes oedipiens et prégenitaux propres aux stades infantiles du développement psychosexuel. Ces théories psycho dynamiques envisagent la psychose puerpérale comme le résultat de l'impact de la maternité vécue comme un traumatisme électif sur une personnalité prédisposée [42].

Dans la conception traditionnelle africaine de cette pathologie, il est incriminé également une montée des lochies vers le cerveau, ce qui provoque des troubles mentaux divers notamment la bouffée délirante.

Actuellement ces pathologies feraient intervenir essentiellement trois catégories de facteurs étiopathogéniques : les facteurs biologiques liés essentiellement au remaniement hormonal, les facteurs psychologiques liés au vécu de la grossesse et les facteurs socio- économiques.

Le terme de psychose puerpérale a été pendant longtemps utilisé pour désigner sans distinction tous les troubles psychiques survenant au cours de la grossesse, durant le postpartum et pendant l'allaitement. En 1990, le diagnostic a bénéficié de la nouvelle approche nosologique consensuelle Dayan J et al[10] ont pu isoler par ordre chronologique quatre complications psychiatriques dans le postpartum :

- Le stress du postpartum, survenant dès les 24 premières heures ;
- Le post-partum blues, survenant du premier au dixième jour ;
- La psychose puerpérale, de la première à la sixième semaine ;
- La dépression du postpartum, qui est distante de l'accouchement de quatre à six semaines.

II. Epidémiologie

Le risque de psychose puerpérale est évalué pour les premiers accouchements à un cas sur 1000 [8]. Pendant le premier mois qui suit la naissance de l'enfant, le risque pour une femme d'être admise dans un hôpital psychiatrique pour psychose puerpérale est environ 22 fois plus élevé que durant les mois précédent l'accouchement ; ce risque est aussi 35 fois plus élevé après le premier enfant [31].

Les troubles psychiatriques de la gravido-puerpératilité sont peu fréquents en Europe, entre 0 et 5% [16] et ils représentent 3 à 5% des maladies mentales nécessitant une hospitalisation [36]. A partir des travaux de Racamier et al [41] qui ont étudié la relation mère-enfant, il a été constaté une diminution considérable de ces cas en Occident. Cette baisse est due à l'amélioration des conditions de maternité dont la préparation à l'accouchement, le planning familial et l'administration des psychotropes actifs contre les troubles mentaux [16]. La morbidité physique périnatale a considérablement diminué mais par contre la morbidité psychique est restée constante. Ceci est peut être du à la place limitée accordée à la morbidité mentale, c'est à dire au bien être psychologique et à la qualité de vie de la mère et de l'enfant. Une hospitalisation sur trois portait ce diagnostic dans une unité d'hospitalisation de femmes au service de psychiatrie du CHU de Fann au Sénégal en 1970 [7]. Cette haute prévalence s'expliquait par la fréquence des grossesses chez la femme sénégalaise. Thiam M H et al en 2000 [47] ont trouvé une prévalence des

troubles psychiques de la gravido-puerpérality en milieu hospitalier de 7,9% des femmes hospitalisées dans le même service.

Selon Kendel et al [31] les hospitalisations au cours de la puerpérality varient de 1 à 2 pour 1000 accouchements avec comme point d'accord une plus grande fréquence des troubles dans les premières semaines suivant la délivrance, si bien que d'aucuns ont même évoqué l'influence protectrice de la grossesse vis-à-vis des troubles mentaux majeurs.

Selon la revue Afrique Santé Reproduction en 2002 on a découvert également qu'il y a un taux élevé du commencement de la psychose puerpérale ($^{3,2}/_{1000}$ naissances) surtout chez les jeunes femmes primipares.

L'âge de survenue des troubles de la gravido-puerpérality au Sénégal tourne autour de 20 ans, et Thiam et al [47] qui ont étudié la prévalence et les formes cliniques des troubles psychiques de la gravido-puerpérality au C.H.U de Dakar au Sénégal de constater une baisse de l'âge d'apparition des troubles depuis quelques années. Les nombreuses études faites au Sénégal montrent une grande prévalence des paucipares dans la survenue des troubles.

III. Aspects socioculturels de la gravido-puerpératilité et formes cliniques des troubles

III. 1. Aspects socioculturels de la gravido-puerpératilité et de ses troubles

Il est bien reconnu actuellement que la grossesse et le post-partum correspondent à une période de fragilité et de vulnérabilité psychologiques qui comporte un haut risque psychiatrique. Les travaux dans le champ de la psychiatrie montrent que les situations cliniques de la période périnatale sont spécifiques à cet intervalle de temps allant de la conception aux premiers mois de l'enfant, et ce tant au niveau thérapeutique, curatif que préventif [4].

L'anxiété primaire maternelle, telle que définie par Winnicott [49], est le soubassement de ce qu'il nomme la « préoccupation maternelle primaire ». Cet état transitoire permet à la mère de s'identifier à son enfant grâce à une hypersensibilité et par conséquent de répondre à ses besoins corporels, affectifs, psychiques et sociaux. L'anxiété a effectivement une fonction adaptative car notre organisme se met alors en alerte face à la perception subjective d'une situation délicate, voire d'un danger, et de nombreuses modifications psychophysiologiques préparent le sujet à réagir. On peut donc raisonnablement envisager que la femme primipare nouvellement mère développe une anxiété considérée comme normale.

Dans le cas de la femme parturiente, l'on parle d'anxiété spécifique de la grossesse dont l'objet se manifeste par l'expression d'inquiétudes portant, lors

du troisième trimestre, sur le déroulement de l'accouchement et sur les compétences de maternage [19]. Par ailleurs, Guéye en [22] a montré combien le fait de porter un enfant, d'accoucher, de devenir mère constituait dans la vie d'une femme un événement d'une importance capitale. Certes, il s'agit là d'une expérience humaine intime et personnelle que chaque femme va vivre différemment en fonction des facteurs que sont sa propre personnalité, son histoire individuelle, son environnement, la place de son conjoint, etc. Avoir un enfant, voire plusieurs en raison de la forte mortalité infantile dans nos régions, permet aussi à la femme d'accéder au statut de mère qui renforcera son intégration dans la lignée dont elle assure la descendance et, par là, la survie. Ce bien précieux qu'est l'enfant constitue aussi un futur soutien économique et social pour les parents.

Cependant, cette expérience est soumise dans le même temps à la sanction de la collectivité et de la société toute entière, en ce sens que cette fonction fondamentale de procréation participe à la perpétuation de l'espèce et joue un rôle fondamental dans l'homéostasie de la famille posant la question de la filiation biologique instituée par la famille ou la filiation narcissique souvent en jeu dans nombre de situations pathologiques [25]. Il est socialement et culturellement admis dans nos milieux traditionnels que le bon déroulement de la grossesse, le devenir et la réussite sociale de l'enfant sont étroitement corrélés au comportement actuel et antérieur de la mère, à sa conduite sociale en termes

de soumission et d'obéissance à son mari. Ce que résume l'aphorisme Wolof *liggeyu ndey anub dom* /litt : « le travail de la mère constitue le repas de son enfant » [13].

Ainsi, cet événement est marqué du sceau des représentations collectives que chaque groupe social se fait de la grossesse en fonction de ses conceptions culturelles. Les schémas et mécanismes biologiques et physiologiques de la fécondation sont bien décrits, mais persistent toujours des dimensions mythiques, voire mystiques, qui ne trouvent pas toujours de réponses dans ces schémas d'où surgissent des préoccupations, interrogations qui ne rencontrent pas toujours d'échos rassurants [24].

Être parent est une construction psychologique. Elle prend son appui sur notre propre enfance et les relations que nous avons pu établir avec nos parents, dans toutes leurs réalisations mais aussi avec toutes leurs défaillances. Non seulement les relations que nous avons en mémoire mais toutes celles fondamentales qui y échappent parce qu'elles sont recouvertes par l'amnésie infantile ou qu'elles se soustrayaient déjà à l'appréhension limitée de notre conscience d'enfant, ou bien encore parce qu'elles sont ordinairement refoulées ou même clivées et déniées car leur valeur traumatique les rend insupportables. Cette construction psychologique repose sur les soins reçus, l'amour donné, la protection obtenue et l'autorité assurée. Nous construisons ainsi une représentation d'être parent qui sera consciemment et inconsciemment en œuvre

avec nos propres enfants. Elle trouvera son plein développement avec la réalisation de la grossesse et la naissance [11].

Senghor 1^{er} Président de la République du Sénégal et poète souligne que les choses essentielles en Afrique sont les forces du cosmos. Par la grossesse, la femme perd ses limites individuelles et s'ouvre au cosmos : au vent, aux ancêtres, aux Dieux, et à bien d'autres choses possibles, bénéfiques ou maléfiques, dont la semence fécondante est peut être le signe [21].

Guéye [23] et Ouedraogo [39] rajoutent que le danger est partout et peut prendre des formes variées : il peut se manifester sous la forme de sorciers anthropophages, car comme l'explique un thérapeute peulh, « pour le soukougne (sorcier) le « Contenu de l'utérus gravide a aussi bon gout qu'un jeune veau bien gras ». Mais ceux-là ne sont pas les seuls à jeter un regard concupiscent ou envieux sur la femme enceinte : le danger peut venir des coépouses ou d'autres personnes jalouses qui peuvent engager quelques maléfices à l'endroit du couple mère- enfant. Les esprits ancestraux peuvent désirer garder avec eux l'enfant encore innominé. Ce dernier peut même souhaiter retourner dans son paradis préhistorique ; en effet, n'est il pas doué d'une intelligence et d'une force psychologique propre ? Il importe donc de ne pas attirer les esprits ou les humains malveillants ; pour cela la grossesse sera enveloppée du maximum de secret ; on évitera toute allusion publique à cet état. Il convient également de

fixer l'enfant dans son nouvel univers en enterrant soigneusement son double, le placenta, en un endroit précis de la demeure.

Enfin, tant que l'enfant n'aura pas reçu de nom, d'identité propre, c'est à dire pendant la semaine entre la naissance et le baptême, on veillera sur lui avec vigilance craignant qu'il ne retourne d'où il vient. En effet, appartient-il bien à la lignée ? S'il est d'ailleurs, ailleurs il retournera pour toujours.

Comme nous l'avons vu, cet enfant précieux est perçu dans une perspective très ambiguë : la symbiose avec la mère est telle qu'on en vient à douter de leurs identités respectives. Et cependant un certain degré d'autonomie et d'indépendance est fréquemment attribué au fœtus : celui-ci a sa propre volonté, ses propres intentionnalités et tient sa mère sous sa dépendance ; il est capable de lui commander certains actes ou certaines pensées.

Ainsi le sens de l'identité personnelle apparaît-il bien fragile favorisant la confusion entre Moi et Autrui.

C'est ainsi que la femme qui devient mère ou redevient mère subit-elle une transformation profonde ; l'issue de cette crise, comme de toute autre crise, peut être double :

- Elle peut être favorable permettant à la femme enfant de s'épanouir en adulte reconnue par son groupe, heureuse et valorisée ;

- Elle peut, au contraire, ébranler de façon catastrophique une personnalité fragile ou mal protégée et c'est alors que l'on verra se dessiner les manifestations psychopathologiques[21].

La maternalité est alors conçue comme une phase du développement psychoaffectif de la femme, la psychose puerpérale comme la manifestation pathologique[34].

Mandersheid [1] qui a étudié « le méret ou la folie des parturientes » au Sénégal nous rappelle que « la psychose puerpérale devient alors le lieu où la femme peut exprimer sans réserve tout ce qui est habituellement refoulé, sans être rejetée par le groupe socio familial. D'une certaine manière, la société qui impose le silence au désir de la femme, lui ménage, par le méret une sorte de « soupape ». L'accès délirant est le prix à payer de la parole ».

Selon Ouango[38] qui a étudié « les psychoses puerpérales à Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques et considérations étiopathogéniques » les troubles sont parfois interprétés comme la punition provenant des génies ou des ancêtres en raison de la transgression de certaines règles prescrites à la femme enceinte. Le polymorphisme ethnique entraîne une diversité des interprétations que l'on se fait de ces manifestations ainsi que des règles de conduite et comportements à adopter durant la grossesse. La non observance de ces pratiques culturelles durant cette période favoriserait l'émergence d'une anxiété permanente chez la femme en âge de procréer. Et Guéna et al [21] dans leur

article « aspects psychopathologiques de la grossesse au Sénégal » de dire que « toute l'histoire de la femme africaine s'articule autour de l'événement que représente la maternité ». On comprend ainsi aisément l'importance des facteurs psychosociaux dans la survenue des troubles psychiques de la puerpéralité.

Pour certains auteurs [2], les facteurs introduits par le modernisme ne sont pas étrangers à la survenue des nombreux cas de troubles psychiques puerpéraux observés dans les pays africains. Guéye [22] démontre qu'au Sénégal le lieu d'accouchement (hôpital, domicile ou centre de santé) ne semble pas être un facteur influent dans sa thèse sur «les psychoses puerpérales au Sénégal à propos de 92 cas »

Les facteurs organiques, infectieux ou toxiques ont été souvent incriminés mais Guéna et al [21] ont souligné leur rareté dans les observations cliniques au Sénégal.

Ainsi au Sénégal, une explication est donnée aux troubles psychiques apparaissant au décours de l'accouchement, il s'agit de la notion de « méret » terme wolof qui désigne la remontée du sang des couches vers la tête. Selon Ouedraogo [39] en 1987 dans son étude «approche étiopathogéniques des psychoses puerpérales au Sénégal » pour se prémunir des psychoses puerpérales un certain nombre de conduites et comportements sont prescrits à la femme enceinte : évitement de certains aliments notamment la viande saignante, les émotions fortes, prescription d'exercices physiques sous forme de marche, de

travaux ménagers tels que piler le mil, puiser de l'eau, etc. A l'accouchement les nombreux massages prescrits à la femme et dont on dit qu'ils sont destinés à « refermer le corps ouvert durant cette épreuve » auraient aussi un effet préventif sur cette pathologie, et le port de foulard très serré sur la tête pour éviter la montée du sang. D'ailleurs, il est très recommandé à l'accouchée récente de retourner auprès de sa mère qui prendra en charge ses massages et ceux du bébé.

En outre il ajoute que c'est surtout à l'accouchement que l'on retrouve les protections multiples visant à prévenir la maladie mentale. Après la délivrance le placenta est soigneusement recouvert et enterré dans la discréction. Puis la femme est recouverte d'un drap qui sera au besoin doublé au niveau du cou. Cette protection vise à prévenir le vent susceptible de la pénétrer auquel cas la circulation normale du sang serait entravée.

III. 2. Formes cliniques des troubles de la gravido-puerpéralité

Les frontières diagnostiques des psychoses puerpérales sont parfois floues, notamment avec les troubles thymiques non puerpéraux et les troubles de la personnalité [12]. Cela peut être en partie expliqué par la période définissant le « post-partum», 6 semaines pour certains, 6 mois pour d'autres, voir même 1 an et plus.

Selon Godfroid, la classification des psychopathologies de la maternité (version révisée – CPM-II) présentée au 2ème congrès sur la santé mentale des femmes à Washington DC en mars 2004 est la plus complète, logique et originale.

Classification des psychopathologies de la maternité (CPM-II) Godfroid 2004.

A - Affections spécifiques de la maternité

- 1. Baby- blues**
- 2. Dépression du post- partum**
- 3. Pseudocyesis**

B- Affections dont la spécificité est discutée

- 1. Dépression gravidique**
- 2. Etat maniaque à début lors du post- partum**
- 3. Psychose puerpérale**
- 4. Trouble obsessionnel- compulsif à début lors du post-partum**

C- Autres items d'intérêt

- 1. Attaques de colère du post-partum**
- 2. Délire de grossesse**
- 3. Etat de stress post-traumatique du post-partum**
- 4. Tokophobie**
- 5. Trouble mental lié à l'infertilité**
- 6. Trouble mental post-avortement**
- 7. Trouble mental post-fausse-couche**
- 8. Trouble panique à début lors du post-partum**
- 9. Trouble sexuel à début lors du post-partum**
- 10. Autres troubles à début lors de la grossesse**
- 11. Autres troubles à début lors du post-partum**

III.2.1 La grossesse

❖ Vomissements :

Ils sont extrêmement fréquents en début de grossesse mais ne sont en général pas considérés comme pathologiques, de même que les nausées. Ils représentent le type de symptomatologie psychosomatique le plus classique de la grossesse.

Si les vomissements persistent au-delà du premier trimestre et sont abondantes, elles peuvent être considérés comme pathologiques et doivent être pris en charge.

❖ Troubles anxieux :

Ils représentent une manifestation normale de la grossesse. Ils sont plus fréquents au cours du premier et du troisième trimestre. Les manifestations phobiques autour du déroulement même de la grossesse ou de l'état du fœtus sont classiques. Il s'agit parfois de véritable crise de panique ou d'obsessions avec peur de tuer l'enfant qui n'est pas encore né. L'expression symptomatique de l'angoisse peut aussi prendre la forme de contractions utérines et/ou de menace d'accouchement prématuré.

❖ Etats dépressifs de la grossesse :

Ils sont d'intensité légère ou moyenne et ne surviennent que dans 10 à 20 % des cas. Leur symptomatologie n'est pas spécifique à la grossesse. Plus fréquents en début de gestation, ils sont favorisés par des facteurs psychosociaux [grossesse à l'adolescence, difficultés affectives ou matérielles, antécédents personnels ou familiaux]. Face à des symptômes fonctionnels, il faut savoir évoquer un état dépressif sous-jacent.

De manière générale, une dépression clinique pendant la grossesse n'est pas prédictive d'un état dépressif dans le postpartum. Mais lorsqu'une dépression se manifeste à proximité du terme, elle peut se prolonger au-delà de l'accouchement voire même s'aggraver dans le post-partum.

❖ Troubles psychotiques

Un premier épisode délirant, maniaque ou dépressif majeur est rare au cours de la grossesse. Une décompensation de troubles psychotiques chroniques, est également rare.

Il est même classique de dire que la grossesse « joue un rôle protecteur».

L’aggravation d’une psychose chronique est 5 fois moins fréquente pendant la grossesse que dans le post-partum. [34] La décompensation survient au voisinage du terme. La survenue d’une grossesse chez une femme présentant une psychose chronique nécessite une surveillance précise et une bonne coordination entre obstétriciens, psychiatres d’adultes et psychiatres d’enfants, famille de la patiente, travailleurs sociaux, et parfois même juges des enfants.

Les femmes atteintes de psychose chronique appartiennent à un groupe à risque en ce qui concerne les complications obstétricales : naissance prématurée, mortalité néonatale accrue, hypotrophie fœtale en raison de nombreux facteurs tels qu’une plus mauvaise adhésion au suivi obstétrical, la prise de médicaments antipsychotiques, des conduites addictives multiples, de mauvaises conditions socio-économiques, etc.[51]

III.2.2 Le post-partum

III.2.2.1 Le post-partum blues ou baby blues

Historiquement nommé le « syndrome du troisième jour », il survient entre le 2ème et le 5ème jour après l’accouchement. Il n’est pas pathologique au sens

strict du terme. Il s'agit de manifestations psychiques et somatiques mineures, contemporaines de la montée laiteuse, observées dans 50 à 80 % des cas, et en principe transitoires :

- Asthénie
- Crises de larmes signant une légère tendance dépressive
- Labilité de l'humeur
- Anxiété relative aux soins à apporter au bébé et aux capacités maternelles [surtout lors d'une première grossesse]
- Plaintes somatiques
- Irritabilité envers l'entourage
- Troubles du sommeil

L'évolution est favorable en quelques heures à quelques jours (4 jours au maximum) sans traitement spécifique. Le post-partum blues peut être légèrement décalé dans le temps après une césarienne. Aucun lien exclusif n'a été établi avec la déflation hormonale du post-partum. Il faut plutôt envisager une conjonction de facteurs somatiques et surtout psychologiques : « épuisement » physique de l'accouchement, sentiment d'être « vidée » narcissiquement, rencontre avec le « bébé réel » et ses besoins, deuil de « l'enfant imaginaire », prise de conscience de l'ampleur de la tâche, délaissement de la jeune accouchée au profit du nouveau-né. Il persiste au-delà de quelques jours et est alors le point

de départ d'un épisode dépressif précoce du post-partum qui peut avoir un effet rapide sur les relations de la mère et de l'enfant.[29,51]

III.2.2.2 Les pathologies puerpérales du post-partum

Les complications psychiatriques sont plus nombreuses dans le post-partum que pendant la grossesse. La grande majorité des troubles mentaux du post-partum surviennent dans les deux premiers mois après l'accouchement voire même dans les deux premières semaines.

L'incidence de la parité sur le risque morbide est variable. Il est fréquemment admis cependant que la vulnérabilité de la primipare âgée est plus grande.

III.2.2.2.1 Les psychoses puerpérales [ou du post-partum]

On distingue classiquement les psychoses délirantes aiguës de survenue précoce dans le post-partum des états dépressifs psychotiques [5;45 ;50 ;51].

III.2.2.2.2 Les états psychotiques aigus confuso-délirants

Ils sont en général à début brutal, dans les trois premières semaines après l'accouchement avec un pic de fréquence au 10^{ème}jour.

La phase prodromique est brève et associe pleurs, plaintes somatiques [hypochondriaques], asthénie, rumination anxieuse, agitation nocturne et insomnie progressive s'aggravant de cauchemars. Une confusion mentale s'installe progressivement avec doutes sur la naissance et sur l'intégrité

corporelle, ainsi que des fluctuations de l'état de conscience. A ces symptômes s'ajoutent un désintérêt croissant pour l'enfant et un rejet progressif du contact physique avec celui-ci.

La phase d'état : le tableau est polymorphe, correspondant à l'explosion délirante avec illusions perceptives, hallucinations auditives et visuelles associées à des moments de perturbation de la conscience. Le délire est de type oniroïde, mal structuré, avec

Recrudescence vespérale et fluctuant dans son intensité et dans son expression. Il est généralement persécutoire et terrifiant. L'instabilité de l'humeur est grande avec passages rapides de l'agitation à la stupeur. Si la symptomatologie psychiatrique n'est en rien spécifique par rapport à celle d'une bouffée délirante aiguë, les thèmes délirants quant à eux le sont dans la mesure où, dans un climat d'angoisse majeure, ils sont centrés sur la relation de la mère à son enfant et/ou sur le conjoint : thèmes mystiques ou mégalomaniaques, déni de la maternité, idées de substitution ou de subtilisation du bébé, déni du lien d'alliance ou de paternité avec le conjoint devenu « un sosie », conviction que l'enfant est malade, va mourir. La patiente est en proie à des sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation. L'angoisse est majeure de même que la labilité thymique qui peut prendre le devant du tableau. La mère est dans l'incapacité de s'occuper de son enfant et d'avoir une relation affective avec lui. Le risque d'infanticide et/ou suicidaire est très important. L'évolution de ces états confuso-délirants se fait dans la majorité des cas de façon favorable et sans séquelle en quelques

semaines à quelques mois. Mais ils peuvent parfois représenter un mode d'entrée dans une pathologie chronique de type schizophrénique. L'épisode peut rester unique ou se répéter à l'occasion de grossesse[s] ultérieure[s].

III.2.2.2.3 Les épisodes thymiques majeurs

Ils débutent classiquement plus tard que les états psychotiques aigus, allant même jusqu'au moment du sevrage.

Les formes dysthymiques

Elles surviennent brutalement dans les quinze premiers jours du post-partum.

Elles se caractérisent par une agitation psychomotrice incessante, des fluctuations thymiques amples et rapides. Des thèmes érotiques et maniaques se greffent sur un fond dépressif d'allure mélancolique.

Les formes mélancoliques

Elles peuvent s'installer après une brève phase d'agitation confusionnelle.

Les thèmes de culpabilité, classiques dans ce type de pathologie, convergent sur l'enfant et ceux d'indignité et de déshonneur sur la patiente, spécifiquement dans son rôle maternel.

S'y ajoutent des sentiments de vide affectif vis à vis du bébé et des idées de catastrophe à venir dont la mère se sent responsable. Un suicide, parfois même de type altruiste, ou un infanticide est toujours à redouter, surtout lorsque l'accusation est intense.

Les états maniaques

Isolés, ils sont plus rares, de même que les états mixtes. La manie puerpérale est de début brutal et survient dans les deux semaines qui suivent l'accouchement. L'agitation est intense, les hallucinations et le délire fréquents : idées de toute puissance, de mission divine. L'évolution peut se faire vers une phase dépressive.

III.2.2.2.4 Les états dépressifs du post-partum

La fréquence de ces dépressions (15 à 20% des mères), Ces épisodes dépressifs surviennent en général dans les 3 à 6 semaines qui suivent l'accouchement. La symptomatologie fait parfois suite à celle du postpartum blues et/ou est du même type mais plus intense et durable. Elle associe, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de la dépression. S'y surajoutent des sentiments d'incapacité et des auto-accusations en relation avec les soins apportés à l'enfant et considérés comme jamais suffisamment parfaits. Ces soins sont réalisés sans plaisir. L'anxiété et les sentiments de faute vis-à-vis du nourrisson sont très présents, de même que des phobies d'impulsion ce qui oblige la mère à le mettre à distance d'elle pour réduire son angoisse et entraîne un appauvrissement des contacts dans les soins et les moments ludiques. Ces troubles et le malaise interne ressenti sont minimisés par la patiente déprimée par crainte de décevoir

ou d'inquiéter son entourage. Il n'est pas rare d'ailleurs que le médecin consulté banalise ou néglige ces symptômes, ce qui représente une erreur importante. Quand les plaintes sont exprimées, elles portent essentiellement sur des manifestations fonctionnelles ou somatiques, souvent rencontrées dans la dépression masquée : asthénie, céphalées ou douleurs hypochondriaques erratiques, défaut de concentration, impression d'épuisement, insomnie, perte ou prise de poids.

La symptomatologie de ces états dépressifs, trop discrète et relativement atypique, peut n'être repérable que par le biais de :

- Troubles fonctionnels précoces du nourrisson qui est très sensible aux affects de la mère: troubles du sommeil, difficultés alimentaires, anorexie, vomissements, régurgitations, prise de poids insuffisante, pleurs prolongés difficile à calmer.
- Craintes excessives sur la santé de l'enfant, multiplication de consultations pédiatriques de réassurance. L'observation des interactions de la mère déprimée avec son bébé peut aussi être un bon indicateur clinique.
- Un seuil de tolérance très faible aux cris et aux pleurs du bébé avec un sentiment d'incompétence définitive,
- Des phobies d'impulsion avec angoisse panique de faire mal à l'enfant, de le blesser, le jeter par la fenêtre, le noyer. Ces fantasmes meurtriers, de

type névrotique, non délirant, ne sont pas en principe suivis de passage à l'acte.

- Une sollicitude anxieuse vis à vis du bébé, de son sommeil, de sa santé, de son autonomie [difficile à confier à une personne extérieure].
- Des conduites de maternage dites « opératoires ». Il n'y a pas d'engagement émotionnel, la mère ne sollicite pas son enfant pour des échanges de vocalises, de regard ou dans des jeux. Les contacts avec l'enfant se résument aux soins corporels donnés en suivant scrupuleusement les règles de puériculture de façon mécanique, routinière et sans plaisir. Parfois, les mécanismes projectifs l'emportent sur la dépression et/ou la répression des affects et ouvrent la voie à des situations de maltraitance encouragées par les comportements de l'enfant:
 - La mère attribue au bébé ses propres sentiments agressifs contre lui,
 - Elle interprète ses cris, ses pleurs, ses évitements du regard comme l'expression de sentiments hostiles à son égard,
 - Elle s'engage avec lui dans un rapport de force sans culpabilité, justifiant la brutalité de ses gestes comme des mesures éducatives appropriées .Lorsqu'ils se prolongent (ce qui est le cas si le diagnostic n'est pas porté et/ou des soins appropriés donnés), ces symptômes et comportements maternels peuvent menacer le développement psychoaffectif du nourrisson en l'exposant durablement à un risque de carence affective et à des alternances imprévisibles de rejet et d'abandon. Par ses manifestations fonctionnelles plus ou moins

bruyantes (troubles du sommeil, anorexie, coliques idiopathiques, etc....), le nourrisson attire l'attention mais également risque d'accroître le malaise maternel et ses réactions inappropriées.

Ce type de dépression peut en fait s'amender rapidement si l'occasion est donnée à ces femmes de reconnaître leur souffrance, de voire qu'elle est entendue, de la verbaliser sans accroître leur sentiment de culpabilité, dans le cadre de consultations thérapeutiques mère/bébé (qui peuvent également associer le père) conduites par le pédiatre, le médecin généraliste. Le recours au psychiatre, nécessaire en cas de symptômes persistants chez la mère comme chez l'enfant, doit être explicité et accompagné. Sans cet abord, les symptômes s'estompent peu à peu mais le vécu dépressif maternel demeure et maintient le risque d'un développement dysharmonieux de l'enfant. [40, 48,51].

III.2.2.2.5 Cas particuliers des dépressions post-abortum [après IVG], après mort in utero et/ou interruption médicale de grossesse [IMG]

Ces dépressions sont classiquement plus rares, mais en fait souvent méconnues. Les IVG et IMG sont décidés selon des procédures légales et un protocole médical strict. Elles n'en sont pas moins traumatisques sur le moment et dans l'après-coup en générant des sentiments de culpabilité, de honte et de mise en doute d'une parentalité future. Ainsi, IVG et surtout IMG peuvent être à l'origine de dépressions réactionnelles. Des sentiments de culpabilité sont

fréquents surtout si cette interruption a été pratiquée pour des motifs d'ordre somatique ou lorsque la mère s'est sentie « contrainte d'accepter » ce geste. Le foeticide et l'attente de l'accouchement (entre 24 et 48heures) sont des périodes particulièrement anxiogènes. L'importance de la dépression dépend en grande partie de l'âge gestationnel et de l'histoire personnelle de la mère. Le deuil de l'enfant mort avant la naissance est particulièrement difficile à accomplir pour les parents et représente un facteur de risque potentiel indéniable pour la survenue d'une dépression lors d'une future grossesse. Le travail de deuil suit un long et éprouvant cheminement, surtout si la découverte de l'anomalie du fœtus est proche du terme. L'événement est volontiers inscrit dans une trame fantasmatique qui prend le sens d'une malédiction et/ou d'une punition méritée et donne au bébé mort le statut d'un être qui restera idéalisé. Des manifestations anxioc-dépressives avec sentiment de culpabilité peuvent resurgir à distance d'une interruption volontaire de grossesse, lors d'une grossesse suivante, surtout si des complications obstétricales ou concernant le fœtus surviennent. La présentation du fœtus mort lors d'une interruption médicale de grossesse ou d'une mort in utero peut être une geste important pour permettre aux parents de prendre en compte la réalité du fœtus mort, de pouvoir en faire le deuil, comme pour un enfant « ordinaire » et de l'inscrire dans leur histoire familiale. Ce geste ne doit en aucun cas être imposé et ne peut se faire qu'après que les parents en aient compris le sens et l'aient accepté. Si le travail de deuil est inaccessible aux parents [en fait, le plus souvent la mère], le bébé mort [fœtus]risque d'être

transformé en un secret indicible livré au seul pouvoir de l'imagination avec le risque d'être inscrit à jamais comme un être déréel voir idéalisé (et donc éventuellement persécuteur) dans les pensées et les fantasmes maternels. Il en est de même en cas d'enfant mort in utero. [51]

III.2.3 Les états schizophréniques et la maternité

La clinique n'est en rien spécifique dans le post-partum. Cependant, la puerpératilité précipite fréquemment la décompensation d'un état psychotique déjà connu mais stabilisé pendant la grossesse. Elle peut aussi marquer l'entrée dans une schizophrénie. Le tableau clinique associe dysthymie, discordance idéo affective, alternance de moments d'agitation et de dépression délirante allant parfois jusqu'à la catatonie. Du fait de la symptomatologie schizophrénique et plus particulièrement de la discordance maternelle (attitude de repli hostile, bizarries dans le comportement, alternance de désintérêt et de rapprochement excessif vis à vis l'enfant soigné de manière aberrante), l'adaptation à la maternité est très souvent sévèrement compromise chez ces femmes schizophrènes. Les troubles des interactions de la mère et du nourrisson sont le plus souvent majeurs en qualité et en quantité et il est alors nécessaire d'apporter des soins à la relation mère-bébé, de façon préventive mais aussi thérapeutique.

[51 ;5]

III. 3. Aspects thérapeutiques

Pour Sutter et al[45] qui ont étudié en 2005 la prise de psychotrope durant la période périnatale, l'influence de la prise de médicaments sur l'enfant pendant la grossesse est différente selon que l'on est en période embryonnaire ou fœtale. Le risque tératogène pendant le premier trimestre de la grossesse [organogenèse] est central. Dans ce domaine, les problèmes éthiques sont évidents, ce qui explique que les travaux soient rares et rétrospectifs.

III.3.1 Les Neuroleptiques

Les neuroleptiques antipsychotiques « atypiques » ne sont pas encore assez bien connus sur ce plan pour permettre de conclure, et ne sont pas indiqués a priori.

III.3.1.1 Période embryonnaire organogénèse

La prise de neuroleptiques durant la grossesse ne semble pas entraîner de risque tératogène majeur. Quelques travaux rétrospectifs rapportent des cas de malformations squelettiques (membres) et d'anencéphalie. Il existerait une augmentation du taux de malformation lorsque le traitement est débuté dans les dix premières semaines, notamment entre la sixième et dixième semaine. Sur les cinq premières années de vie, aucun élément de tératogenèse comportementale n'a été mis en évidence, mais aucune donnée à long terme n'est disponible.

III.3.1.2 Période fœtale et néonatale

Le risque majeur pendant les deux derniers trimestres est celui du risque d'hypo perfusion placentaire générateur de souffrance hypoxique pour le fœtus. Chez le nouveau-né, une surveillance pédiatrique est nécessaire (syndromes extrapyramidaux, sédation, anomalies du tonus musculaire, ictères, troubles cardiorespiratoires ou occlusions fonctionnelles).

III.3.1.3 Allaitement

L'allaitement pour une femme sous neuroleptiques n'est pas indiqué.

III.3.2 Antidépresseurs

III.3.2.1 Période embryonnaire organogenèse

Les études animales n'ont pas mis en évidence d'effets tératogènes des antidépresseurs tricycliques, et les données colligées jusque-là ne révèlent rien de significatif. Les effets à long terme restent inconnus. Pour les antidépresseurs sérotoninergiques, le recul reste insuffisant. À l'heure actuelle, les données ne révèlent aucune action délétère significative de ces traitements sur le développement de l'embryon. Pour les autres molécules, le peu de données disponibles ne permet pas de conclure.

III.3.2.2 Fœtus et nouveau-né

Pour le fœtus spécifiquement, il n'y a aucun risque connu à la prise d'antidépresseurs tricycliques par la mère pendant les deux derniers trimestres de la grossesse. Mais, de par leurs effets atropiniques, le nouveau-né risque un syndrome de sevrage (détresse respiratoire, convulsions, tachycardie, rétention urinaire, troubles digestifs, hyperthermies, troubles du sommeil). [45]

Pour les antidépresseurs sérotoninergiques et autres, les effets sur le fœtus et le nouveau-né restent mal explorés. Il n'existe pas de risque majeur de complications périnatales, mais le taux d'admission en néonatalogie serait plus élevé (hyperexcitabilité neuromotrice).

III.3.2.3 Allaitement

La majorité des auteurs déconseillent l'allaitement pour une mère sous tricycliques. Peu de données étant disponibles quant à l'utilisation des sérotoninergiques et autres, ils restent donc fortement déconseillés.

III.3.3 Thymorégulateurs

III.3.3.1 Lithium

III.3.3.1.1 Période embryonnaire organogenèse

Le lithium est tératogène sur les invertébrés. Chez l'homme, l'exposition au lithium *in utero* est corrélée à la présence de malformations cardiaques [5 à 10 %] et plus spécifiquement de maladie d'Ebstein.

III.3.3.1.2 Fœtus et nouveau-né

La prise de lithium pendant la période fœtale peut entraîner une augmentation du poids de naissance et multiplier le risque de prématurité par 2,5. Quelques cas de goitres, des icteres ou des diabètes néphrogéniques ont été rapportés.

III.3.3.1.3 Allaitement

Le traitement par lithium doit être fortement déconseillé lors de l'allaitement.

III.3.3.2 Carbamazépine

III.3.3.2.1 Période embryonnaire organogenèse

La carbamazépine est considérée comme l'antiépileptique présentant le moins de risques sur le plan tératogénique par les neurologues.

III.3.3.2.2 Fœtus et nouveau-né

Hormis l'effet inducteur enzymatique de la carbamazépine et la nécessité d'une supplémentation en vitamines D et K en fin de grossesse et après l'accouchement, aucun autre effet délétère n'a été rapporté.

III.3.3.2.3 Allaitement

L'allaitement n'est pas contre-indiqué chez les mères traitées par carbamazépine. Il semblerait qu'il puisse parfois prévenir un syndrome de sevrage chez le nourrisson.

III.3.3.3 Valpromide – Valproate

III.3.3.3.1 Embryon, fœtus et nouveau-né

La littérature ne fournit aucun renseignement sur d'éventuels effets du valpromide sur l'embryon, le foetus ou le nouveau-né. Le *Vidal* recommande de « ne pas interrompre un traitement efficace, mais d'assurer le dépistage d'une anomalie éventuelle de fermeture du tube neural ».

III.3.3.3.2 Allaitement

Pour l'acide valproïque, l'allaitement est peu conseillé en raison d'informations insuffisantes, bien que son passage dans le lait maternel soit faible et que les

quelques enfants allaités et suivis dans la période néonatale n'aient pas présenté de troubles décelables.

III.3.3.3.4 Benzodiazépines [BZP]

III.3.3.3.4.1 Période embryonnaire–organogenèse

Si les BZP ont été mises en cause dans l'apparition de malformations [notamment faciales], il semblerait qu'il existe des facteurs de confusion, telle la prise concomitante d'alcool ou d'autres traitements. [45]

III.3.3.3.4.2 Fœtus et nouveau-né

La prise de benzodiazépines par la mère en période fœtale entraîne deux risques. La survenue d'un *floppy infant syndrome* (surdosage avec hypotonie musculaire, hypothermie, détresse respiratoire) qui, traité, régresse en quelques jours, ou l'apparition d'un syndrome de sevrage (hyperexcitabilité, trémulations, crises convulsives) plus à distance, nécessitant une surveillance pédiatrique dans les premières semaines de vie.

III.3.3.3.4.3 Allaitement

À des faibles doses, l'utilisation des BZP ne semble pas entraîner de troubles graves chez l'enfant, mais des difficultés de succion avec perte de poids ont été

rapportées, ce qui doit mener à restreindre ce type de démarche. Une surveillance très étroite des enfants et de la consommation de leurs mères est nécessaire, et il est conseillé de donner le traitement au début de la têtée.

III.3.4 L'électro convulsivothérapie (ECT)

Les ECT durant la grossesse sont réservés à des indications d'urgence vitale ou à des situations où l'utilisation de médicaments est hasardeuse ou inefficace.

Le danger des ECT pendant la grossesse est l'anoxie du bébé pendant la crise. Une hyperventilation de la patiente en précritique, et une intubation endotrachéale sont recommandées.

Le risque d'avortement ou de menace d'accouchement prématuré est faible. En effet, l'utérus ne présente pas de contractions pendant la crise convulsive, et la curarisation permet une relaxation des muscles de la sangle abdominale. Un monitoring permet de surveiller une éventuelle souffrance fœtale.

III.3.5 Psychothérapies

Le traitement chimio thérapeutique sera toujours associé à une prise en charge psychothérapeutique adaptée, tenant compte de la pathologie traitée et de la demande de la patiente. L'évaluation des psychothérapies pendant la grossesse et le post-partum, à l'instar des autres périodes de la vie, reste rare.

IV. Facteurs Etiologiques

IV. 1. L'événement maternité

Selon l'Encyclopédie Médico-chirurgicale les manifestations psychiatriques de la grossesse et du postpartum ne peuvent se comprendre que parce que l'événement de la maternité est à restituer dans le développement de la personnalité de la femme. L'ambivalence maternelle, les difficultés de l'accès à la fonction maternelle ainsi que la fragilité et les remaniements psychiques, riches en résonances inconscientes, et inhérents à cette période, rendent la jeune mère particulièrement vulnérable. Une maternité, qu'elle soit première ou multiple, demande des exigences adaptatives particulièrement fortes. Le début de la grossesse est une crise narcissique que vit la femme avec un sentiment de plénitude, de toute puissance, mais aussi parfois d'inquiétude et de repli sur soi. Le désir d'enfants représente un ensemble complexe qui mêle des sentiments (conscients et inconscients) plus ou moins ambivalents et doit être distingué de la volonté d'avoir un enfant. Le désir d'enfant permet, au fil des mois de la grossesse, la prise de conscience de l'existence de cet enfant et sa véritable attente. Au début, le fœtus est indistinct de la mère. Progressivement, celle-ci construit des représentations imaginaires de son bébé à partir de ses rêveries, de la perception des mouvements fœtaux, mais aussi des images échographiques. Les représentations mentales qu'elle se fait sont doubles, imaginaires et conscientes d'une part, fantasmatiques et inconscientes d'autre

part, car s'appuyant sur son histoire œdipienne. L'accouchement permet l'avènement de l'enfant réel. Outre le stress de l'accouchement, la naissance et le postpartum précoce s'accompagnent de bouleversements physiologiques et psychologiques qui peuvent favoriser une désorganisation psychique. [34]

IV. 2. Vulnérabilité personnelle

IV.2.1 Diathèse maniacodépressive

Selon plusieurs travaux, il est établi des relations entre psychose maniacodépressive et troubles thymiques du postpartum. En effet lorsqu'une femme a présenté des accidents maniaco-dépressifs spontanés, elle a un risque très élevé de faire une rechute après un accouchement [34]. Selon Gorwood et Kesseler [20] en 2002 de nombreuses données indirectes plaident en faveur d'un rôle significatif des facteurs génétiques dans la variabilité interindividuelle de la vulnérabilité à ce trouble. Des études de génétique moléculaire ont même évoqué le rôle direct d'un allèle de vulnérabilité (gène codant pour le transporteur de la sérotonine). Les sujets qui n'expriment ce trouble thymique que lors de l'accouchement témoignent d'une vulnérabilité moindre, qui ne s'exprime que lors de circonstances majeures tel que l'accouchement.

IV.2.2 Autres terrains à risque

Autant les études concernant les liens entre psychoses puerpérales et la psychose maniaco-dépressive sont documentées et convaincantes, autant les recherches sur les autres «personnalités à risque pour la psychose puerpérale» sont floues et anecdotiques. On parle de personnalités immatures, «borderline», rigides, schizoïdes, prépsychotiques, fragiles [34].

Selon Cazas [5] en 2004 les psychiatres français ont plus particulièrement individualisé un dysfonctionnement interactif premier, un trouble précoce de l'attachement, en dehors de toute pathologie psychiatrique évidente. Quel est le partenaire responsable de ce dysfonctionnement interactif ? Ce peut être le bébé qui, par son tempérament, serait temporairement inapte à l'interaction, bébé prématuré, malade ou futur autiste ?

Très souvent mais pas toujours, ces troubles se rencontrent chez des femmes présentant des problématiques souvent intriquées de carence affective, troubles de la personnalité type « état limite » et conduites addictives. Ces femmes avaient pu jusqu'alors donner l'apparence de la normalité. La présence d'un bébé va être le révélateur de leur défaillance : les besoins et fragilités du nourrisson sont mal perçus. Ces femmes supportent mal les servitudes liées à sa présence. On observe très tôt des anomalies des interactions marquées par le manque, l'excès, l'incohérence des stimulations. La confrontation avec l'enfant réel est douloureuse car frustrante de manière plus ou moins

permanente. Elles éprouvent d'intenses sentiments de culpabilité, difficiles à confier parce que perçus comme contre nature et inavouables ; elles s'enfoncent dans la dépression, tout en réagissant par des manifestations de rejet ou d'agressivité envers leur bébé. Il est évident que la dépression dans ce cas-là demande un abord thérapeutique particulier. [6]

La puerpératé peut réactiver ou précipiter un état schizophrénique. [34]

IV. 3. Les facteurs de risque des troubles psychiques de la grossesse et du postpartum

Selon Lempériére et al [34], de nombreuses études épidémiologiques montrent que les troubles psychiques de la puerpératé sont statistiquement corrélés à des facteurs de risque, sans que la présence de ceux-ci puisse être considérée comme prédictive à l'échelle individuelle. Leur accumulation peut être déterminante.

- Pour la dépression au cours de la grossesse :
 - Le jeune âge [adolescence],
 - Grossesse pathologique,
 - Menace d'accouchement prématuré,
 - Difficultés conjugales et socio-économiques,

- Antécédents d'accidents obstétricaux, à l'origine d'une «névrose traumatique obstétricale»,
- Antécédents d'avortements spontanés ou provoqués,
- Antécédents d'abus sexuels ou de maltraitance au cours de l'enfance,
- Pour le post-partum blues :
 - primiparité,
 - accouchement très médicalisé,
 - présence de troubles émotionnels pendant les dernières semaines de la gestation,
- Pour la dépression du post-partum,
 - Age maternel de moins de 20 ans,
 - Primiparité à plus de 30 ans,
 - Césarienne,
 - Sévérité du post-partum blues,
 - Conflits conjugaux,
 - Grossesse non « désirée »,
 - Attitude négative, voire dénégation pendant la grossesse,
 - Isolement affectif, liens conflictuels mère-fille, absence de la grand-mère maternelle, du père de l'enfant,
 - Décès d'un enfant précédent,

- Facteurs de stress (conditions de l'accouchement, douleurs intenses, prématureté, maladie ou malformation du bébé, deuil d'un enfant mort antérieurement, etc.),
 - Enfant malformé, né prématré et/ou ayant présenté des complications néo-natales [hospitalisations, séparations],
 - Antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels ou familiaux (grand-mère maternelle),
 - Evénements familiaux majeurs dans l'enfance : deuil, séparation(s), placement(s),
 - Difficultés socio-économiques.
- Pour les psychoses du post-partum :
 - Primiparité,
 - Césarienne non anticipée (urgence),
 - Deuil périnatal,
 - Antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels sévères : troubles de l'humeur, psychose puerpérale,
 - Traumatismes dans l'enfance, en particuliers sévices sexuels,
 - Secrets de filiation et/ ou relations mère/fille gravement perturbées.

Ouedraogo A [39] trouvent que les facteurs environnementaux jouent un rôle prépondérant dans la genèse des désordres psychiques de la gravido puerpéralité. Cependant la sensibilité individuelle à ces facteurs est très

variable. A travers son expérience clinique des psychoses puerpérales au Sénégal il isole :

- Le support social qui fait souvent défaut chez les célibataires, l'inconfort moral et les inquiétudes face aux perspectives d'avenir ne peuvent qu'accroître la culpabilité de ces femmes favorisant ainsi la décompensation.
- Les habitudes et croyances ayant force de loi dans le contexte culturel sénégalais qui engendrent de multiples frustrations chez la femme et partant un retentissement néfaste lors de sa grossesse. Ces stress engendrés et entretenus par cet univers sont réactivés lors de la grossesse qui même dans le cas le plus normal est elle-même une agression physiologique et psychologique. Le mariage forcé et la frustration qu'elle engendre d'autant plus importante que le décalage d'âge époux est grand. Cela crée chez la femme d'importants conflits entre le moi qui a ses pulsions propres et le sur-moi qui a ses contraintes et qui ne souffre d'aucun manquement. Lors de la grossesse ces conflits réactualisés apparaissent alors souvent sur un mode délirant.

Selon Faye et al [7] qui ont étudié « les facteurs de vulnérabilité et troubles psychiques du post-partum au Sénégal à propos de cinq observations» en 2010 dans le contexte culturel sénégalais l'analyse du vécu de la grossesse a permis de repérer un certain nombre de facteurs de vulnérabilité qui

agissent souvent simultanément ou de manière prédominante et concourent à la survenue des troubles. Il s'agit de :

- Une relation de couple perturbée avec un conjoint peu sécurisant.
- Une identification maternelle défaillante.
- La perte réelle ou symbolique de l'enfant.
- La précarité socioéconomique.

IV. 4. Les facteurs biologiques

De nombreuses théories sont avancées sur la corrélation entre troubles de la gravido-puerpéralté et une affection quelconque durant la grossesse ou l'accouchement. Entre autres sont incriminés les hormones œstrogène et progestérone, l'anémie ou les hémorragies du post-partum et les infections génitales du post- partum. Selon Ndosi et al [37] qui ont étudié en 2007 «La Nature de la Psychose Puerpérale à l'Hôpital National de Muhumbili : Comorbidité, Obstétrique Principale et Facteurs Sociaux » les affections physiques et les désordres psychiques sont intriqués dans la période de la gravido-puerpéralté, et parfois elles peuvent en être l'origine des troubles. L'anémie durant la grossesse est retrouvée chez 60% de femmes décédées durant la période de la gravido-puerpéralté dans les pays développés. Il souligne que ¼ des patientes de sa population d'étude souffrait d'anémie. Il rajoute que les

infections à virus et bactéries peuvent être à l'origine de désordres psychiques en relation avec leur toxine ou les désordres métaboliques qu'ils peuvent induire. Surtout le plasmodium falciparum à l'origine du paludisme cérébral associé à la forte fièvre pouvant entraîner un désordre psychique. Dans son étude 3,6% des patientes sont atteintes d'infections opportunistes du VIH donc il ne peut affirmer formellement ou pas si elles contribuent dans la survenue de désordres psychiques. Nous savons aussi que l'anoxie cérébrale pouvant être due aux hémorragies, aux troubles respiratoires ou cardiaques notamment l'hypertension artérielle sévère est à l'origine de désordres psychiques.

Selon Klier et al [32] en 2006 qui ont étudié le rôle de l'œstrogène et de la progestérone dans la survenue des dépressions du post-partum en Autriche, les changements hormonaux massifs qui accompagnent le péripartum peuvent être incriminés dans la survenue de dépression du post-partum. Plus précisément le retrait d'œstrogène et le niveau bas d'hormone gonadique dans le post-partum blues. Il souligne aussi que le mode d'allaitement au biberon ou au sein peut changer le niveau des hormones gonadiques. Aucune association n'a été trouvée entre l'œstradiol et des symptômes du post-partum. Quant au blues et les concentrations de cortisol et de progestérone pré et post-partum, une étude par Harris et al [26] a montré que les femmes avec le blues de maternité avaient significativement des concentrations plus hautes en prénatal et donc plus de baisses de concentration de progestérone en postnatale que des femmes sans

blues. Ce groupe donne les raisons pour une substitution possible de progestérone comme prophylactique, mais seulement pour les femmes qui allaitent. Ensuite Harris et al [27] ont aussi étudié le rapport entre la dépression postnatale à 5-6 semaines et la progestérone et n'ont vu aucune association avec des niveaux de progestérone. Par conséquent l'augmentation de progestérone après l'accouchement comme prophylactique contre la dépression post-partum est découragée dans cette étude. En outre un examen récent de toutes les données quant à l'utilisation de progestérone dans la gestion de troubles de l'humeur de post-partum et son utilisation comme le traitement ou la prophylaxie sont découragés à cause d'un manque total d'essais randomisés contrôlés. Ceci est soutenu par les résultats de l'étude actuelle où aucune association des niveaux de progestérone avec l'humeur de post-partum ne pourrait être trouvée.

IV. 5. L'infanticide et le néonaticide

Le néonaticide est le meurtre de l'enfant, en général par sa mère, dans les vingt-quatre heures qui suivent sa naissance. Cet acte dramatique, qu'il faut absolument savoir prévenir, pose la question du déni de grossesse par la mère et son entourage et donc de l'absence de tout suivi de la grossesse. Il est rarement le fait de femmes présentant un délire aigu. Il est important dans ces situations de se poser la question de l'existence d'antécédents de relations incestueuses père – fille. Par contre, l'infanticide, pratiqué par le père ou la

mère, pose plus souvent la question d'un délire aigu, dans le cas d'une psychose puerpérale de type délirante et/ou mélancolique.[51]

IV. 6. Décompensations organiques

A l'occasion d'une grossesse ou du post-partum, une pathologie organique peut se décompenser [sclérose en plaque, tumeur cérébrale] et prendre alors un masque psychiatrique confusionnel.[34 ;51]

DEUXIEME PARTIE :
TRAVAUX PERSONNELS

MÉTHODOLOGIE

I. Contexte du travail

Ce travail s'est déroulé au sein de la clinique psychiatrique Moussa Diop du CHU de Fann à Dakar au Sénégal. Le service est constitué de sept divisions dont cinq au sein du même bâtiment central : la division Sud et sa clinique privée, le rez-de chaussée droit, le rez-de chaussée gauche et sa clinique privée, l'étage droit, l'étage gauche. Les deux autres divisions sont situées en dehors du bâtiment central, la consultation externe et Keur Xaléyi le service de pédopsychiatrie. Un Professeur Agrégé en psychiatrie est responsable du service. Chaque division est dirigée par un maitre-assistant ou un assistant secondé par les internes et les étudiants en Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en psychiatrie et une équipe d'infirmières et d'aide-infirmières dirigées par un surveillant de division. Les patients du service viennent du Sénégal et de la sous-région africaine. A leur arrivée, les patients sont reçus à la consultation externe et après examen, ils sont soit admis en hospitalisation ou soit suivis en ambulatoire avec des rendez-vous réguliers.

Nous avons remarqué la fréquence des consultations et des admissions des accouchées récentes et parfois des femmes en état de grossesse dans notre service. Pour le personnel médical ou paramédical non spécialisé, seules les formes graves de troubles sont identifiées et donnent lieu à une prise en charge tandis que les formes d'intensité modérée échappent à l'observation médicale et sont mises sur le compte de la grossesse considérée comme un moment pendant

lequel la femme est dans un état de santé précaire. Ceci est bien traduit au Sénégal par l'expression wolof : (*jigéenuwérul*) (*littéralement* : femme non en bonne santé), pour désigner la femme enceinte.[22]

II. Objectifs

II. 1. Objectif général

Ce travail avait pour objectif général d'apprécier les aspects épidémiologiques et cliniques des troubles psychopathologiques de la gravido-puerpérality au Service psychiatrique du CHU Fann de Dakar au Sénégal.

II. 2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient de :

- Analyser les facteurs sociodémographiques ;
- Analyser les facteurs liés à la puerpérality ;
- Déterminer les formes cliniques observées.

III. Matériel clinique et Méthode

III. 1. Cadre d'étude

Ce travail s'est déroulé à la Clinique Psychiatrique du Centre Hospitalier Universitaire de Fann à Dakar. C'est une étude descriptive, rétrospective sur 5ans couvrant la période allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 décembre 2012.

III. 2. Collecte des données

Les données sont recueillies à l'aide d'une grille d'évaluation comprenant trois items principaux : les variables sociodémographiques [âge, situation matrimoniale, niveau de scolarisation, profession], les tableaux cliniques et les caractéristiques de la puerpératilité, c'est à dire la parité, le mode d'accouchement, l'état de l'enfant à la naissance et le délai de survenue des troubles, les antécédents personnels et familiaux. Tous les dossiers des patientes hospitalisées ou reçues à la consultation externe durant la période d'étude ont été recensés : nous avons exploité systématiquement les registres de consultation, d'hospitalisation et les observations médicales. Ont été inclus tous les dossiers présentant les informations nécessaires permettant de remplir les critères de la définition.

III. 3. Critères d'inclusion

Notre échantillon se composait des dossiers des patientes pour lesquelles le diagnostic de troubles psychiques liés à la gravido- puerpératilité a été retenu, au terme de leur hospitalisation ou de leur consultation, selon les critères de l'INSERM : « les troubles psychiatriques survenant durant la grossesse ou la période périnatale » pour être classés parmi les troubles psychopathologiques de la gravido-puerpératilité

III. 4. Critères d'exclusion

N'ont pas été inclus :

- Les dossiers ne permettant pas de remplir les critères de la définition même si le diagnostic était les troubles psychopathologiques de la gravido puerpérality dans le registre
- Les 5 dossiers qui n'ont pas été retrouvés dans les archives.

III. 5. Instruments

La taille de l'échantillon a été déterminée par le nombre des dossiers retenus qui était au total cent quatre vingt.

Les données recueillies ont été traitées et analysées avec les logiciels Word, Excel, SPSS 19.

III. 6. Difficultés

Notre étude présente certaines limites. La sélection de notre population d'étude s'est faite sur la base des données retrouvées et compilées dans des dossiers.

Plus de la moitié de nos patientes sont aujourd'hui perdues de vue. Certaines variables importantes [appartenance ethnique, origine géographique, régime matrimoniale, dynamique familiale, suivi de la grossesse, évolution des troubles] n'ont pas pu être étudiées car étant mentionné dans très peu de dossiers. Notre échantillonnage a été amputé de 20 dossiers dont 15 contenant des informations

insuffisantes à la définition des troubles psychopathologiques de la gravido-puerpéralté et 5 dossiers n'ont pas été retrouvés. En outre, dans notre contexte culturel, une grande partie de nos patients ne consulte pas pour des troubles psychiatriques, le plus souvent passagers, par manque de moyens ou par méconnaissance. Ils vont voir les tradipraticiens et ne viennent à l'hôpital qu'en cas d'échec. Il existe aussi d'autres structures de santé où les patients peuvent être acheminés. Les femmes en zone rurale accouchent souvent à domicile, et les troubles peuvent passer inaperçus, méconnus ou banalisés par le personnel soignant dans les maternités ou autres structures de santé.

RÉSULTATS

IV. RESULTATS

Nous avons répertorié 180 dossiers.

IV. 1. Les facteurs sociodémographiques

IV.1.1 L'âge

La répartition des malades a été présentée par tranche d'âge de 5 ans [Figure 1].

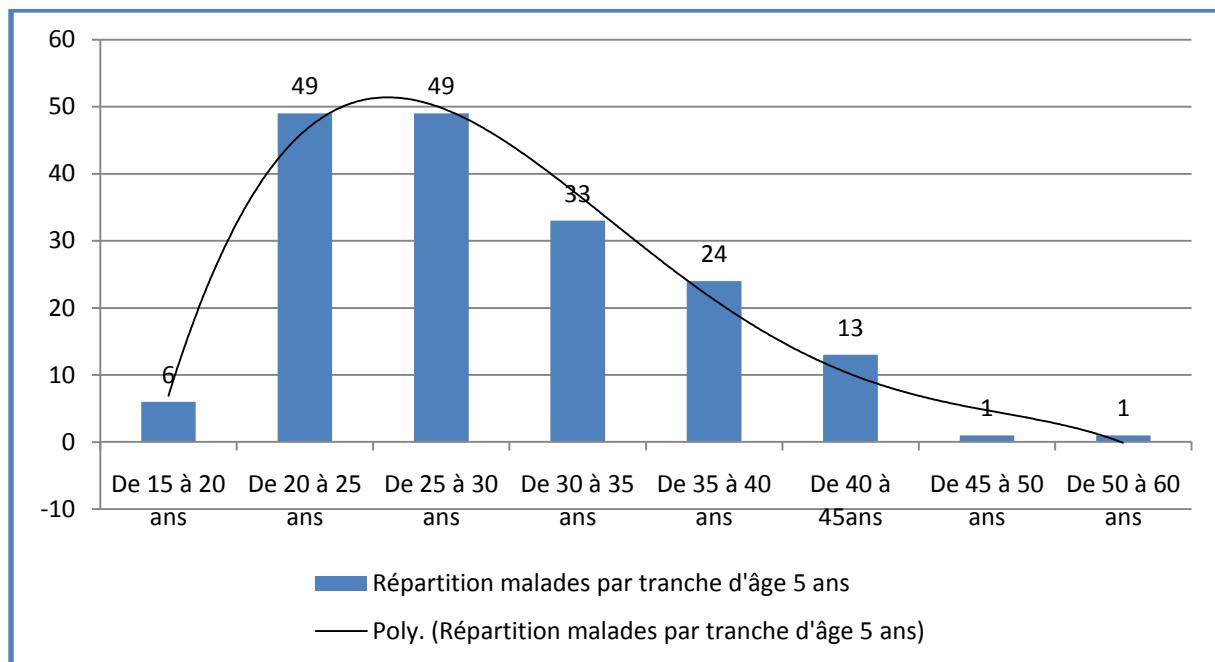


Figure 1 : Répartition des malades par tranche d'âge de 5 ans

[n= 180]

La moyenne d'âge était de 27 ans. La limite d'âge inférieure était de 15 ans et celle supérieure de 48 ans. Deux pics étaient observés dans les tranches d'âge de 20-25 ans et 25-30 ans.

IV.1.2 La situation matrimoniale

La plus grande partie de notre population d'études étaient des femmes mariées 154 cas représentant 86% de notre population d'étude, et 7 femmes [4%] étaient des célibataires.

IV.1.3 Le niveau de scolarisation

Les données relatives au niveau de scolarisation ont été regroupées dans le tableau I.

Tableau I : Niveau de scolarisation [n=180]

Niveau de scolarisation	Nombre de patientes	Pourcentages relatifs	Pourcentages cumulés
Non précisé	64	35,6	35,6
Non primaire	54	30,0	65,6
secondaire	33	18,3	83,9
universitaire	23	12,8	96,7
Total	180	100,0	

Peu de patientes ont atteint le niveau universitaire 3,3% et 54 cas soit 30% n'ont jamais été scolarisés.

La figure 2 a permis de classer les malades en fonction de l'existence ou non d'une activité professionnelle liée au niveau de scolarisation.

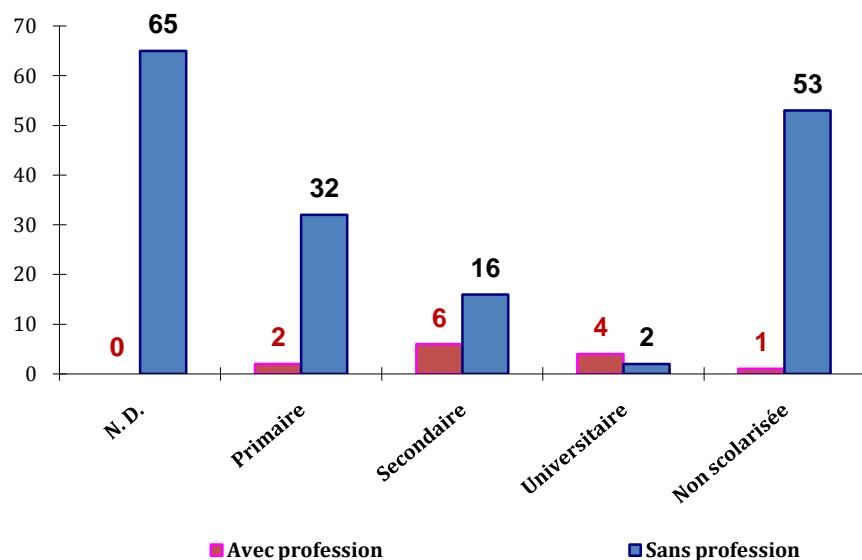


Figure 2 : Répartition du niveau de scolarisation et de l'activité professionnelle chez notre population d'étude

Parmi les patientes, la plupart soit 169 cas était des femmes au foyer représentaient 94% de la population d'étude tandis que celles qui exerçaient une profession représentaient 12% donc sans emploi.

IV. 2. Les facteurs liés à la puerpéralité

IV.2.1 La parité

La figure 3 montre la prédominance des Primipares 62 cas soit 34% des patientes.

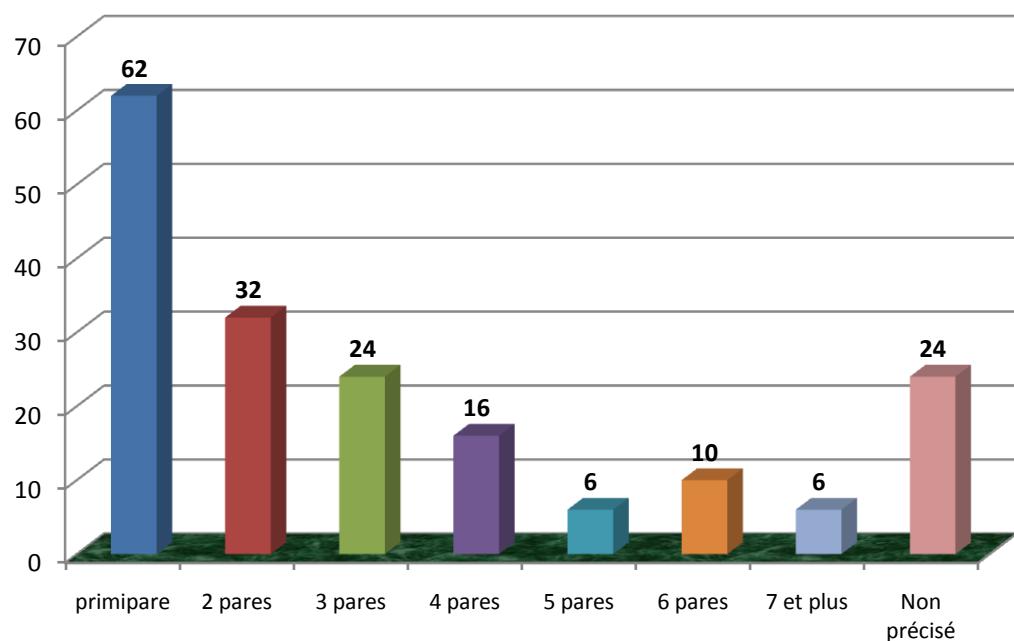


Figure 3 : Répartition des patientes selon la parité

IV.2.2 Le mode d'accouchement

Le mode d'accouchement prédominant étaient l'accouchement par voie basse 174 patientes soit 96.6% de notre population, 1 était venue consultée en état de grossesse de 6 mois, 3 patientes avaient été césarisées et 2 patientes avaient avorté.

IV.2.3 L'état de l'enfant

La majorité des bébés était vivant soit 96%, et 2 bébés décédés, 2 mort- nés et 2 avortements.

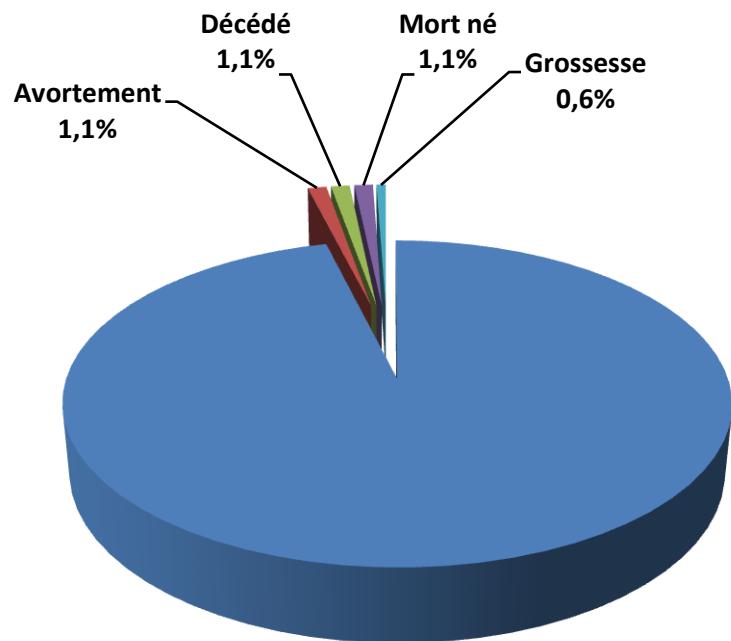


Figure 4 : Répartition des nouveaux- nés selon l'état de l'enfant

IV.2.4 Le délai de survenue des troubles

Le délai de survenue des troubles observés chez les patientes est résumé dans la figure 5.

Dans notre étude les troubles survenaient le plus souvent avant le 7ème jour postpartum, suivi de l'intervalle entre le 8ème et le 15ème jour.

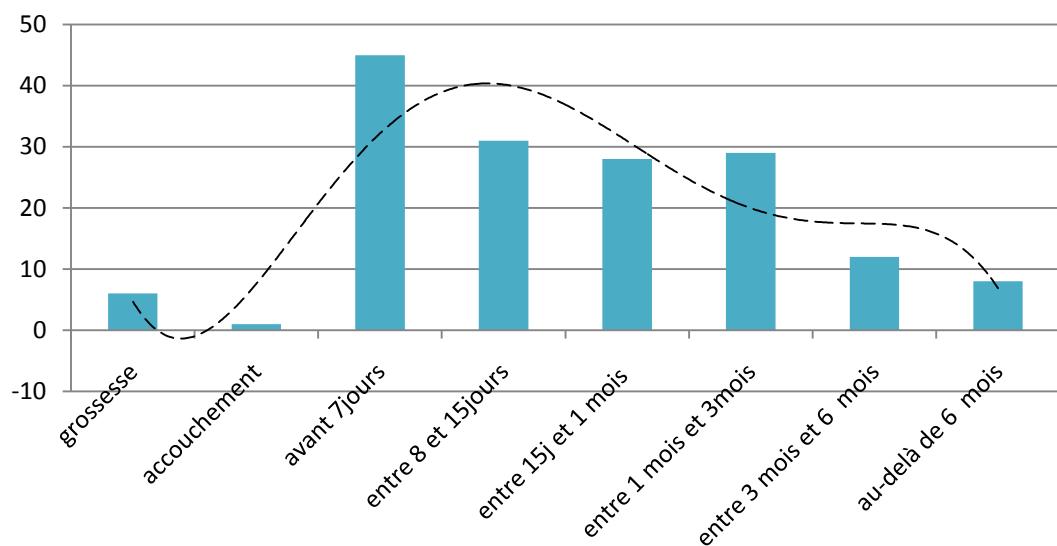


Figure 5 : Délai de survenue des troubles

IV.2.5 Les antécédents personnels

Dans notre échantillon, 125 cas soit 69,4% des patientes n'avaient pas d'antécédents pathologiques psychiatriques, il y avait 33 cas de récidives de psychoses puerpérales soit 18,3% de la population d'étude et 5 patientes qui étaient déjà suivis en psychiatrie.

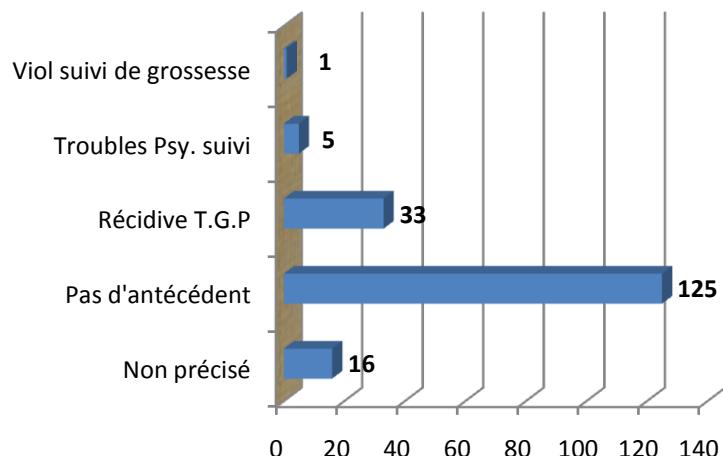


Figure 6 : Répartition des antécédents personnels [n=180]

IV.2.6 Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux de nos patientes ont été regroupés dans le tableau II.

Tableau II : Antécédents familiaux des patientes

Antécédents familiaux	Nombre de patientes	Fréquence absolue	Fréquence cumulée
Famille nucléaire	30	16,7	16,7
Non précisé	23	12,8	29,4
Parents Eloignés	11	6,1	35,6
Sans antécédents	116	64,4	100,0
Total	180	100,0	

Nous avons retrouvé 116 cas qui n'avaient pas d'antécédents familiaux de troubles psychiatriques [64,4%].

IV. 3. Les formes cliniques

Les formes cliniques observées dans notre étude sont présentées sous forme de diagramme (Figure 7).

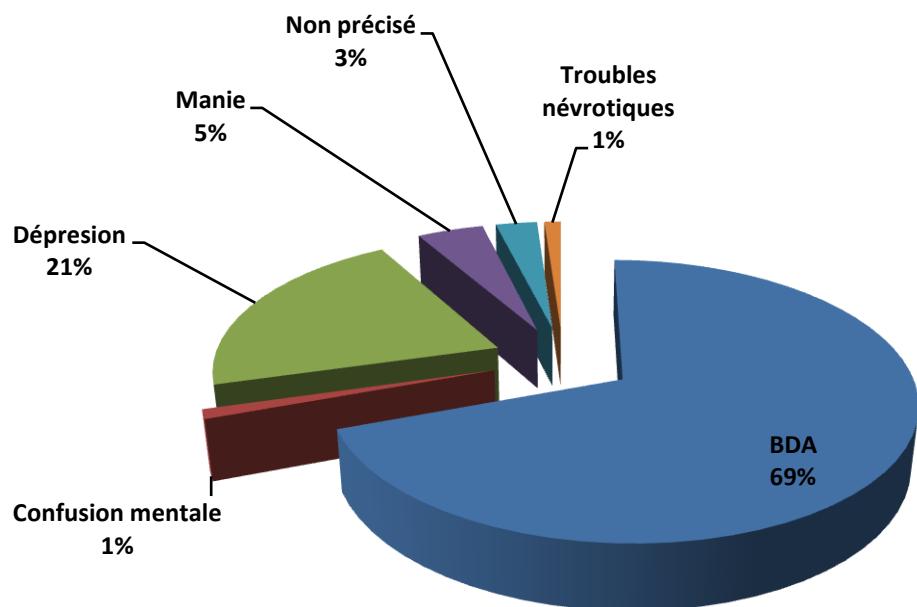


Figure 7 : Répartition des patientes selon le diagnostic

La forme clinique prédominante est la psychose délirante aigue 69% suivi de la dépression 21%.

DISCUSSION

V. Discussion

Notre travail a consisté à étudier les troubles psychiques de la gravido-puerpéralté en milieu hospitalier. C'est un travail rétrospectif descriptif portant sur 180 dossiers. Un rappel clinique de ces troubles a été fait. Les paramètres concernant l'âge, le statut matrimonial, la profession et le niveau de scolarisation, la parité, le mode d'accouchement, le délai d'installation des troubles, les antécédents personnels et familiaux ont été discutés.

V.1 Aspects sociodémographiques

V.1.1 Age

La plupart de nos patientes étaient des femmes jeunes avec une moyenne d'âge de 27 ans. Les tranches d'âge de 20-25 ans et 25-30 ans sont les plus représentées. Dans notre population d'étude 88% des patientes étaient âgées entre 20 et 30 ans. Seul 3% était âgé entre 40 et 50 ans ce qui montre que c'est une pathologie qui touche plus les femmes jeunes.

Des études faites au Sénégal [21,22,39,47] ont montré une baisse régulière de l'âge de survenue des troubles psychiques de la puerpéralté passant de la tranche d'âge de 25-30 ans à celle 15 et 20 ans. Dans notre étude, cette tranche d'âge [15-20 ans] n'est pas prédominante. On retrouve la même fréquence prédominante entre les tranches d'âge 20-25 ans et 25-30 ans. En Tanzanie en 2002, Ndosi et Mtawali[37] ont trouvé une moyenne d'âge de 23,9 ans dans une

étude portant sur 80 cas. Tabo et al. [46], en Centrafrique en 2009, ont trouvé une moyenne d'âge de 27,4 ans et un pic entre 25-34 ans sur 45 cas. Ainsi donc, l'on constate un recul récent de l'âge d'apparition des troubles psychiques de la puerpéralté. Ceci pourrait-il être expliqué par le mariage à un âge plus avancé chez les femmes aujourd'hui ? En effet la précocité du mariage avait été mise en cause quant à l'origine de la fragilité psychique des parturientes encore immatures pour l'expérience angoissante de la maternité. Dans notre étude, les parturientes sont d'âge plus avancé mais sont-elles pour autant plus matures ? Cet âge avancé pourrait être expliqué par le recul de l'âge du mariage chez les femmes, qui de nos jours sont devenues plus indépendantes avec l'avènement de la scolarisation en masse des filles et leur maintien dans le système éducatif. Dans le passé, les filles étaient données en mariage plus tôt dès l'âge de la puberté pour éviter, entre autres les risques de grossesses non désirées. La maternité qui s'en suivait, constituait un frein pour la plupart des filles à la poursuite de leur scolarisation. Avec ce constat, les femmes se marient plus tard et donc ont une maternité à un âge plus avancé, ce qui pourrait expliquer cette remontée de l'âge d'apparition des troubles. Par ailleurs les maternités surtout lorsqu'elles sont rapprochées peuvent ralentir l'ascension professionnelle raison pour laquelle les femmes retardent leur grossesse. Cependant le mariage à un âge avancé entraîne le risque d'être une primipare âgée. Et cette dernière a souvent du mal à être féconde assez rapidement ainsi leurs grossesses sont précieuses, et parfois précédées d'un ou de plusieurs avortements. Ce qui a de

grandes conséquences psychologiques notamment l'anxiété, le stress et la peur pour ces femmes de l'issue favorable ou pas de leur grossesse. Ainsi comme l'ont dit Lempériére et al [34] dans l'EMC, la primiparité à plus de 30 ans et les antécédents d'avortements spontanés ou provoqués font partis des facteurs de risque des troubles psychiques de la gravido-puerpéralité.

V.1.2 Situation Matrimoniale

La majeure partie de notre population d'étude était des femmes mariées [86%] ; c'est le cas d'ailleurs pour d'autres études [22, 39,47] notamment celle de Guéye [74%], Ouedraogo [88%] et Thiam et al [94%]. Cette prédominance des femmes mariées pourrait s'expliquer par nos pratiques socioculturelles et religieuses qui donnent une place primordiale au mariage dans la vie d'une femme. Le mariage a heureusement son lot de bienfaits mais aussi de problèmes tels une relation de couple perturbée avec un conjoint peu sécurisant qui fait partis des facteurs de vulnérabilité des troubles psychiques du post-partum au Sénégal [17]. A cet effet Ouedraogo [39] de rajouter que la polygamie par les dissensions qu'elle engendre est source de frustration en même temps qu'elle signe la volonté de domination phallique de l'homme. Les frustrations dans la satisfaction sexuelle car le mari manifeste une préférence vis-à-vis d'une autre épouse. Les frustrations aussi dans les rivalités inter-épouses latentes ou manifestes. Donc la « psychose puerpérale » peut être l'expression d'un malaise au sein du couple ou

dans la famille. Ce malaise pouvant aussi être d'origine financière surtout si on sait que la précarité socio-économique est un facteur de vulnérabilité. La situation financière aurait été une variable assez intéressante à étudier mais cette information était absente dans la plupart de nos dossiers.

Dans notre étude nous avons eu 4% de femmes célibataires contrairement à Tabo et Al [46] qui ont retrouvé 61,1% de femmes célibataires. Accepter l'existence de mères célibataires pour certaines familles africaines est assimilable à accepter un enfant en dehors d'une union stable. Ceci conduirait à mettre en péril le patrimoine familial et la structure sociale communautaire. Cela crée des pressions familiales qui ne se résument pas seulement en la défense des valeurs morales. Les réalités culturelles sont différentes en fonction des pays. Le concubinage est un mode de vie accepté dans certains pays d'Afrique et la conception d'un enfant issu de cet union est tout à fait naturelle voire même bénéfique pour prouver la fertilité de la femme. Par contre dans notre contexte culturel sénégalais, ce mode de vie est rare car ne faisant pas partie de nos croyances religieuses.

V.1.3 Profession

La majorité de nos patientes étaient des femmes au foyer [94%] n'exerçant pas une activité professionnelle. Cependant, une femme sur trois était scolarisée mais 18% de ces femmes avaient arrêté leurs études au niveau primaire. Seuls

3,3% des femmes avaient atteint le niveau universitaire. Les sciences humaines approfondies sont en général étudiées au secondaire et à l'université. Nous pouvons penser que les femmes scolarisées plus longtemps sont mieux préparées à l'avènement de la maternité, aux changements qui l'accompagnent et donc se font prendre en charge pour leur grossesse plus précocement. En outre, les femmes instruites ou du moins scolarisées assez longtemps auront plus de recul face à représentations socioculturelles qui entourent la grossesse et le post-partum. Mais compte tenu du nombre élevé [64%] de patientes dont le niveau de scolarisation n'a pas été précisé dans notre étude, l'analyse de ce facteur pourrait ne pas apporter les renseignements escomptés. Notre étude présente cependant des similitudes avec celle de Ndosi et al. [37] effectuée en Tanzanie et dont 81,4% des patientes étaient sans profession. Ceci permet-il d'avancer que les femmes au foyer sont plus susceptibles de présenter ces troubles ? Dans nos contextes de pauvreté endémique, être femme au foyer signifie souvent s'occuper des tâches ménagères en même temps de son bébé, ce qui est parfois très stressant. En Afrique, la famille élargie était souvent présente dans la même maison ou régnait la gérontocratie et une aide importante était apportée à la nouvelle accouchée. Aujourd'hui cette notion n'est plus d'actualité. Mais la tendance est plutôt à la nucléarisation de la famille et l'isolement de ses membres. La parturiente se retrouve seule avec son enfant en plus des nombreuses tâches ménagères sans personne pour l'aider. Et même si ce n'est pas le cas la parturiente se trouve au sein de sa belle famille mais sans forcément

bénéficier de la qualité d'aide nécessaire à son état de santé. Chez une parturiente fragile ces éléments peuvent concourir à la genèse de désordres psychiques de la gravido-puerpératité.

V.1.4 Parité

Nos résultats concernant la parité sont similaires à ceux observés par Guéna et al. [21], Guéye [22], Ouedraogo [39] et Thiam [47]. Les paucipares en général et plus particulièrement les primipares sont les plus nombreuses dans notre population d'étude soit 34%. Tabo et al[46] ont retrouvé 68% tandis que Ndosi [37] et al retrouvent 40,5% de paucipares. Ainsi, nos résultats tendent à confirmer que la primiparité semble bien être un facteur de risque de survenue des troubles ; nous rejoignons Thiam et al [47] pour qui les primipares ne sont ni physiquement, ni psychologiquement préparées à la maternité lors de leur premier accouchement, et le risque de survenue des troubles décroît à mesure que les pares augmentent. On peut comprendre aisément que la primipare se trouve devant l'inconnu et réagisse en fonction de son histoire personnelle. D'ailleurs cela est reconnu par certains auteurs [34,17,39] qui affirment que l'avènement de la maternité avec son lot de remaniements psychiques rend la jeune mère particulièrement vulnérable. Une maternité qu'elle soit première ou suivante demande des exigences adaptatives particulièrement fortes. Chez les jeunes femmes ayant eu une identification maternelle défaillante ou des relations

mère-fille gravement perturbées. La maternité est l'occasion de réactivation d'un stress en rapport avec ses capacités de maternage, ses craintes de reproduire le même scénario avec son enfant. Ce stress pouvant entraîner des troubles psychiques de la gravido-puerpératilité. Après une première maternité bien réussie, les suivantes peuvent se passer avec moins d'apprehension.

V.2 Facteurs liés à la puerpératilité

V.2.1 Mode d'accouchement

L'accouchement normal par voie basse était le mode prédominant 96,6% aussi retrouvé par Thiam et al [47] et Guéye [22]. Donc le mode d'accouchement ne semble pas être un facteur important dans la survenue des troubles. Or dans la littérature [34] il est établi que les troubles psychiques de la gravido-puerpératilité surviennent plus souvent chez les femmes césarisées.

Cependant on pourrait incriminer dans notre contexte l'insuffisance des infrastructures sanitaires surtout en zone rural qui fait que les accouchements ne se déroulent pas toujours dans de bonnes conditions. Parfois ils sont souvent laborieux pouvant entraîner des séquelles sur le plan psychique.

V.2.2 Etat de l'enfant

Les enfants de notre étude étaient vivants [96,1%]. Guéye[22] a isolé un nombre élevé de cas de décès de l'enfant ou un avortement. Cette différence témoigne

d'un meilleur suivi médical des grossesses, à l'origine d'une baisse de la mortalité infantile.

V.2.3 Délai d'installation des troubles

Le délai d'installation des troubles tourne autour de la première quinzaine après l'accouchement et concerne 42,2% de notre population d'étude. La décompensation durant la grossesse était le fait de 3,3% de notre échantillon. Guéye [22] a retrouvé la plus grande fréquence des troubles dans les jours suivant l'accouchement et leur relative rareté durant la grossesse. Selon certains auteurs [34, 28], les pathologies psychiatriques du postpartum débutent dans la première semaine qui suit l'accouchement dans 40% des cas ; et dans le post-partum, il est observé cinq fois plus de décompensations psychiatriques qu'au cours de la grossesse, particulièrement les premières semaines suivant l'accouchement. Le pic de fréquence de la psychose puerpérale se situe au 10e jour. Nous avons six cas chez qui les troubles se sont installés durant la grossesse soit 3,3% de la population d'étude. Ce que confirme la littérature quant à la fonction protectrice de la grossesse [34]. Au delà de 6 mois du post-partum nous ne retrouvons que 4,4 % de notre population d'étude ce qui laisse penser que la nouvelle parturiente est plus fragile et donc a plus de risque de développer ces troubles. Nous pouvons penser qu'au delà des trois premiers mois la parturiente a eu le temps de se remettre des émotions et de la fatigue du

dernier trimestre et qu'elle a eu à tisser une relation affective particulière avec son enfant.

Dans notre pratique nous avons constaté l'éclosion fréquente des troubles le lendemain du baptême soit le 8ème jour. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la cérémonie du baptême surtout pour un premier enfant est parfois source de beaucoup stress et de conflit au sein du couple. En effet pour un premier enfant la coutume voudrait que la cérémonie soit grandiose et il y va de l'honneur de la famille. Ainsi la parturiente vivra ces moments avec beaucoup d'angoisse pensant au bon déroulement de la cérémonie et à l'appréciation qu'en feront les invités surtout la belle famille. En cas de précarité socio-économique outre le stress de l'accouchement, les insomnies et les frustrations liées à cette période délicate pour la nouvelle parturiente peuvent engendrer des désordres psychiques. Les croyances populaires voudraient aussi qu'à cette période la nouvelle parturiente respecte un certain nombre de règles pour sa sécurité et celle de son enfant. Et en cas de transgression de ces règles, elle est habitée par la hantise de la survenue d'un malheur et devient fragile sur le plan psychologique, donc facilement sujette à des troubles psychiques de la gravido-puerpératé. Par ailleurs le post-partum précoce s'accompagne de bouleversements physiologiques et psychologiques qui peuvent favoriser une décompensation psychique. Notamment le changement hormonal massif qui peut entraîner des troubles de l'humeur chez la nouvelle parturiente [27].

V.2.4 Antécédents personnels et familiaux

Dans notre étude, nous avons 18,1% de nos patientes qui ont des antécédents personnels de psychose puerpérale et 28,8% ont eu des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Ces taux avoisinent ceux de Thiam et al [47] qui ont retrouvé 21,2% d'antécédents personnels de troubles et 11,5% d'antécédents familiaux. Ce qui confirme que les antécédents personnels ou familiaux dans les facteurs de risque de survenue de la maladie. Selon Gorwood et Kesseler [20], de nombreuses données indirectes plaident en faveur d'un rôle significatif des facteurs génétiques dans la variabilité interindividuelle de la vulnérabilité à ce trouble. Des études de génétique moléculaire ont même évoqué le rôle direct d'un allèle de vulnérabilité [gène codant pour le transporteur de la sérotonine]. Sur la base des données sur les antécédents familiaux, « la psychose puerpérale » peut être considérée comme un exemple heuristique du concept de vulnérabilité génétique.

On pourrait aussi admettre que les facteurs de vulnérabilité ou la personnalité pré morbide que l'on retrouve chez une mère qui a présenté des troubles psychiques de la gravido-puerpératé influent chez sa fille.

V.3 Formes cliniques

Sur le plan clinique, la psychose délirante aigue est la plus fréquente [69%] suivie de la dépression [21%]. D'autres auteurs africains [7 ,22, 46, 48] ont

retrouvé aussi cette prédominance de psychoses délirantes aigues devant la dépression. Pour Collomb[7] en Afrique la bouffée délirante permet une évacuation rapide de l'angoisse, l'expression de conflits intrapersonnels et interpersonnels, lutte contre la solitude, évite la séparation, la rupture. Elle est dialogue, dialogue voulu par le malade et reçu par le groupe. L'angoisse se transforme en une peur organisée, qui dès lors peut être manipulée. Elle devient persécution par des individus ou des esprits à la réalité desquels le groupe adhère autant que le malade. Par cette transformation la guérison devient possible et l'individu est réintégré dans le groupe. Ainsi on pourrait dire que la société africaine autorise le délire et d'une certaine manière le prend à son compte alors que pour la société occidentale le fou n'a pas sa place dans la société des hommes, le délire n'est plus autorisé, le malade est seul avec sa maladie dont il est responsable [7]. Dès lors on a l'impression de comprendre ce mode de décompensation par l'intériorisation des conflits en Occident. En effet selon Poinso et al [37], les dépressions dites du post-partum sont plus fréquentes en Occident. Au moins 10 % des femmes sont concernées, entre la fin du premier mois de vie de l'enfant et la fin de la première année. Ce chiffre est proche de la prévalence de la dépression dans la population générale, mais avec tout de même un pic de fréquence entre six semaines et deux mois après l'accouchement. Selon Casas [5] la plupart des femmes ne reconnaissent pas le caractère maladif, dépressif de leurs symptômes. Elles éprouvent un sentiment de honte, d'échec. Elles vont rester silencieuses car elles craignent d'être jugées

incompétentes, de décevoir leur conjoint et redoutent le label de «maladie mentale ».

Donc malgré la tendance à l'occidentalisation de notre mode de vie, les mutations socio-économiques n'influent pas ou très peu notre façon d'extérioriser notre angoisse ou notre mal être.

CONCLUSION

Les troubles psychopathologiques liés à la gravido-puerpéralité sont relativement fréquents. Ils font l'objet de plusieurs théories depuis Hippocrate en passant par Esquirol, Marcé, Freud... jusqu'à nos jours. Trois principales catégories de facteurs étiopathogéniques sont incriminées : les facteurs biologiques liés essentiellement au remaniement hormonal, les facteurs psychologiques liés au vécu de la grossesse et les facteurs socio-économiques. Le terme de psychose puerpérale utilisé pendant longtemps pour désigner sans distinction tous les troubles psychiques survenant au cours de la grossesse, durant le post-partum et l'allaitement a bénéficié d'une nouvelle approche nosographique en 2004.

Au Sénégal en 1970, une hospitalisation sur trois portait ce diagnostic dans une unité d'hospitalisation de femmes au centre hospitalier de Fann [7]. En 2000 une étude récente a trouvé une prévalence de 7,9% dans le même service. L'âge de survenue des troubles tournait autour de 20ans avec une grande prévalence des paucipares [47]. Une étude a évalué les troubles psychiatriques de la puerpéralité à 10% des hospitalisations en milieu psychiatrique au Sénégal. Cette fréquence non négligeable des troubles psychiatriques de la puerpéralité dans notre service a suscité notre intérêt. Avec les mutations socioculturelles de notre société qui exposent la femme à plus de stress par rapport à la maternité on est en droit de se demander si ces nouveaux facteurs influent dans la survenue des troubles. En effet certains paramètres sociodémographiques ont évolué notamment : l'âge du

mariage, la scolarisation et le niveau d'instruction des femmes, la vie professionnelle des femmes qui sont devenues des « carriéristes » et la nucléarisation de la famille. Ces différents éléments associés aux progrès de la médecine à la médicalisation des accouchements ont-ils eu un impact sur les troubles psychiatriques de la gravido-puerpératité ?

Dans ce travail nous nous sommes intéressés aux aspects épidémiologiques et aux tableaux cliniques des troubles de la gravido-puerpératité que l'on rencontre dans notre service. Il s'est déroulé au sein de la clinique Moussa Diop du CHU de Fann à Dakar au Sénégal. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective sur cinq ans allant du 1^{er} Janvier 2007 au 31 Décembre 2012. Nous avions 180 cas.

La moyenne d'âge était de 27 ans avec un pic entre 20 et 30 ans d'où le constat d'un recul de l'âge de survenue des troubles du à une maternité à un âge plus avancé liée aux contraintes de la scolarisation et de la vie professionnelle des femmes. Les femmes mariées représentaient 86% de notre population d'étude, ceci pourrait être expliqué par l'importance du mariage dans notre contexte, le concubinage étant non admis dans notre société. Les problèmes liés au mariage, le conflit entre les conjoints, ou entre la femme et sa belle famille, ou encore entre coépouses sont source de beaucoup de tension et de stress facteurs favorisant la survenue des troubles. La majeure partie de notre population d'étude était des femmes au foyer sans profession et une femme sur trois était scolarisée mais avait reçu un bas niveau d'instruction. Ainsi les femmes

instruites semblent mieux préparées à l'avènement de la maternité et à sa prise en charge. Elles ont plus de recul par rapport aux représentations socioculturelles de la grossesse et du post-partum. Pour la parité 66% des patientes sont des paucipares dont 34% des primipares. Ainsi ces dernières ne sont ni physiquement, ni psychologiquement préparées à la maternité lors de leur premier accouchement. Le risque de survenue des troubles décroît à mesure que les pares augmentent. Chez les jeunes femmes ayant eu une identification maternelle défaillante ou des relations mère-fille gravement perturbées la maternité est l'occasion de réactivation de ces angoisses.

Chez 96,6% des femmes l'accouchement a été fait par voie basse. Les enfants [96%] étaient vivants et 25% des femmes ont présentés des troubles avant le 7ème jour, 42,2% avant le 15ème jour et seul 3,3% des patientes ont décompensées durant la grossesse ce qui confirme le rôle protecteur de la grossesse. Ce pic autour de la première quinzaine s'expliquerait par toute l'angoisse, le stress et les frustrations entourant la période du baptême et spécialement d'un premier enfant. Le post-partum précoce et ses changements hormonaux massifs peuvent aussi être incriminés.

Dans notre étude, nous avons 18,1% de nos patientes qui ont des antécédents de « psychose puerpérale » et 28,8% ont présenté des antécédents familiaux de troubles psychiatriques. Quel est le risque de rechute d'un trouble psychique de la gravido-puerpératilité au Sénégal ? Selon une étude de nombreuses données

indirectes plaident en faveur d'un rôle significatif des facteurs génétiques dans la variabilité interindividuelle de la vulnérabilité à ce trouble. Donc la psychose puerpérale peut être considérée comme un exemple heuristique du concept de vulnérabilité génétique. Une étude des facteurs génétiques en Afrique pourrait peut être nous édifier sur cet état de fait.

Sur le plan clinique les bouffées délirantes sont prédominantes avec 69% suivie de la dépression avec 21% des femmes. On admet que les bouffées délirantes constituent un mode d'expression des conflits intra-personnels et interpersonnels dans la psychiatrie négro africaine. Quant aux dépressions du post-partum elles sont plus fréquentes en occident qu'en Afrique à cause du mode d'extériorisation des conflits et du mal être.

Donc malgré notre tendance à l'occidentalisation de notre mode de vie, les mutations socio-économiques n'influent pas ou très peu dans notre façon d'extérioriser notre angoisse ou notre mal être.

Au cours des visites postnatales, la méconnaissance des signes annonciateurs de pathologies postnatales par les professionnels de la santé accentuent les difficultés diagnostiques. Par exemple les dépressions postnatales ont été mises en cause dans de nombreux dysfonctionnements interactifs mère-enfant ou dans des troubles fonctionnels du bébé, troubles du sommeil, troubles psychosomatiques. Certains troubles sont plus tardifs : instabilité, difficultés scolaires, troubles du langage et de la communication, ou difficultés ultérieures

dans l'organisation de la personnalité. D'où l'importance d'une prise en charge précoce des parturientes présentant un postpartum blues dont les plus intenses sont corrélées à la survenue de dépression du postpartum.

L'objectif serait pour chaque praticien non psychiatre de reconnaître les signes annonciateurs de ses troubles afin d'orienter précocement la patiente ou d'entamer un début de prise en charge avant de référer vers le spécialiste. Nous n'allons pas terminer nos propos sans pour autant rappeler l'importance de la psychiatrie de liaison.

Pour les psychiatres rappelons l'importance des précautions à prendre sur le plan thérapeutique avec les nouvelles parturientes qui allaitent.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bibliographies

1. Alibert- Manderscheid F. Le meret ou la folie des parturientes au Sénégal. Mémoire de CES de psychiatrie, Dakar, 1983.
2. Boussa M, Guèye M, Hanck C, Saibou A. Les psychoses puerpérales. Rappel clinique. Méd. Afr. N. 1977; 24[4]:243-249
3. Capponi I, et Horbacz C. À propos de l'invisibilité de l'anxiété périnatale. *Perspectives Psy.* 2007; 46[4] : 362-367.
4. Capponi I, et Horbacz C. Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares : du huitième mois de grossesse au troisième mois post-partum. *Devenir*, 2005; 17[3] : 211-231.
5. Cazas Odile. Les troubles psychiques au cours de la puerpéralité. L'information psychiatrique, 2004 ; 80[8] :627-633.

6. Claveirole P. La folie puerpérale depuis Louis -Victor Marcé. *Journal français de psychiatrie*, 2004; 2[22] : 7-10.

7. Collomb H, Guena R, Diop. Facteurs psychologiques et sociaux de la pathologie de la puerpéralité. In Ed. Abdool D. Raman, Mauritius, Proceedings of Pan-african Psychiatric workshop [Mental health of children in developing countries, 22-26 June 1970.

8. Craddock N, Brockington I, Mant R, et al. Bipolar affective puerperal psychosis associated with consanguinity. *Br J Psychiatry* 1994;164[3] : 359–64.
9. Dallay G E. Le deuil périnatal de l'enfant né sans vie. *Ann Médic Psychol* 2013 ; 171 :182-188.
- 10.Dayan J, Andro G, Duguat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson 1999 : 552p.
- 11.Dayan J. Les parents d'aujourd'hui. In Patrick Ben Soussan *et al.*, Petite enfance et cultures en mouvement ERES « 1001 bébés », 2004 p. 31- 53.
- 12.Dean C, Kendell RE. The symptomatology of puerperal illness. *Brit. J. Psychiatr.* N1981:128-33.
- 13.Diop B, Diop A. Essai de compréhension des problèmes actuels de l'éducation à travers la conception traditionnelle des stades du développement de l'enfant chez les wolofs. *Bull Mém. Fac. Méd. Pharm. Dakar.* XVII : 100-105.
- 14.Durand Comiot ML. La psychose puerpérale ? Etude en milieu sénégalais. *Psychopath. Afric.* 1977 ; 13: 269-355.
- 15.Dupont G, Ouédraogo A. A propos des psychoses puerpérales au Sénégal : Réflexions sur les psychoses aigues africaines. *Psychiatr,* 1989; 65 [10] : 1011-1016.

- 16.Ey H, Bernard P, Briset C. Manuel de psychiatrie. Ed. Masson 5ème édition, Paris, 1978,1252 p.
- 17.Faye PL, Sylla A, Thiam MH. Facteurs de vulnérabilité et troubles psychiques du post-partum au Sénégal à propos de cinq observations. *Psychopath. Afric.* 2009-2010;15[2] :323-340.
- 18.Ferreri M. Ferreri F. Le dictionnaire de l'anxiété. Paris : Phase 5, 2001 : 112 p.
- 19.Ferreri M. Ferreri F. Compétence de maternage
- 20.Gorwood P, et Kesseler V. La psychose puerpérale: un modèle du concept de vulnérabilité génétique? *Devenir*, 2002 ; 14[1] : 17-26.
- 21.Guéna R, Preneuf Ch, Reboul C. Aspects psychopathologiques de la grossesse au Sénégal. *Psychopath. Afric.* 1970; 6[2] :111-146.
- 22.Guèye M. Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais à propos de 92 observations. Thèse de médecine n°27, Dakar, 1976,118p.
- 23.Guèye M. La femme au Sénégal. Facteurs psychosociaux et troubles psychiatriques. *Informat. Psychiatr.* 1995 ;71[6] : 537-542.
- 24.Guèye M, Thiam M H, Sylla A. Troubles psychopathologiques de la gravido-puerpératité. *Psychopath. Afr.* 2005-2006 ; 33[3] : 275-316.
- 25.Guyotat J. Mort/Naissance et filiation. Etudes de psychopathologie sur les liens de filiation. Paris, Masson,1980, 172p.

26.Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D.

Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. BMJ 1994;308:949–953.

27. Harris B, Lovett L, Smith J, Read G, Walker R, Newcombe R. Cardiff puerperal mood and hormone study. III. Postnatal depression at 5 to 6 weeks postpartum, and its hormonal correlates across the peripartum period. British Journal of Psychiatry 1996;168:739–744.

28.Job N, Schrek L. Décompensation psychotique de la grossesse et du post-partum. Réalités en Gynécologie Obstétrique, 2010;145 : cahier 1, 4p.

29.Jouppe J. A propos du post-partum blues. Ann Médic Psychol, 2007;165 : 749-767.

30.Keita Z. Aperçu nosographique des psychoses puerpérales au Sénégal. Etude entreprise à la clinique Moussa Diop. Mémoire Diplôme d'initiation à la psychologie, Dakar, n°42,1989 .57p.

31.Kendell R E, Rennie D, Clarke J.A, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. Psychol. Med 1981; 11[2]: 341-350.

- 32.Klier M Claudia, Maria Muzik, Kanita Dervic , Nilufar Mossaheb, Thomas Benesch, Barbara Ulm, Maria Zeller The role of estrogen and progesterone in depression after birth Journal of Psychiatric Research 41 [2007] 273–279.
- 33.Lacabourié J. Etude comparative de 36 cas de psychoses puerpérales. Ann. Méd Psychol, 1949 ; 107[2] : 231-235.
- 34.Lempériére T, Rouillon F, Lepine J P. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. Encycl. Méd. Chir. 1984 [Paris,France], Psychiatrie, 37660 A10, 7- 1984,12p.
- 35.Marcé L V. Traité de folie des femmes enceintes de nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales se rapportant à ce sujet. Paris, Baillères et fils, 1858,394p
- 36.Mbassa Menick D. Accidents psychiatriques et psychopathologiques de la gravidopuerpéralité au Cameroun. Méd Trop, 2005; 65 : 563-569.
- 37.Noah K Ndosi and MLW Mtavali. The nature of puerperal psychosis at Muhimbili national hospital: Its physical co-morbidity, associated main obstetric and social factors. African Journal of Reproductive Health, 2002; 6[1]: 41-49.
- 38.Ouango J G. Lankouande J, Ouedraogo C, Koné B. Les psychoses puerpérales à Ouagadougou : aspects épidémiologiques et cliniques et considérations étiopathogéniques. Nervure, 1998 ; 11[2] :13-15.

- 39.Ouédraogo A. Approche étiopathogénique des psychoses puerpérales au Sénégal. Mémoire CES de psychiatrie, Dakar,1987; n° 31,110 p.
- 40.Poinso F, et al. Dépressions du post-partum: délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. La psychiatrie de l'enfant, 2001; 44[2] : 379-413.
- 41.Racamier P C, Sens L, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. Evol Psychiatr 1961; 4: 525-570.
- 42.Raoux D, Cayol F. Les accidents de la puerpéralité. Psy cause 1996; 4: 24-28.
- 43.Stern D, Bruschweiler N, Freeland A. La naissance d'une mère. Paris : Odile Jacob,1998; 238p.
- 44.Sutter A, Bourgeois M. Grossesse, postpartum et troubles anxieux. Confrontations Psychiatriques 1995 ; 36 :125-138.
- 45.Sutter A, Lacaze I, Loustau N, Paulais J-Y, Glatigny-Dallay E. Troubles psychiatriques et période périnatale. Ann. Méd Psychol, 2005; 163 :524-528.
- 46.Tabo A, Kette C G, Gottot M, Ngbaler R, Serdouma E, Sepou A. Troubles psychiatriques et psychopathiques de la gravido-puerpéralité à Bangui, Centre Afrique. Clin Mother Child Health 2009; 6[2]:1107-1111.

47.Thiam M H, Karfo K, Dikarougo M J, Sylla O, Gueye M. Prévalences et formes cliniques des troubles psychiques de la puerpéralité au C.H.U de Dakar. Dakar Médical, 2000; 45[2]:158-161.

48.Thiam M H, Karfo K, Sylla A, Dassa S K, Sy A, Ba et al. Aspects cliniques et psychopathologiques de la dépression du post-partum : rapport d'une série de onze cas sénégalais. Perspectives Psy, 2008; 47[2] : 119-125.

49.WINNICOTT D.W, De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 1969.

Webographie :

50.Lafay N, Papet Nathalie, Manzanera Cyril, Senon Jean Louis. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Senon.pagesperso.orange.fr/documentation/Téléchargement
Date de consultation: 26/03/2013.

51.Danion-Grilliat, Sibertin-Blan Daniel, Moro Marie-Rose, Zimmermann Marie Agathe. Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Module 2 : De la conception à la naissance. Université Rouen. www.univrouen.fr. Date de consultation : 26/03/2013.

SERMENT D'HIPPOCRATE

«En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je soit couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.»