

Liste des abréviations

BCEAO : Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest

BFEM : Brevet de fin d'études moyennes

CHNU : Centre Hospitalier national universitaire de Fann

CIM 10 : Classification internationale des maladies, 10^{ème} édition

DSM 4 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^{ème} édition

DSM 5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^{ème} édition

EEG : Electroencéphalogramme

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
REVUE DE LA LITTERATURE	4
I. DEFINITION ET CARACTERISTIQUES:	5
II. CLASSIFICATION :	6
III. HISTORIQUE :	7
IV. FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES :	8
IV.1. Facteurs neurobiologiques :	8
IV.2. Facteurs psychosociaux :	9
IV.3. Facteurs socioculturels :	11
TRAVAIL PERSONNEL	15
I. METHODOLOGIE :	16
I.1. Objectif général :	16
I.2. Objectifs spécifiques :	16
I.3. Cadre de l'étude :	16
I.4. Type de l'étude :	16
I.5. Recueil des données :	17
I.6. Résultats de l'étude :	17
I.7. Aspects éthiques :	17
II. OBSERVATION :	18
III. COMMENTAIRES :	24
III.1. Caractéristiques du délire :	24
III.2. Modèles explicatifs et fonctions du délire :	25
CONCLUSION	26
REFERENCES	

INTRODUCTION

LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR

Il n'est pas exceptionnel que des femmes non enceintes croient à tort qu'elles sont enceintes. Ces fantasmes peuvent apparaître de manière récurrente, en particulier chez les femmes qui ont des conflits inconscients, une culpabilité et une ambivalence en rapport avec la grossesse. Dans certains cas encore plus rares, ces croyances se présentent comme de fausses idées qui ne peuvent être corrigées par le raisonnement et sont donc délirantes.

Des cas de délires de grossesse ont été décrits partout dans le monde, majoritairement en Europe et en Asie.

Ce délire a été signalé non seulement chez les femmes, mais aussi chez les hommes [1,2]. Il peut se manifester dans le cadre d'un autre trouble ou de manière isolée. Lorsqu'il se présente de manière indépendante, le délire de grossesse est inclus dans la catégorie « trouble délirant de type somatique dans le cadre du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques », selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5)[3].

Cependant, chez les femmes souffrant de psychose, une grossesse délirante devient de moins en moins rare depuis l'avènement des médicaments antipsychotiques qui, en inhibant la sécrétion de dopamine, augmentent les niveaux de prolactine pour produire une symptomatologie qui vient s'ajouter à l'expérience somatique de la grossesse [4].

Une distinction a été établie entre le pseudocyesis, communément appelé grossesse nerveuse, où des signes de grossesse sont manifestement présents (gonflement abdominal, troubles menstruels, spotting, sensibilité et engorgement des seins, prise de poids, galactorrhée) et le délire de grossesse, où il peut y avoir arrêt des règles et distension abdominale, mais pas d'autres signes extérieurs [5]. Le premier est considéré comme un trouble somatoforme tandis que le second est un symptôme de psychose [6].

C'est ainsi que les deux phénomènes (pseudocyesis et grossesse délirante) ont été conceptualisés comme se produisant sur un continuum, parfois chez des femmes sans antécédents psychiatriques antérieurs ou ultérieurs, parfois au décours d'une dépression ou d'une maladie apparentée, ou encore chez des femmes souffrant d'une maladie psychotique chronique [7,8]. Ce qui a été écrit sur le pseudocyesis s'applique tout aussi bien à la psychodynamique de la grossesse délirante. Il peut également s'appliquer à

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

toute une série de délires apparentés axés sur la procréation[9,10] tels que la conviction d'avoir un partenaire intime (alors qu'il n'en existe pas), d'être enceinte (alors qu'il est prouvé que ce n'est pas le cas), de ne pas être enceinte alors qu'on l'est effectivement[11], la conviction d'être en train d'accoucher[12], ou encore la fausse idée d'être parent, un délire potentiellement dangereux qui peut conduire à des enlèvements d'enfants[13].

Etre enceinte sans être engagée dans la moindre histoire d'amour et sans avoir eu de relation sexuelle, qu'est-ce que cela signifie ? Est-ce à dire que les psychotiques, ou du moins certaines, voire certains, d'entre eux, ne pourraient pas accéder à l'amour ou que pour eux, amour et sexualité, sexualité et grossesse ou désir d'enfant, seraient dissociés [14]? Quelle que soit l'invraisemblance de la situation et tous les démentis de la réalité, force est de constater que les patientes tiennent terriblement à leur grossesse délirante, ce qui nous oblige à nous interroger sur le déterminisme et la fonction de cette mystérieuse gravidité.

Afin de mieux comprendre comment cette riche symptomatologie peut s'inscrire dans une trajectoire singulière et compte tenu de l'intérêt porté pour certains aspects bio-psycho-sociaux en lien avec ce phénomène, nous présentons ce cas de délire de grossesse colligé au service de psychiatrie du centre hospitalier national universitaire de Fann en raison de particularités impliquant certains de ces aspects et nous proposons d'en faire une lecture psychopathologique.

REVUE DE LA LITTERATURE

I.DEFINITION ET CARACTERISTIQUES:

La définition classique de délire, dont l'étymologie provient du latin delirium « transport au cerveau », est donnée en 1814 par Jean-Étienne Esquirol : *«Un homme est en délire, lorsque ses sensations ne sont point en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont point en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements et ses déterminations ne sont point en rapport avec ses idées, lorsque ses idées, ses jugements, ses déterminations sont indépendants de sa volonté.»*[15].

Le délire de grossesse peut être décrit comme une croyance faussée et fixe d'être enceinte malgré les preuves factuelles du contraire.

Concernant ses caractéristiques, il peut se présenter comme un délire monothématique [16,17] ou, plus communément, en association avec d'autres délires (délire polythématique). Il peut être associé avec le syndrome de Clérambault ou le syndrome de Capgras [18]. Ces derniers désignent respectivement la conviction délirante d'être aimé [19] et la conviction délirante qu'une (ou plusieurs) personne(s) proche(s) du sujet ont été remplacées par des doubles (physiquement identiques) qui le persécutent [20]. Il peut être transitoire ou persistant, rectifiable (ou non) par des preuves démontrées, une psychoéducation, une thérapie cognitivo-comportementale ou des agents pharmacologiques.

Il peut intéresser des patients instruits ou analphabètes ou même avec de faibles capacités cognitives, indépendamment de leur statut marital (célibataires, mariés ou divorcés). Le délire peut persister pendant quelques jours [21] ou pendant plusieurs années [22].

II.CLASSIFICATION :

Avant d'aborder plus en détail le délire de grossesse, il convient de clarifier certains autres termes similaires et apparentés [23] :

- Le pseudocyesis ou grossesse nerveuse, qui se caractérise par la conviction d'une femme non enceinte qu'elle est enceinte, en association avec le développement des signes et symptômes de la grossesse. La distinction clinique entre pseudocyesis et délire de grossesse est principalement basée sur la présence ou l'absence de signes et symptômes physiques de la grossesse [24,25]. Le pseudocyesis peut être délirant, mais le terme est utilisé de manière plus appropriée lorsque des symptômes physiques de la grossesse apparaissent [4,26]. Le pseudocyesis qui se présente sans délire doit être inclus dans la catégorie "autre symptôme somatique spécifié et trouble apparenté" du DSM-5.
- La grossesse simulée peut être considérée comme un trouble factice lorsqu'une personne prétend être enceinte tout en sachant qu'elle ne l'est pas.
- La pseudo-grossesse est causée par une tumeur qui crée des changements endocriniens suggérant une grossesse [27].
- Le syndrome de Couvade se produit lorsqu'un homme développe des symptômes de grossesse alors que sa femme est enceinte mais sait qu'il ne l'est pas. Il ressemble superficiellement à un délire de grossesse, mais l'insight est conservé dans le syndrome de Couvade alors qu'il est pauvre dans le délire de grossesse [2].

III.HISTORIQUE :

Des cas de grossesse délirante ont été rapportés, dès 300 ans avant Jésus-Christ, par Hippocrate qui a décrit douze femmes qui imaginaient être enceintes sans réellement l'être [28].

Au 16^{ème} siècle, la reine d'Angleterre, Marie Tudor elle-même, aurait présenté deux épisodes d'idées fausses de grossesse [14].

Au milieu du 17^{ème} siècle, Harvey a parlé de deux patientes qui croyaient à tort être en état de grossesse et a déclaré que dans un cas, "*aucun argument ne pouvait la défaire de cette croyance*" [29].

Historiquement, le premier cas documenté de grossesse délirante a été décrit par Esquirol au début du 19^{ème} siècle dans son traité *Des Maladies Mentales*[30]. Une femme 31 ans, célibataire, pensait être fécondée par son professeur de botanique. Elle a cessé de manger, a perdu du poids et est décédée 18 mois plus tard.

Après Esquirol puis Baillarger au 19^{ème}, les aliénistes n'ont pas beaucoup exploré ce thème avant qu'il ne soit repris dans une première analyse d'ensemble par Toulouse et Marchand en 1901 ; selon eux, pour parler d'idée délirante de grossesse, « *il est nécessaire que la croyance repose sur des faits manifestement faux, et par des procédés de jugement nettement irrationnels.*»[14]. Par la suite, le délire de grossesse n'est plus cité que de loin en loin dans les livres de psychiatrie, tant il est considéré comme rare et banal.

En 1994, avec la publication de la 4^{ème} édition du DSM, une distinction sera faite selon que le délire se manifeste ou non dans le cadre d'une autre pathologie et sera finalement inclus dans la catégorie « trouble délirant de type somatique dans le cadre du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques » dans les cas où il est présent de manière isolée [31].

IV.FACTEURS PSYCHOPATHOLOGIQUES :

La littérature sur les délires de grossesse en cas de schizophrénie ou autres psychoses est peu abondante. Une distinction a été faite entre le pseudocyesis et le délire de grossesse, mais la ligne de démarcation est floue. En effet, de nombreux postulats psychodynamiques et socioculturels proposés pour la grossesse nerveuse pourraient très bien servir de base à la compréhension d'un délire de grossesse chez une patiente psychotique [18,32].

Les facteurs en lien avec ce phénomène peuvent être divisés en facteurs neurobiologiques, psychosociaux et socioculturels.

IV.1. Facteurs neurobiologiques :

Le délire de grossesse est une forme particulière de délire, nosologiquement non spécifique, qui peut se manifester de manière indépendante ou se rencontrer dans d'autres pathologies telles que la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs [18], les troubles délirants [23], les troubles de l'humeur [33] ainsi que dans l'épilepsie [6,34], la démence et les autres troubles neurologiques [32,35].

Il peut également apparaître dans le cadre d'affections médicales qui provoquent une distension abdominale comme les fibromes [36], la rétention urinaire [37], la polydipsie [38], le syndrome métabolique [39], le kyste tubaire [40] ou une douleur abdominale comme la cholécystite [12]. Les échographies ont détecté un certain nombre d'autres causes potentielles de distension abdominale qui peuvent accompagner ce syndrome, comme un néoplasme abdominal ou une hypertrophie du foie[41].

Des troubles endocriniens tels que l'hypothyroïdie peuvent se présenter sous forme de délire de grossesse ou de pseudocyesis [42]. Ce symptôme a également été associé au post-partum [33], à une ménopause prématurée [43] et à des taux de progestérone élevés [44].

Plus particulièrement, le délire de grossesse a été lié à l'hyperprolactinémie parce que des niveaux élevés de prolactine sont à l'origine de nombreux symptômes de la grossesse [4]. L'hyperprolactinémie peut résulter d'un stress psychologique, en

particulier le stress qui accompagne un épisode psychotique, indépendamment des médicaments antipsychotiques [45]. Les niveaux de prolactine peuvent être augmentés par de nombreuses affections organiques et par la stimulation des mamelons ainsi que par des médicaments tels que les oestrogènes, les antidépresseurs, les antihypertenseurs, les inhibiteurs de protéase, les opiacés, les benzodiazépines, la cimetidine et les inhibiteurs de la dopamine [46].

Les antipsychotiques sont tous des inhibiteurs de la dopamine et augmentent tous le niveau de prolactine à un certain degré, certains plus que d'autres, en fonction de la dose [47]. Cela signifie que les femmes souffrant de psychose qui sont traitées avec ces médicaments perçoivent souvent des changements corporels qu'elles peuvent associer à la grossesse [4]. Cela a été signalé dans plusieurs cas publiés depuis 2000 [48-53].

IV.2. Facteurs psychosociaux :

Les interprétations psychanalytiques traditionnelles attribuent aux croyances erronées un rôle de protection et de réalisation des souhaits. La grossesse, qui établit une union ininterrompue entre la mère et son fœtus, est censée éliminer la solitude et l'impuissance d'une manière miraculeuse pouvant ainsi servir de base à la formation du délire [54].

De même, la perte de l'amour et la perte d'un objet aimé (ou de la fertilité), la grande solitude et la perte réelle/imaginée d'une relation pourraient donner naissance à un délire de grossesse qui répondrait ainsi au désir de combler ce vide engendré par cette perte [8].

Dans certains cas, une infertilité était associée à ce délire. L'infertilité ou la perte de la fertilité, qu'elle soit due à l'absence de partenaire, à la ménopause, à des troubles gynécologiques, à une stérilisation antérieure ou à une maladie concomitante, accroît le désir de grossesse, alors que son impossibilité même peut alimenter des fantasmes magiques [55].

Le moment de l'émergence du délire coïncide souvent avec les premiers stades de la ménopause [5,38,56,57,58], ce qui laisse supposer que l'infertilité joue un rôle déclencheur.

Parfois, le timing suggère que la grossesse délirante sert à compenser non seulement la perte de fertilité, mais aussi la perte en général.

Dans le cas rapporté par Marusic, la patiente était venue à l'hôpital un an après la mort de son père, convaincue de façon délirante qu'elle était sur le point d'accoucher[52]. Dans celui de Grover [50], une femme de 46 ans a développé une psychose deux mois après la mort d'un fils unique. La psychose a été traitée avec des médicaments antipsychotiques, ce qui a entraîné une hyperprolactinémie et une prise de poids. Toujours sous traitement, lors du premier anniversaire de la mort de son fils, la patiente était convaincue qu'elle était enceinte, qu'elle sentait les mouvements du fœtus et que le nouveau bébé était un homme.

Par ailleurs, à partir des résultats de leur série de cas, Rosch et al[8] concluent que la "fausse grossesse" peut être une stratégie adaptative inconsciente pour se prémunir contre la perte d'une relation étant donné que la grossesse confère certains avantages. A titre d'exemple, dans la plupart des cultures musulmanes, un mari ne peut pas divorcer de sa femme pendant qu'elle est enceinte[59].

Selon Koic[56] et Ibekwe[55], la grossesse délirante se produit très souvent dans le contexte d'un désir et d'une peur simultanés de la grossesse, par exemple, un conflit émotionnel, un stress ou une ambivalence.

Il convient de noter, par ailleurs, que l'anticipation et la crainte feront considérablement augmenter les niveaux de prolactine chez de nombreuses femmes, imitant ainsi les signes de grossesse [60].

Lorsqu'il y a une pression pour concevoir et une peur simultanée de la grossesse, les bases sont posées pour cette forme de délire. L'ambivalence peut surgir lorsqu'une grossesse, bien que non désirée, est considérée comme un moyen possible de retrouver un amant rebelle, comme l'illustre le cas de la jeune fille de 15 ans rapporté par Skrabic [61].

Pour les femmes qui vivent dans des sociétés où la féminité est définie par la maternité, comme le décrit Dafallah[62], la grossesse, même si les circonstances sont problématiques, peut toujours être souhaitée. Dans les sociétés où les femmes sont évaluées en fonction du nombre de leurs fils[63], une femme qui n'a que des filles poursuivra avec zèle sa grossesse, mais de manière ambivalente, craignant la naissance d'une autre fille.

Simon [33] décrit le pseudocyesis chez les Roms dans la Hongrie rurale où il existe une forte pression sociale pour tomber enceinte le plus tôt possible après le mariage. En

revanche, le taux de mortalité maternelle est élevé pendant le travail et l'accouchement, ce qui rend les femmes ambivalentes à propos de la grossesse.

Pour certaines femmes, les difficultés d'identification avec leur mère peuvent être une source commune d'ambivalence par rapport au rôle de mère et une cause de sentiment d'abandon et d'impuissance en tant que nouvelle mère contribuant ainsi à la naissance de ce délire [33].

Ibekwe[55] a suggéré que la perception par les femmes de leur impuissance naturelle dans une société patriarcale conduit au développement du pseudocyesis ou de la grossesse délirante. Dans de nombreux pays en développement, les femmes ne peuvent pas compenser le manque d'enfants, comme le font les femmes en Occident, en réussissant dans une carrière, en gagnant de l'argent dans les affaires ou en partant à la guerre. Le fait d'être enceinte est leur seule source de pouvoir.

En effet, du fait que la grossesse est un état très respecté et que les femmes sont particulièrement bien traitées pendant cette période par leur conjoint, leur belle-famille et la société en général, il peut être psychologiquement difficile de renoncer à l'état de grossesse. Simon et al[33] décrivent deux cas où une grossesse délirante est survenue peu après l'accouchement, pendant la période du post-partum, et semblait être motivée par le souhait de continuer à être traitées comme si elles étaient enceintes.

Certains auteurs ont suggéré d'autres facteurs psychosociaux liés au délire de grossesse notamment l'isolement social, le bébé devenant ainsi le compagnon espéré[57], les fantasmes de renaissance [64], la privation parentale, la suridentification, la rivalité et la projection [24], une forte identification aux femmes enceintes [65], une dynamique familiale perturbée [66], une confusion au niveau de l'identité sexuelle [67] et les abus sexuels passés [65].

IV.3. Facteurs socioculturels :

Le rôle des facteurs socioculturels dans le développement du délire de grossesse a été signalé chez les patients, ce qui suggère que les variables contextuelles peuvent exercer une influence, en particulier lorsque la grossesse confère un statut social plus valorisé [18,40]. La précarité sociale chronique [17,69], la pression sociétale excessive pour avoir des enfants[39,56] et la croyance en la capacité des divinités spirituelles ou d'un mauvais œil à provoquer une grossesse[53,58,69] ont été suggérées comme étant à l'origine du délire de grossesse.

La production sur l'histoire de la maternité en Afrique souffre d'un puissant paradoxe : on y distingue très peu d'études systématiques, alors même que tout le monde s'accorde à dire que la maternité est un passage obligé (et consenti) pour les Africaines [70-72].

Il n'est guère d'ouvrages sans paragraphe expliquant que le statut et la place des femmes dans leur société sont largement déterminés par leur fécondité ; que plus elles ont d'enfants, mieux elles sont considérées ; que d'ailleurs la stérilité entraîne, sur des modes divers, une mise au banc de la communauté (accusations ou soupçons de sorcellerie ; divorces à la seule initiative du mari tenant de la pure et simple répudiation). Une auteure va jusqu'à parler de « contrat social rempli » pour les femmes ménopausées qui ont été épouses et mères [73].

Ibekwe[55] décrit un cas de « grossesse imaginaire » qui a apporté à la patiente un épanouissement personnel, une stabilité dans son mariage et une acceptation retrouvée de sa belle-famille. Il suggère que le délire a résolu le dilemme auquel cette femme infertile était confrontée dans une culture nigériane qui accorde une immense valeur aux enfants, non seulement parce que la procréation est religieusement obligatoire, mais aussi parce qu'elle est économiquement nécessaire à la survie et à la continuité générationnelle.

Bien que l'infertilité perçue ne soit pas toujours au cœur de la grossesse délirante [74], elle y contribue, plus dans certains contextes sociaux que dans d'autres [75]. L'infertilité peut entraîner des niveaux de détresse extrêmes [76,77], en particulier dans les pays en développement où l'absence d'enfant n'est jamais une option acceptable pour les femmes mariées et où les traitements de l'infertilité ne sont souvent pas disponibles. L'infertilité, bien que souvent causée par le partenaire masculin, est attribuée, presque toujours dans les pays en développement, à la femme[74]. Une femme sans enfant est considérée comme un échec et est rejetée par son mari et sa famille, comme le décrivent les études ethnographiques réalisées dans les pays où les « fausses grossesses » semblent être un phénomène moins rare[78-81].

Dans de nombreux pays en développement, des stigmates sociaux sont attachés à l'infertilité [82,83]. Par exemple, les femmes ne peuvent pas rejoindre les groupes sociaux communautaires, puisque l'accès à ce privilège suit la grossesse [84,85].

En Inde, les femmes ont comparé le fait de ne pas pouvoir avoir d'enfant à la perte de contrôle de leur corps. Elles remarquent tout ce qui se passe dans et autour de leur corps, attendant de voir si un changement pourrait finalement être la raison pour laquelle elles ne peuvent pas concevoir [86-88].

En Afrique subsaharienne, l'infertilité qui toucherait un tiers des couples [89], est presque toujours imputée à la femme et entraîne des discriminations et des abus[90].

Dans les pays en développement, la violence à l'égard des femmes stériles se produirait dans 10 à 60 % des cas [91,92].

Le pronatalisme, la croyance selon laquelle la valeur sociale d'une femme est liée à sa production d'enfants, est très répandu dans les pays en développement[93]. Seule la présence d'enfants donne à une femme le droit de partager les biens de son mari en Afrique subsaharienne. L'infertilité peut être un motif valable de divorce ou, dans les sociétés polygames, une justification pour que le mari prenne une autre femme plus fertile [74,94].

Brenner [95] a, quant à lui, évoqué le stress de la "lobola". Il s'agit d'une coutume africaine selon laquelle la famille du marié verse un paiement à la famille de la mariée à condition que la preuve de la fécondité par la grossesse avant le mariage soit apportée.

Dans certaines sociétés traditionnelles, la pression pour produire des enfants est ressentie comme provenant non seulement des membres de la famille mais aussi, et surtout, des ancêtres décédés qui peuvent se sentir lésés par le manque de descendants et se venger[96].

Le rôle des facteurs culturels est évident dans les identifications que les femmes font parfois lorsqu'elles développent une grossesse délirante. Ceci est illustré par Battacharyya et Chaturvedi[6] qui décrivent une femme de Bangalore, en Inde, qui pensait que, lors d'une naissance précédente, elle avait été l'épouse du dieu hindou Lord Rama et était maintenant enceinte de lui. Dans cet exemple, la patiente s'était identifiée à la femme d'un dieu qui est tombée enceinte et a donné naissance à des jumeaux après la séparation du couple.

Les délires de grossesse peuvent également refléter des croyances culturelles selon lesquelles la grossesse peut être provoquée par le "mauvais œil" et des esprits comme le djinn. De la même manière, les délires de grossesse peuvent soutenir la croyance

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

religieuse selon laquelle le Dieu tout-puissant est capable de faire toutes choses, possibles et impossibles. La croyance selon laquelle le pouvoir mystique et les mauvais esprits peuvent provoquer diverses maladies n'est pas rare dans la société sénégalaise.

Par ailleurs, lorsqu'il est courant de croire que ces phénomènes mystiques peuvent provoquer des maladies, la distinction entre une croyance et un délire peut facilement s'estomper, comme en Arabie Saoudite, par exemple, où beaucoup croient que la grossesse ne nécessite pas de contact sexuel, mais peut être provoquée par les esprits[94].

TRAVAIL PERSONNEL

I. METHODOLOGIE :

I.1. Objectif général :

L'objectif de notre étude était d'étudier les mécanismes psychopathologiques en lien avec le délire de grossesse, à partir d'une observation clinique.

I.2. Objectifs spécifiques :

Notre étude avait comme objectifs spécifiques de :

- Etudier les déterminants psychosociaux impliqués dans la genèse du délire de grossesse.
- Apprécier l'impact des facteurs socioculturels sur son développement et son évolution.
- Déterminer les fonctions de ce délire.

I.3. Cadre de l'étude :

Notre étude s'est déroulée au service de psychiatrie du Centre hospitalier national universitaire (CHNU) de FANN à Dakar plus précisément à la division sud.

Cette division d'hospitalisation des malades souffrant de troubles psychiatriques fait partie du service de psychiatrie qui compte, en dehors de l'unité d'hospitalisation, trois autres unités de soins :

- La consultation externe de psychiatrie beaucoup de courriers au juge
- La pédopsychiatrie « Keur Xaleyi »
- Le centre de prise en charge intégrée des addictions de Dakar (CEPIAD)

I.4. Type de l'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective basée sur l'étude d'un cas clinique.

I.5. Recueil des données :

Le recueil des données a été fait à travers la consultation du dossier clinique ainsi que 4 entretiens semi-dirigés faits avec la patiente. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Les entretiens ont été faits seuls avec la patiente sauf pour le 3^{ème} entretien où sa sœur était présente.

I.6. Résultats de l'étude :

Les résultats sont rapportés sous forme d'une observation clinique.

I.7. Aspects éthiques :

L'identité de notre patiente et toute autre référence pouvant permettre son identification a été masquée pour garantir son anonymat.

Nous avons obtenu le consentement libre et éclairé de la patiente au tout début de notre étude.

II. OBSERVATION :

Nous rapportons le cas de Mme E.D. âgée de 61 ans, célibataire sans enfants, actuellement en inactivité, demeurant à Dakar (Sénégal), de nationalité sénégalaise, de confession chrétienne et d'appartenance culturelle Sérère.

Elle a été hospitalisée au service de psychiatrie de la clinique Moussa Diop du CHNU de Fann du 04/01/2019 au 08/02/2019. Elle est amenée le 04/01/2019 à la consultation de la division sud par sa famille pour une symptomatologie faite de : insomnie, agitation psychomotrice, irritabilité, tentatives de fugue et propos incohérents.

L'histoire de la maladie remonterait à environ 10 jours avant l'admission, coïncidant avec le mariage de son neveu, marquée par l'installation d'une insomnie quasi-totale bien tolérée. En effet, malgré le manque de sommeil, elle se sentait en forme toute la journée, faisait des va et vient incessants et tentait parfois de fuguer de la maison. Par ailleurs, elle répétait sans cesse qu'elle préparait son mariage avec un malien, qu'elle détenait des secrets concernant la BCEAO et qu'elle était enceinte.

A noter que ce tableau évoluait dans un contexte de mauvaise observance thérapeutique.

Devant l'aggravation de la symptomatologie, la famille décide de l'amener consulter d'où son admission.

Dans ses antécédents personnels, on retrouve une épilepsie depuis l'âge de 3 ans traitée par Phénobarbital sous fenêtré thérapeutique depuis l'âge de 39 ans suite à l'arrêt des crises. Le dernier EEG fait en 2006 (49 ans) avait montré la présence d'activité paroxystique diffuse. Sur le plan gynéco-obstétrical, elle est nulligeste et nullipare, ménopausée depuis 12 ans. Comme antécédents psychiatriques, on retrouve un suivi à Fann depuis 1983 (26 ans) avec notion de plusieurs hospitalisations en :

- 1983 (26 ans) : syndrome délirant de persécution et mystique, diagnostic de travail = bouffée délirante aigue sur terrain épileptique, traitement de sortie = arrêt des neuroleptiques, seul le Phénobarbital a été gardé.

- 1996 (39 ans) : syndrome délirant de grandeur et de mariage, diagnostic de travail = psychose hallucinatoire chronique (autres troubles psychotiques non organiques (F28) dans la CIM 10), traitement de sortie = Lévomépromazine et Halopéridol

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- 2006 (49 ans) : syndrome maniaque, syndrome délirant de persécution et mariage, diagnostic de travail = trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F31.2), traitement de sortie = Carbamazépine et Halopéridol
- 2011 (54 ans) : syndrome maniaque, syndrome délirant de grossesse, mariage et persécution, diagnostic de travail = trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques (F31.2), traitement de sortie = Lévomépromazine, Halopéridol et Valproate de Sodium.

Une notion de mauvaise observance thérapeutique a été signalée à chaque épisode et les intervalles intercritiques seraient de bonne qualité.

Par ailleurs, on retrouve dans ses antécédents familiaux, un suivi psychiatrique chez son père pour une pathologie non documentée (symptomatologie faite d'agitation psychomotrice et d'irritabilité, d'évolution cyclique) et une notion de troubles psychiatriques non précisés chez une de ses sœurs.

On ne note aucune consommation de substance psychoactive chez notre patiente ni de pratique ancestrale.

Concernant la biographie : Mme E.D. est née le 06 novembre 1957 à la région de Thiès et est issue d'un mariage consanguin et monogame. Son père était ouvrier portuaire à Dakar et sa mère était femme au foyer.

Elle a eu un bon développement psychomoteur. Elle est la 8^{ème} d'une fratrie utérine 13 enfants dont 5 décédés en bas âge. Elle a 5 sœurs et 2 frères vivants, bien portants et ayant tous des enfants à l'exception d'une sœur qui est religieuse et de celle qui présente des troubles psychiatriques.

Il n'y a pas de notion de confiage ni de séparation d'un être cher durant l'enfance.

Scolarisée à l'école française à l'âge de 7 ans, elle était considérée comme une élève moyenne. Elle était dans la même classe que sa petite sœur ce qui la gênait beaucoup « J'étais très triste car ma petite sœur a fini par me dépasser. C'est à cause de mon épilepsie, dit-elle ».

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

Dans son enfance, elle est décrite comme un enfant difficile, très caractériel qui se battait tout le temps ce qui a été à l'origine d'un renvoi disciplinaire de quelques jours de l'école.

Au collège, elle a redoublé la classe 4^{ème} et a refait la 3^{ème} deux fois à Joal et une troisième fois à Dakar. En effet, son père étant malade, la famille a dû déménager pour partir vivre chez son frère à Dakar dans un appartement qu'il louait, pour que ce dernier puisse s'occuper du père.

Durant l'adolescence, la famille rapporte qu'elle était têtue et désobéissante. Elle n'en faisait qu'à sa tête, n'aimait pas étudier, se disputait souvent avec sa mère, s'énervait rapidement et faisait parfois des crises clastiques. Elle se plaignait souvent de marginalisation en rapport avec sa maladie épileptique.

Après avoir échoué une 3^{ème} fois au BFEM, elle finit par quitter l'école à l'âge de 20 ans et s'inscrit dans une formation en céramique pendant 3 ans.

A l'âge de 22 ans, son père décède et Mme E. fut très affectée car était très proche de ce dernier « C'était mon ami, nous étions très proches, dit-elle ».

Après le décès du père, sa mère et elle, se sont installées chez la grande sœur et les relations entre elles seraient devenues conflictuelles.

A noter que la patiente est restée en inactivité professionnelle durant plusieurs années.

Plus tard, alors qu'elle avait 38 ans, sa mère décède d'une tumeur cérébrale selon les dires de la famille. Cet événement aurait été vécu douloureusement par Mme E. qui disait « Certes, j'étais plus proche de mon père, mais le départ de ma mère m'a fait très mal ».

Durant la même année, ses frères et sœurs ont décidé d'ouvrir une boutique située sous le domicile de la grande sœur et la patiente fut chargée de s'en occuper. Selon la sœur, elle travaillait correctement.

Notons que durant le début de l'âge adulte, elle avait le même comportement difficile qu'à l'adolescence mais qu'elle avait progressivement changé après.

Actuellement, elle serait en inactivité depuis quelques mois.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

Concernant sa vie amoureuse : Elle aurait eu un petit ami quand elle était jeune mais la relation n'était pas sérieuse. Ensuite elle serait tombée amoureuse de son médecin à Fann au début de son suivi. Selon ses dires, ces sentiments amoureux auraient duré dix ans même si ce dernier la considérait seulement comme une amie.

Elle n'aurait jamais eu de rapport sexuel car elle voudrait préserver sa virginité jusqu'au mariage, pour des raisons religieuses. De plus, Elle dit vouloir se marier au plus vite pour pouvoir avoir des enfants. Dans ce sens, elle aurait mal vécu le mariage de sa petite sœur « Ca m'a fait mal qu'on donne ma petite sœur en mariage avant moi. »

Elle rapporte par ailleurs que quand sa mère la tapait parce qu'elle n'était pas sage, son père la défendait en disant à sa femme « Arrête de la taper sinon en grandissant elle va fuir les garçons et ne jamais se marier ». Elle évoque cela comme une des raisons de son célibat. L'autre raison est qu'elle n'a jamais connu de garçon sérieux selon ses dires.

Interrogée sur les conceptions de maternité et de féminité, elle disait :

« Pour se sentir réellement femme, il faut être mère. Quand tu as des enfants on te respecte plus et on te considère plus surtout chez nous les sœurs. Quand tu n'as pas de descendance, on t'oublie vite. »

« Etre une bonne mère c'est savoir s'occuper de son enfant, savoir le bercer, le dorloter... »

« Je veux avoir mon propre enfant. Je ne veux pas adopter, ma sœur l'a fait et sa fille adoptive lui cause maintenant énormément de problèmes. En même temps, j'ai peur de l'accouchement, j'en ai vu une fois et ça m'a traumatisée. Ce jour là, je m'étais dit que je n'allais jamais me marier.»

Concernant la dynamique familiale : Elle vit actuellement chez sa grande sœur « A » et ses enfants. Elle entretiendrait de bonnes relations avec toute la famille et serait très proche des petits enfants de sa sœur dont elle s'occuperait souvent.

Elle est décrite par sa sœur comme quelqu'un de calme, doux, généreux et aimant bien les enfants.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

L'examen psychiatrique fait à l'admission a objectivé :

-Un syndrome délirant: à début progressif, à thèmes de persécution, grandeur, grossesse et mariage à mécanismes intuitif et hallucinatoire intrapsychique et cénesthésique, non systématisé, avec une forte adhésion et une réaction à type de tentatives de fugue, de refus du traitement et d'insomnie de réveils multiples bien tolérée.

- Des éléments thymiques à type de : irritabilité, hypermimie, instabilité motrice, logorrhée, diffluence et tachypsychie.

L'examen physique était sans particularités en dehors d'un strabisme de l'œil gauche.

Les hypothèses diagnostiques évoquées selon la CIM 10 étaient :

- Autres troubles psychotiques non organiques, type psychose hallucinatoire chronique (F28) : diagnostic de travail.

- Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique, type psychose épileptique (F06.8).

La conduite à tenir a été de : l'hospitaliser, demander un bilan paraclinique préthérapeutique (NFS, Urée et Créatinine sanguines, Ionogramme sanguin, Transaminases) revenu normal, démarrer un traitement par voie parentérale devant le refus de la voie orale motivé par « le risque de nuire à la grossesse » selon ses dires, à base de : Halopéridol 5mg 1amp*2/jour, Chlorpromazine 25mg 1amp*2/jour et Diazépam 10 mg 1amp*2/jour en intramusculaire et de faire une surveillance régulière de l'état de conscience, des constantes hémodynamiques, de l'apparition d'effets secondaires et de l'efficacité du traitement sur la symptomatologie.

Le relais per os a été fait à J4 d'hospitalisation par : Risperidone cp 2 mg 1cp*2/jour, Chlorpromazine cp 100mg 1cp*2/jour et Valproate de Sodium cp 200mg à raison de 800mg répartis en 3 prises quotidiennes.

L'évolution a été marquée par le rétablissement du sommeil, une régression des éléments thymiques à J19 et la persistance du syndrome délirant. Par ailleurs, elle a présenté une thrombopénie induite par le Valproate de Sodium qui a nécessité la

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

diminution de la posologie à 400mg/j. Un EEG de contrôle a été fait durant son hospitalisation et est revenu normal.

A J28 d'hospitalisation, un entretien fait avec la patiente puis avec sa sœur a retrouvé une persistance du syndrome délirant : Concernant la grossesse, elle disait «A un moment donné, j'étais enceinte, je l'ai su le 17/11/2018 en rentrant du cimetière où je suis allée me recueillir sur les tombes de mes défunts parents. Mon ventre était enflé, j'ai eu des nausées pendant deux mois. C'est le gars de la BCEAO qui m'a mise enceinte par pouvoir mystique. Maintenant je ne suis plus enceinte parce qu'il l'a enlevée mystiquement il y a quelques jours. D'ailleurs mes symptômes sont partis. »

Interrogée sur le vécu de cette grossesse, elle disait : « D'un côté, j'étais contente d'être enceinte. D'un autre, je ne l'étais pas car ça ne s'est pas passé normalement. J'étais enceinte d'un bébé anormal, peut-être un djinn. Je n'étais donc pas triste de le perdre. Par contre, si je tombe enceinte normalement, je vais être très contente. »

Concernant le mariage, elle disait : « Il y a un gars qui travaille à la BCEAO que j'ai rencontré dans un fast food. Au début, il me poursuivait partout, me surveillait à travers des caméras. Je suis tombée amoureuse de lui, ma famille l'a refusé parce qu'il est musulman. Je n'ai pas compris pourquoi. Pourtant mon père, n'a jamais parlé de religion, il disait toujours qu'on pouvait se marier avec qui on voulait. »

« Il faut qu'il vienne demander ma main et qu'on se marie. A la nuit de noces, je serai enceinte, je le sais parce que le bon Dieu m'a donné des dons de savoir. »

A noter que la sœur a nié les propos de la patiente concernant le mariage en disant ne pas connaître le monsieur dont elle parlait. Par ailleurs, elle rapportait qu'à chaque fois qu'il y avait un mariage dans la famille, Mme E. faisait une décompensation et tenait les mêmes propos délirants.

L'exéat a été décidé le 08/02/2019 au bout de 36 jours d'hospitalisation sous : Risperidone 2mg le soir, Chlorpromazine 100mg le soir et Valproate de Sodium 400mg répartis en deux prises matin et soir avec une psychoéducation. Le RDV de contrôle a été fixé à un mois après la sortie.

Au RDV de contrôle le 04/03/19, il y avait une mise à distance du délire, sans critique.

III. COMMENTAIRES :

III.1. Caractéristiques du délire :

Notre cas illustre la présentation typique d'un délire de grossesse, défini comme une fausse croyance ferme et inébranlable d'être enceinte. Cependant, l'absence d'éléments francs de désorganisation, nous a questionné sur le diagnostic et les pathologies reliant délire et grossesse.

Comme nous l'avons signalé plus haut, la littérature rapproche souvent les délires de grossesse des cas de pseudocyesis. Les grossesses délirantes sont des troubles rattachés aux psychoses [97,98] dans lesquelles la patiente ne présente pas de signes de grossesse contrairement au pseudocyesis [25]. Une grossesse délirante a été retenue chez Mme ED. devant l'absence de signes de grossesse.

Concernant les diagnostics psychiatriques sous-jacents aux grossesses délirantes, Bera, retrouve 36 % de patients schizophrènes, 17 % de patients ayant un trouble bipolaire et près de 10 % présentant un épisode dépressif. D'autres auteurs retrouvent des prévalences plus élevées de schizophrénies, jusqu'à 50 % [25]. Rarement, un diagnostic de trouble délirant persistant est retrouvé[99]. Chez notre patiente, un diagnostic d'autre trouble psychotique non organiques, type psychose hallucinatoire chronique a été posé.

Notre patiente a présenté deux épisodes de délire de grossesse durant des décompensations aiguës d'une psychose chronique, ce qui correspond à d'autres cas rapportés dans la littérature [100].

Auparavant, plusieurs études de cas ont souligné le rôle des changements corporels et leur perception comme une expérience anormale dans le développement d'une grossesse délirante[6,101]. Dans notre cas, la patiente a eu un épisode de distension abdominale, qu'elle a mal interprété comme un signe de grossesse et a contribué à la naissance de son délire. Celui-ci a, par la suite, persisté pendant quelques mois malgré la disparition de ce symptôme avec une adhésion tellement forte que la patiente a refusé le traitement à son admission sous-prétexte que celui-ci allait nuire à son bébé.

Par ailleurs, pour Mme ED, la réponse au traitement par antipsychotique a été partielle, le délire ayant simplement été mis à distance sans critique.

Bien que le taux de réponse au traitement antipsychotique, qui semble largement prescrit, se situe autour de 61 % selon Bera[23], les patientes souffrant de grossesse délirante ont été signalées comme étant plus résistantes au traitement que les témoins correspondants[102]. Par conséquent, le traitement de ce type de patients ne devrait pas se concentrer uniquement sur l'élimination des symptômes, mais plutôt sur l'amélioration du fonctionnement. En effet, la prise en charge de ce type de patients doit inclure une psychothérapie cognitive et de soutien en même temps qu'une pharmacothérapie [103].

III.2. Modèles explicatifs et fonctions du délire :

Le traitement par des antipsychotiques est un facteur important, car ils augmentent la sécrétion de prolactine par l'hypophyse antérieure. Cette sécrétion dirige les adaptations métaboliques et comportementales à l'état de grossesse et prépare aux soins de la progéniture. L'hyperprolactinémie induite par les antipsychotiques, pourrait ainsi agir comme déclencheur de croyances délirantes de grossesse chez les patients sensibles[104].

Dans notre cas, la patiente prenait son traitement composé de Lévomépromazine et de Halopéridol, de manière irrégulière avant l'éclosion du délire.

Bien que nous n'ayons pas mesuré la prolactinémie et que les traitements pris puissent augmenter les niveaux de prolactine, cette augmentation est généralement modeste et asymptomatique [105]. Il est donc peu probable qu'elle ait contribué au développement du délire dans notre cas.

Par ailleurs, les modèles explicatifs impliquent également des facteurs psychologiques et socioculturels.

Selon Seeman et d'autres séries de cas [25,106], il semblerait que ces troubles se retrouvent plus fréquemment chez des femmes rencontrant des problèmes d'infertilité, ménopausée ou en pré-ménopause, souvent exemptes de toute pratique sexuelle [14].

Mme ED était ménopausée. De plus, elle semblait être très soucieuse de la bienséance religieuse et de la stricte adhésion aux mœurs sociales. Elle niait tout intérêt pour les expériences sexuelles et affirmait son désir de préserver sa virginité. Ses pratiques en matière de rencontres illustrent ce sentiment. En même temps, ses fantasmes impliquant le désir d'enfants continuaient à évoluer.

Bien que l'on puisse se demander si elle aurait développé un délire de grossesse si elle n'était pas ménopausée ou sexuellement inactive, il semblerait possible qu'une infertilité prolongée, pour quelque raison que ce soit, ait pu conduire au développement éventuel de cette grossesse délirante.

En effet, selon Lapido[107], alors que la perte de l'amour, la perte d'un objet d'amour ou la perte de la fertilité est supposée intervenir dans le développement du pseudocyesis, des mécanismes similaires peuvent être observés dans le développement d'un délire de grossesse.

Dans notre observation, les symptômes de la grossesse seraient apparus immédiatement après son passage au cimetière pour se recueillir sur les tombes de ses défunts parents, selon les dires de la patiente. Ces symptômes pourraient avoir eu pour fonction de compenser le vide engendré par la perte de ces êtres chers, et plus précisément celle du père avec qui elle avait une relation quasi-fusionnelle.

De plus, 4 ans après sa ménopause, elle présentait pour la première fois un nouveau thème de délire, le délire de grossesse. Nous posons l'hypothèse d'un lien psychopathologique entre la perte de la fonction de reproduction d'une part, et les éléments délirants présentés d'autre part ; ces derniers constituant ainsi un mécanisme de défense contre cette perte.

Deutsch[54] a également souligné qu'une grossesse pourrait être utilisée, de manière quasi-magique, pour éviter d'être abandonnée et sans défense. La fonction défensive et restitutive de ce délire est évidente face à l'insécurité extrême à laquelle est confrontée la personne. Comme autre fonction, il servirait à créer une relation objectale fusionnelle, qui rassure, assouvit tous les besoins affectifs et comble tous les manques. [108].

A priori irrationnelle, la construction délirante apparaît alors comme une tentative de lutter contre l'angoisse, d'accéder à une forme de féminité et, petit à petit, de renaître[14].

La perte de statut social, l'isolement social et l'instabilité conjugale, tant pour les hommes que pour les femmes, définissent les conséquences sociales de l'absence de fertilité quelle qu'en soit la cause. Psychologiquement, les femmes perdent leur "féminité" et leur identité de genre lorsqu'elles ne peuvent pas concevoir [90,109].

Dans notre observation, nous avons une femme dont l'histoire démontre une insécurité considérable dans le rôle féminin. En effet, elle a ouvertement exprimé que la procréation était au cœur de son identité féminine en affirmant que « pour se sentir réellement femme, il faut être mère ». Nous pouvons ici invoquer un désir narcissique de normalité qui en se réalisant de manière délirante, gommerait la maladie et permettrait d'être, envers et contre tout, femme tout en éludant soigneusement les questions insolubles de l'amour et de la sexualité.

Comme pour la plupart des troubles psychiatriques, le modèle linéaire de la causalité psychogène ou biologique ne décrit pas ce phénomène de manière adéquate. Sa compréhension nécessite une conceptualisation plus complexe dans laquelle l'esprit, le corps et la culture dépendent inextricablement les uns des autres [110].

La mesure dans laquelle la procréation fait partie de l'identité et de l'estime de soi d'une femme est en partie dictée par la culture. De même, l'état de grossesse est une manifestation publique chargée de sens sociétal et culturel.

En Afrique et dans d'autres sociétés où la fécondité et l'accouchement sont valorisés et célébrés, il semble que l'identité féminine, le respect de soi et l'épanouissement soient mesurés par la réalisation de la conception, faute de quoi l'individu se considère comme un échec ou une personne socialement incompétente [55].

Dans de tels contextes, la capacité de reproduction est donc valorisée pour sa valeur heuristique dans les domaines social, psychologique et économique [62], et l'amour universel et l'attachement à la procréation restent une caractéristique déterminante du statut social des femmes dans ces cultures.

Selon, Ibekwe[55], cet attachement culturel à la naissance et à la procréation émanait, chez les Nigériens, des effets multidimensionnels de la naissance d'un enfant, de la sécurité économique, en particulier dans la vieillesse, de la continuité générationnelle et de l'immortalité par l'identification à ses enfants, et des symboles de statut social et de réussite. Ladipo[107] avait, quant à lui, noté que le désir d'avoir des enfants dans les cultures africaines expose les femmes à différentes formes de stress.

Plus particulièrement, au Sénégal, la naissance d'un enfant permet à la fois à la femme sœur de s'accomplir en tant que « femme-mère », et est aussi un déterminant de la stabilité du couple [111]. L'enfant est donc un être voulu et attendu. D'ailleurs, les différents rituels (encore effectués) depuis la naissance de l'enfant jusqu'au mariage visent à souhaiter une fécondité importante. Par exemple, après la naissance, si l'enfant est de sexe féminin, le prénom d'une grand-mère qui a été très féconde lui est attribué. Ensuite, durant différents rituels (mise au lit, baptême, rasage, etc.), les parents utilisent des feuilles d'arbre neen ou limbi qui ont des propriétés reproductrices reconnues. Par analogie, on souhaite que ces capacités lui soient transmises [112].

De plus, dans la culture chrétienne, la grossesse est considérée comme un "état béni" et elle est accompagnée de respect et de reconnaissance, ce qui peut trouver ses racines dans le culte de la fertilité des peuples archaïques [33].

Pour Mme ED, la grossesse a une importance considérable en tant que symbole de l'épanouissement féminin et aussi en tant que moyen d'accéder à un statut social privilégié : être respectée et considérée et ne pas être oubliée.

Ainsi, le délire lui permettrait d'éloigner la mort qui s'approche ; la peur de mourir étant neutralisée par la production imaginaire de ce corps neuf, source de vie, qui confère l'immortalité. De plus, il restaurerait son narcissisme : elle n'est plus cette image transparente que nul ne voit, mais une femme féconde et digne d'attentions.

Par ailleurs, le délire de grossesse peut se présenter comme une tentative de réalisation de souhaits dans les situations où une patiente est sans enfant (notre cas). Selon Cohen [26], un tel phénomène se rencontre surtout dans les sociétés où les femmes subissent une forte pression culturelle pour avoir des enfants, comme c'est le cas dans la société sénégalaise et particulièrement chez les sœurs. En effet, l'enfant est un bien

économique et une nécessité ontologique [113]. C'est aussi celui qui doit perpétuer le nom familial et la descendance. Ce rattachement au groupe familial fait de l'enfant un bien collectif [114].

Notre patiente était ambivalente au sujet de la grossesse. D'une part, elle voulait accéder à la maternité et d'autre part, elle disait être traumatisée par l'accouchement.

Cette ambivalence a largement été rapportée dans la littérature comme facteur contributif à l'éclosion de ce délire. En effet, celui-ci se développe dans des circonstances où le désir de procréation coexiste avec l'ambivalence et la peur de la grossesse [56,115]. En outre, une grossesse délirante peut protéger ces femmes vulnérables contre les multiples stress et craintes d'une véritable grossesse, d'un véritable travail et d'un véritable accouchement [94].

Enfin, la croyance en la capacité des divinités spirituelles ou de forces mystiques à provoquer une grossesse ont été suggérées comme facteur pouvant entraîner un délire de grossesse [94].

Mme ED expliquait la survenue de sa grossesse sur un terrain d'infertilité et d'absence de relations sexuelles par un phénomène mystique et allait même jusqu'à dire qu'elle était enceinte d'un « djinn ». De telles explications ne sont étrangères à une société sénégalaise encore fortement attachée aux croyances ancestrales et au pouvoir du mysticisme.

En effet, de nombreux rituels et interdits sont observés en milieu sénégalais afin de protéger la femme enceinte et le nouveau-né du fait de leur grande vulnérabilité face aux éventuelles attaques mystiques [115].

L'enfance, objet de représentations sociales, est une question documentée chez les Diolas par Journet [116], chez les Wolofs par Rabain [117] et les Sereer par Dupire [118]. Les représentations qu'analysent ces auteurs restent encore d'actualité chez les Sereer sinig de Niakhar. L'enfant incarne le retour probable d'un ancêtre : la vie du mort se trouve chez celui qui vient de naître. On pense que celui qui a accédé à l'ancestralité peut se réincarner et revenir à la vie, par le biais d'un enfant naissant [112]. C'est ainsi que certaines femmes dans la société sénégalaise, croient à ces grossesses mystiques et pensent être enceintes d'un ancêtre réincarné.

CONCLUSION

LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR

Pour conclure, le délire de grossesse défini par la conviction erronée d'être enceinte, est un symptôme hétérogène qui se manifeste au cours de divers syndromes neuropsychiatriques. Il se manifeste non seulement chez les femmes, mais aussi chez les hommes.

Tout comme le pseudocyesis, dont il se distingue par l'absence de symptômes de la grossesse, ce délire peut avoir de nombreux déterminants socioculturels, psychologiques et biologiques impliqués dans sa genèse.

Afin d'étudier ces différents déterminants, nous nous sommes proposés de faire une lecture psychopathologique de ce délire à travers le cas d'une patiente hospitalisée au CHNU de Fann à Dakar.

Des facteurs biologiques et endocriniens, principalement l'augmentation de la prolactinémie souvent induite par les traitements antipsychotiques, ont été incriminés dans l'éclosion d'une telle production délirante.

De plus, la fertilité semble être au cœur du problème. Ceci est suggéré par le timing du développement du délire qui coïnciderait souvent avec une perte de la capacité de reproduction. La grossesse délirante apparaît ainsi comme un moyen de se prémunir contre cette perte.

Par ailleurs, il paraît évident que ce délire se développe dans une matrice culturelle qui chérit les enfants et touche les individus qui conçoivent la procréation comme un symbole d'épanouissement féminin et de définition de l'identité, qui sont impliqués dans des relations qui sont le plus souvent caractérisées par l'insécurité, l'insatisfaction et un désir intense d'être aimé.

Compte tenu de l'importance des facteurs psychologiques et socio-culturels impliqués dans ce phénomène et dans un souci d'améliorer leur prise en charge, il nous semble important, dans notre pratique psychiatrique, de rechercher les déterminants psychopathologiques incriminés dans ce délire pour pouvoir associer les interventions psychothérapeutiques à la chimiothérapie

Enfin, la littérature sur le sujet semble avoir inclus des études de cas mais des études épidémiologiques descriptives ou de cohorte à grande échelle font défaut. La rareté du

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

délire de grossesse et le manque de données cohérentes sur ses caractéristiques exigent une documentation systématique de la littérature relative à ce symptôme afin d'éclairer la pratique clinique et les recherches futures.

REFERENCES

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [1] Radhakrishnan R, Satheeshkumar G, Chaturvedi SK. Recurrent delusions of pregnancy in a male. *Psychopathology*. 1999;32:1–4.
- [2] Chaturvedi SK. Delusions of pregnancy in men. Case report and review of the literature. *Br J Psychiatry*. 1989;154:716–8.
- [3] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. (DSM V)*. American Psychiatric Association 2013. Washington DC.
- [4] Tarín JJ, Hermenegildo C, García-Pérez MA, Cano A. Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol* 2013;11:39.
- [5] Yadav T, Balhara YP, Kataria DK. Pseudocyesis Versus Delusion of Pregnancy: Differential Diagnoses to be Kept in Mind. *Indian J Psychol Med*. 2012;34:82–84.
- [6] Battacharyya S, Chaturvedi SK. Metamorphosis of delusion of pregnancy. *Can J Psychiatry*. 2001;46:561–562.
- [7] Cruzado-Diaz L, Herrera-López V, Perales-Salazar M. Delusions of pregnancy and pseudocyesis: a brief approach. *Colombian J Psychiatry*. 2012;41:208–216.
- [8] Rosch DS, Sajatovic M, Sivec H. Behavioral characteristics in delusional pregnancy: a matched control group study. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32:295–303.
- [9] Manjunatha N, Sarma PK, Math SB, Chaturvedi SK. Delusional procreation syndrome: A psychopathology in procreation of human beings. *Asian J Psychiatr*. 2010;3:84–86.
- [10] Manjunatha N, Reddy SK, Renuka Devi NR, Rawat V, Bijjal S, Kumar NC, Kishore Kumar KV, Thirthalli J, Gangadhar BN. Delusional Procreation Syndrome: Report from TURUVE CARE Community Intervention Program. *Indian J Psychol Med*. 2013;35:214–216.
- [11] Walloch JE, Klauwer C, Lanczik M, Brockington IF, Kornhuber J. Delusional denial of pregnancy as a special form of Cotard's syndrome: case report and review of the literature. *Psychopathology*. 2007;40:61–64.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [12] Benzick JM. Illusion or hallucination? Cholecystitis presenting as pseudopregnancy in schizophrenia. *Psychosomatics*. 2000;41:450– 452.
- [13] d'Orban PT. Child stealing: A typology of female offenders. *Br J Criminology*. 1976;16:275–281.
- [14] Lechner, É. La vierge noire : délire de grossesse. *Psychologie Clinique* 2018 ; 45(1) : 88-101.
- [15] Jean-Etienne Esquirol, « Délire », *Dictionnaire des sciences médicales*, 1914, p. 251.
- [16] Coltheart M, Langdon R, McKay R. Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophr Bull*. 2007;33:642–647.
- [17] Colheart M. On the distinction between monothematic and polythematic delusions. *Mind Language*. 2013;28:103–11.
- [18] Kornischka J, Schneider F. Delusion of pregnancy. A case report and review of the literature. *Psychopathology*. 2003;36:276–278.
- [19] Haustgen T, Gumpfer S. Gaëtan Gatian de Clérambault (1872–1934) II. Son héritage psychiatrique, *Annales Médico-psychologiques* 2012 ;170(5) :358-363.
- [20] T. Husson, E. Zante, S. Guigueno, M. Rotharmel, S. Haouzir, O. Guillin, S. Tran, Syndrome de Capgras, un cas clinique illustrant le trouble de la reconnaissance affective, *European Psychiatry* 2015 ; 30(8) : S128.
- [21] Michael, A., Joseph, A., & Pallen, A. (1994). Delusions of pregnancy. *British Journal of Psychiatry*, 164, 244–246.
- [22] Milner, G. L., & Hayes, G. D. (1990). Pseudocyesis associated with folie à deux. *British Journal of Psychiatry*, 156, 438–440.
- [23] Bera SC, Sarkar S. Delusion of Pregnancy: A Systematic Review of 84 Cases in the Literature. *Indian J Psychol Med*. 2015; 37(2): 131–137.
- [24] Hardwick PJ, Fitzpatrick C. Fear, folie and phantom pregnancy: Pseudocyesis in a fifteen-year-old girl. *Br J Psychiatry*. 1981;139:558– 60.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [25] Seeman MV. Pseudocyesis, delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World J Clin Cases*. 2014;2:338–44.
- [26] Cohen LM. A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychiatry*. 1982;139:1140–4.
- [27] Sobrinho LG. Emotional aspects of hyperprolactinemia. *Psychother Psychosom*. 1998;67:133–9.
- [28] HIPPOCRATES Oeuvres Computes. Paris, BailHere. Par E. Lettre, 9, 1839.
- [29] Harvey W. The Works of William Harvey (Willis, transl.). London, New Sydenham Society, 1847.
- [30] Esquirol, E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: chez J.B. Ballieres; 1838.
- [31] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. (DSM IV)*. American Psychiatric Association 1994. Washington DC.
- [32] Harland RF, Warner NJ. Delusions of pregnancy in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12:115–7.
- [33] Simon M, Voros V, Herold R, Fekete S, Tenyii T. Delusions of pregnancy with post-partum onset: an integrated, individualized view. *Eur J Psychiatry* 2009; 23: 234–42.
- [34] Tényi T, Herold R, Fekete S, Kovács A, Trixler M. Coexistence of delusions of pregnancy and infestation in a male. *Psychopathology*. 2001;34:215–6.
- [35] Larner AJ. Delusion of pregnancy in frontotemporal lobar degeneration with motor neurone disease (FTLD/MND) *Behav Neurol*. 2008;19:199–200.
- [36] Sultana K, Nazneen R, Ara I. Pseudocyesis: a case report on false pregnancy. *J Dhaka Med Coll*. 2012;21:235–237.

- [37] Yeh YW, Kuo SC, Chen CY. Urinary tract infection complicated by urine retention presenting as pseudocyesis in a schizophrenic patient. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:101.e9–101.e10.
- [38] El Ouazzani B, El Hamaoui Y, Idrissi-Khamlichi N, Moussaoui D. [Recurrent pseudocyesis with polydipsia: a case report] *Encephale*. 2008;34:416–418.
- [39] Manjunatha N, Saddichha S. Delusion of pregnancy associated with antipsychotic induced metabolic syndrome. *World J Biol Psychiatry*. 2009;10:669–670.
- [40] Griengl H. Delusional pregnancy in a patient with primary sterility. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21:57–59.
- [41] Jeanty C, Ismail L, Turner CD. Incidental findings during routine antepartum obstetrical sonography. *J Diagnostic Med Sonography*. 2008;24:344–360.
- [42] Chatterjee SS, Nath N, Dasgupta G, Bhattacharyya K. Delusion of pregnancy and other pregnancy-mimicking conditions: Dissecting through differential diagnosis. *Med J Dr DY Patil University*. 2014;7:369–372.
- [43] Okeke T, Anyaehie U, Ezenyeaku C. Premature menopause. *Ann Med Health Sci Res*. 2013;3:90–95.
- [44] Ayakannu T, Wordsworth S, Smith R, Raghunandan R, Vine S. Pseudocyesis in a teenager using long-term contraception. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27:322–323.
- [45] Riecher-Rössler A, Rybakowski JK, Pflueger MO, Beyrau R, Kahn RS, Malik P, Fleischhacker WW. Hyperprolactinemia in antipsychotic-naïve patients with first-episode psychosis. *Psychol Med*. 2013;43:2571–2582.
- [46] Lfpez MAC, Rodríguez JLR, García MR. Physiological and pathological hyperprolactinemia: can we minimize errors in the clinical practice? In: Nagy GM, Toth BE, editors. *Prolactin*. Rijeka, Croatia: InTech; 2013. pp. 213–230.
- [47] Peuskens J, Pani L, Detraux J, De Hert M. The effects of novel and newly approved antipsychotics on serum prolactin levels: a comprehensive review. *CNS Drugs*. 2014;28:421–453.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [48] Ahuja N, Vasudev K, Lloyd A. Hyperprolactinemia and delusion of pregnancy. *Psychopathology*. 2008;41:65–68.
- [49] Ali JA, Desai KD, Ali LJ. Delusions of pregnancy associated with increased prolactin concentrations produced by antipsychotic treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6:111–115.
- [50] Grover S, Sharma A, Ghormode D, Rajpal N. Pseudocyesis: A complication of antipsychotic-induced increased prolactin levels and weight gain. *J Pharmacol Pharmacother*. 2013;4:214–216.
- [51] Levy F, Mouchabac S, Peretti CS. [Etiopathogeny of the delusion of pregnancy using a literature review: Role of hyperprolactinemia and application of the theory of abductive inference] *Encephale*. 2014;40:154–159.
- [52] Marusic S, Karlovic D, Zoricic Z, Martinac M, Jokanovic L. Pseudocyesis: a case report. *Acta Clin Croat*. 2005;44:291–295.
- [53] Penta ER, Lasalvia A. Delusion of pregnancy in a drug-naïve young woman showing hyperprolactinemia and hypothyroidism: a case report. *Gen Hosp Psychiatry*. 2013;35:679.e1–679.e3.
- [54] Deutsch H. *The psychology of women*. 1 and 2. New York: Grune and Stratton Inc; 1945.
- [55] Ibekwe PC, Achor JU. Psychosocial and cultural aspects of pseudocyesis. *Indian J Psychiatry*. 2008;50:112–116.
- [56] Koic E, Muzinic L, Dordevic V, Vondracek S. Pseudocyesis and couvade syndrome. *Drustvena Istrazivanja. J Gen Soc Issues*. 2002;11:1031–1047.
- [57] Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Chardonnnens D. Imaginary pregnancy 10 years after abortion and sterilization in a menopausal woman: a case report. *Maturitas*. 2004;48:479–481.
- [58] Habek D. Pseudocyesis in peri- and postmenopausal women. *Central Eur J Med*. 2010;5:372–374.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [59] Lindgren BM, Sundbaum J, Eriksson M, Graneheim UH. Looking at the world through a frosted window: experiences of loneliness among persons with mental ill-health. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21:114–120.
- [60] Lennartsson AK, Jonsdottir IH. Prolactin in response to acute psychosocial stress in healthy men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2011;36:1530–1539.
- [61] Skrabic V, Vlastelica Z, Vucinovic Z. Pseudocyesis as a cause of abdomen enlargement in a female adolescent. *Central Eur J Med*. 2011;6:720–722.
- [62] Dafallah SE. Pseudocyesis and infertility. *Saudi Med J*. 2004;25:964–965.
- [63] Makhal M, Majumder U, Bandyopadhyay GK. Psychodynamic and socio-cultural perspective of pseudocyesis in a non-infertile Indian woman: a case report. *M. alaysian J Psychiatry e- journal*. 2013;22(1).
- [64] Jenkins SB, Revita DM, Tousignant A. Delusions of childbirth and labour in a bachelor. *American Journal of Psychiatry*. 1962 ;118:1048–1050.
- [65] Miller LJ, Forcier K. Situational influence on the development of delusions of pregnancy in a man. *American Journal of Psychiatry*. 1992; 149:140.
- [66] Chengappa, K. N. R., Steingard, S., Brar, J. S., & Keshavan, M. S. (1989). Delusion of pregnancy in men. *British Journal of Psychiatry*, 155, 422–423.
- [67] Adityanjee, A. M. (1995). Delusion of pregnancy in males: A case report and literature review. *Psychopathology*, 28, 307–311.
- [68] Varma SL, Katsenos S. Delusion of pregnancy. *Aust NZ J Psychiatry* 1999; 33: 118.
- [69] Ruzanna Z, Marhani M. Bridging a Malay mystical belief and psychiatry: a case of fetus ‘stolen’ by orang bunian in advanced pregnancy. *Malaysian J Psychiatry (e-Journal)* 2010;17:1–4.
- [70] OHENEBA-SAKYI Yaw, 1999, *Female Autonomy, Decision Making, and Demographic Behavior in Africa*, Lewiston, The Edwin Mellen Press.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [71] DAVISON Jean, 1996, *Voices from Mutira: Change in the Lives of Gikuyu Women, 1910-1995*, Boulder & London, Lynne Rienner.
- [72] TETTEY Elisabeth, 2002, *Motherhood : an Experience in the Ghanaian Context*, Ghana University Press, Accra, 2002.9.
- [73] Hugon A. [2005], « L'historiographie de la maternité en Afrique subsaharienne », *Maternités*, n° 21, p. 212-229.
- [74] Upadhyay S. Pseudocyesis. *JNMA J Nepal Med Assoc.* 2008;47:147–150.
- [75] Greil AL, McQuillan J, Slauson-Blevins K. The social construction of infertility. *Sociol Compass.* 2011;5:736–746.
- [76] Chachamovich JR, Chachamovich E, Zachia S, Knauth D, Passos EP. What variables predict generic and health-related quality of life in a sample of Brazilian women experiencing infertility? *Hum Reprod.* 2007;22:1946–1952.
- [77] Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004;63:126–130.
- [78] Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. *Sociol Health Illn.* 2010;32:140–162.
- [79] Hollos M. Profiles of infertility in southern Nigeria: women's voices from Amakiri. *Afr J Reprod Health.* 2003;7:46–56.
- [80] Throsby K, Gill R. "It's different for men" masculinity and IVF. *Men and Masculinities.* 2004;6:330–348.
- [81] Upkong D, Orji E. [Mental health of infertile women in Nigeria] *Turk Psikiyatri Derg.* 2006;17:259–265.
- [82] Papreen N, Sharma A, Sabin K, Begum L, Ahsan SK, Baqui AH. Living with infertility: Experiences among urban slum populations in Bangladesh. *Reproductive Health Matters* 2000; 8: 33–44.
- [83] Umezulike AC, Efetie ER. The psychological trauma of infertility in Nigeria. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 2004; 84: 178–80.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [84] Araoye MO. Epidemiology of infertility: Social problems of the infertile couples. *West African Journal of Medicine* 2003; 22: 190–6 13.
- [85] Hollos M. Profiles of infertility in southern Nigeria: Women's voices from Amakiri. *African Journal of Reproductive Health* 2003; 7: 46–56.
- [86] Riessman CK. Stigma and everyday resistance practices: Childless women in South India. *Gender & Society* 2000; 14: 111–35 22.
- [87] Widge A. Sociocultural attitudes towards infertility and assisted reproduction in India. In E Vayena, PJ Rowe, PD Griffin (eds) *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*. Geneva: WHO, 2005.
- [88] Unisa S. Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-seeking and consequences. *Reproductive Health Matters* 1999; 7: 54–64.
- [89] Adesiyun AG, Ameh N, Bawa U, Adamu H, Kolawole A. Calabash pregnancy: a malingering response to infertility complicated by domestic violence. *West Indian Med J*. 2012;61:198–201.
- [90] Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM. 'Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Hum Reprod*. 2002;17:1663–1668.
- [91] Stephenson R, Koenig MA, Ahmed S. Domestic violence and symptoms of gynecologic morbidity among women in North India. *Int Fam Plan Perspect*. 2006;32:201–208.
- [92] Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora OU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med*. 2007;16:375–377.
- [93] Rouchou B. Consequences of infertility in developing countries. *Perspect Public Health*. 2013;133:174–179.
- [94] Qureshi NA, Al-Habeeb TA, Al-Ghamdy YS, Abdelgadir MH, Quinn JG. Delusions of pregnancy in Saudi Arabia: a socio-cultural perspective. *Transcult Psychiatry*. 2001;38:231–242.
- [95] Brenner BN. Pseudocyesis in Blacks. *South African Medical Journal*. 1976;50:1757-1759.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [96] Mutia B. Performer, audience, and performance context of Bakweri pregnancy rituals and incantations. *Cahiers d'Etudes Africaines*. 2005;1:218–237. Available from: <http://etudesafricaines.revues.org/4942>.
- [97] P. Guilfoyle, H. O'Brien, S.T. O'Keeffe. Delusions of pregnancy in older women: a case series. *Age Ageing*, 44 (2015), pp. 1058-1061.
- [98] M. Sisek-Šprem, V. Baric, M. Herceg, et al. Delusion of pregnancy – Case series of seven patients. *IJMPCR*, 3 (3) (2015), pp. 57-63.
- [99] Meudal J, Sabbagh O, Lejoyeux M. Mme V. Grossesse délirante en pré-ménopause. *Encephale*. 2020 Feb;46(1):78-79.
- [100] Shiwach RS, Dudley AF. Delusional pregnancy with polydipsia: a case report. *J Psychosom Res*. 1997;42(5):477- 480.
- [101] Rajagopalan M, Varma SL. Urinary tract infection and delusion of pregnancy. *Aust N Z J Psychiatry* 1997;31:775-6.
- [102] Rosch DS, Sajatovic M, Sivec H. Behavioral characteristics in delusional pregnancy: A matched control group study. *Int J Psychiatry Med* 2002;32:295-303.
- [103] Goyal SG, Mahapatra A, Goyal PK, Khandelwal SK. Delusion of triplet pregnancy in abdominal cavity: A case report with a review of literature. *Indian J Psychol Med* 2017;39:509-11.
- [104] Shankar R. Delusion of pregnancy in schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1991;159:285–6.
- [105] La Torre D, Falorni A. Pharmacological causes of hyperprolactinemia. *Ther Clin Risk Manag* 2007; 3: 929–51.
- [106] N. Kettani, S. Rharrabti, H. Hlal, et al. Délire de maternité dans les suites d'un pseudocyesis. Service de Psychiatrie, CHU Hassan II, Fès, Maroc (2013) [Congrès de L'Encéphale, Poster : PO.038].
- [107] Ladipo O. Pseudocyesis in infertile patients. *Int J Gynaecol Obstetrics*. 1979;16:421–9.

**LECTURE PSYCHOPATHOLOGIQUE D'UN DÉLIRE DE GROSSESSE : RAPPORT
D'UNE OBSERVATION CLINIQUE COLLIGÉE AU SERVICE DE PSYCHIATRIE
DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL UNIVERSITAIRE DE FANN À DAKAR**

- [108] jzinetti.canalblog.com [En ligne]. Paris(France) : Zinetti J; 2014. Dossier psy : Les idées délirantes de grossesse chez la femme âgée [modifié le 16 juillet 2014 ; cité le 13 juin 2020];[environ 2 écrans]. Disponible sur <http://jzinetti.canalblog.com/archives/2014/07/16/30261822.html>
- [109] Dyer SJ, Abrahams N, Mokoena NE, van der Spuy ZM. 'You are a man because you have children': Experiences, reproductive health knowledge and treatment-seeking behaviour among men suffering from couple infertility in South Africa. *Human Reproduction* 2004; 19: 960–7 16.
- [110] Whelan, C. I., & Stewart, D. E. (1990). Pseudocyesis—A Review and Report of Six Cases. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 20(1), 97–108.
- [111] Dial F.B., 2008, Mariage et divorce à Dakar : itinéraires féminins, Paris, Karthala-Crepos, Coll. Hommes et Sociétés.].
- [112] Faye, SL. Du sumaan ndiig au paludisme infantile : la dynamique des représentations en milieu rural sereer sinig (Sénégal). *Sciences sociales et santé* 2009 ; 27(4) : 91-112.
- [113] Erny P., 1987, L'enfant et son milieu en Afrique Noire, Essai sur l'éducation traditionnelle, Paris, L'Harmattan.
- [114] Barglow P, Brown E. Pseudocyesis. In: Howells JG, editor. *Modern perspectives in psycho-obstetrics*. Edinburgh: Oliver and Boyd; 1972. p. 53-67.
- [115] Bâ, I., Camara, M. & Sandri, R. Les rituels de la naissance au Sénégal. Dans : Rosella Sandri éd., *Le bébé et son berceau culturel: L'observation du bébé selon Esther Bick dans différents contextes culturels*. Toulouse, France: ERES, 2018, p. 31-43.
- [116] Journet O., 2005, Un enfant qui ne vient que pour repartir. Reconstructions rituelles en Afrique de l'Ouest, In : Clerget J., ed., *Bébé est mort*, Paris, Érès, 29-46.
- [117] Rabain J., 1994, L'enfant du lignage : du sevrage à la classe d'âge chez les wolofs du Sénégal, Paris, Payot, Coll. Bibliothèque Scientifique.
- [118] Dupire M., 1999, Divination et pouvoir local. Variations sénégalaises. *Le saltigi sereer, Gradhiva* (n° spécial : Observer l'animal), 25, 45-63.

RÉSUMÉ

Le délire de grossesse est défini comme une fausse croyance ferme et inébranlable d'être enceinte. Bien qu'une distinction ait été établie avec le pseudocyesis, les deux phénomènes ont été conceptualisés comme se produisant sur un continuum.

En exposant ce travail, l'objectif général était d'étudier les mécanismes psychopathologiques en lien avec ce délire à travers une observation clinique.

Pour cela, nous avons présenté le cas d'une patiente psychotique chronique âgée de 61 ans, hospitalisée au service de psychiatrie du CHNU de Fann, qui a présenté un délire de grossesse de manière récurrente au cours de ses nombreuses rechutes psychotiques.

Bien que nous n'ayons pas pu les évaluer dans notre cas, mais des facteurs neuroendocriniens, principalement l'augmentation de la prolactinémie, ont été incriminés dans l'éclosion d'une telle production délirante.

D'autres aspects psycho-socio-culturels en lien avec ce délire ont été identifiés.

Outre son rôle protecteur et de réalisation des souhaits, la grossesse délirante permet de se prémunir contre la perte de l'amour ou de l'objet aimé, ici la fertilité. En effet, le moment de l'émergence du délire coïncide souvent avec les premiers stades de la ménopause, ce qui laisse supposer qu'un tel délire sert à compenser la perte de la fertilité.

En Afrique et dans d'autres sociétés où la fécondité est valorisée, l'identité féminine, le respect de soi et l'épanouissement sont souvent étroitement liés à la procréation, faute de quoi la femme se considère comme une personne socialement incompétente. C'est ainsi que cette matrice culturelle sert à développer et alimenter ce délire de grossesse.

Au vu de cette lecture psychopathologique, il nous semble important de tenir compte de tous les facteurs impliqués et d'associer les interventions psychothérapeutiques au traitement médicamenteux dans la prise en charge de ce délire.

Mots clés : Grossesse – Délire - Psychopathologie