
**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET
DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO**



FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année Universitaire 2014-2015

Thèse N°/___/

TITRE :

**Etude épidémiologique-clinique des
psychoses puerpérales dans le
service de psychiatrie du CHU du
Point G.**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le / / /2015 devant la Faculté de
Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par Hawa TOGOLA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Présidente : Pr SY Assitan SOW

Membres : Pr GUINTO Cheick Oumar

: Pr TOGORA Arouna

Directeur de thèse : Pr COULIBALY Bakoroba

DEDICACES

Je dédie ce travail à ma famille à qui, je dois tout.

REMERCIEMENTS

A Dieu

Je remercie Dieu le créateur suprême, le clément le très miséricordieux de m'avoir donné la vie et d'y veiller, la santé et le courage nécessaires pour la réalisation de ce travail.

A mon Papa, Yaya TOGOLA

Papa, les mots me manquent pour exprimer ce que je ressens pour toi en ces temps importants. Mais je peux déjà te dire qu'au delà de mes difficultés à moi, je sais que tu as aussi souffert pour que ce jour arrive. En bon père, tu t'es toujours battu pour l'avenir de tes enfants, leur bien être et le bonheur de la famille. Alors Papa merci pour l'éducation que j'ai reçu de toi, car c'est le socle de ce que je suis, merci de n'avoir jamais douté de mes capacités.

A ma maman, Salimata BALLO

Depuis l'enfance, tu as guidé mes pas dans ce monde, me donnant le meilleur de toi et tes conseils multiples pour surmonter les épreuves de la vie, merci pour ton soutien qui ne m'a pas fait défaut pour la réalisation de ce travail qui est le tien, merci pour les petits mots d'amour si réconfortant depuis mon enfance.

A mes frères

Adama TOGOLA, Malamine TOGOLA, merci d'être toujours à mes côtés.

A mon époux

Madou SISSOKO, merci pour ton soutien.

A ma fille

Nassoun SISSOKO, longue vie à toi, que Dieu te bénisse.

Au Professeur Bakoroba COULIBALY

Cher maître, transmettre son savoir et sa connaissance aux autres est un acte de foi, un devoir sacré de valeur inestimable. Ayant accepté de nous transmettre cette richesse infinie, nous ne saurions trouver les mots exacts pour vous exprimer notre très grande reconnaissance.

Aux Dr Mariam SIDIBE, Dr Eloi Apérou DARA, et Dr Zoumana DIARRA.

Vous m'avez guidé dans le service, vous resterez l'une de mes meilleures références tant sur le plan professionnel que humain. Vos conseils prodigués avec pédagogie, votre grande disponibilité m'ont rendu la tâche plus facile. Que Dieu vous bénisse.

A mes aînés du service

Dr Eloi Apérou DARA, Dr Mariam SIDIBE, Dr Zoumana DIARRA, Dr Mamadou DIABATE, Dr Talibé KAMISSOKO, Dr Souleymane dit Papa

COULIBALY, Dr Ouattara Kadiatou TRAORE, Dr Mamadou KONE, Dr Zoua KAMATE, merci pour tous vos soutiens.

A mes camarades et cadets du service

Bakary DEMBELE, Dr Marc FOMGBA, Naapa Moussa DANSOKO, Maïmouna DIOP, Aminata SAMAKE. Sauvegardez les acquis et bon courage.

A tout le personnel de la psychiatrie.

A mes amis

Dr TRAORE Fatoumata TRAORE, Dr DIAWARA Kadiatou Adama, Dr KEITA Aminata Saran SIDIBE, Mme KONE Fatoumata MARIKO, ce travail est aussi le vôtre.

PRÉSIDENTE DU JURY, PROFESSEUR SY Assitan SOW

Professeur honoraire de gynécologie et d'obstétrique à la FMOS.

Présidente de la société malienne de gynéco-obstétrique.

Chevalier de l'ordre national du Mali.

La promptitude avec laquelle vous avez accepté de présider ce travail est, et restera un souvenir fort et inébranlable pour nous.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,
Professeur GUINTO Cheick Oumar**

- Maître de conférences agrégé en Neurologie,**
- Maître de conférences à la FMOS**
- Responsable de l'enseignement de neurologie à la
FMOS**
- Praticien hospitalier au CHU du Point G**
- Chef de service de neurologie du CHU du Point G**

Homme simple et maître patient, notre admiration est grande et notre gratitude à votre égard est éternelle.

**A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,
Professeur TOGORA Arouna**

- **Maître de conférences à la FMOS,**
- **Psychiatre et Pédopsychiatre au CHU du Point G.**

Nous sommes ravis que vous ayez accepté de siéger dans ce jury.

Votre sens social, votre ténacité dans le travail et votre simplicité ont su éveiller en nous admiration, et respect.

Cher maître, nous vous prions d'accepter le témoignage de nos sentiments distingués et très respectueux.

**A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THESE,
Professeur COULIBALY Bakoroba**

- Maître de Conférences de Psychiatrie à la FMOS,**
- Coordinateur de D E S de Psychiatrie,**
- En service à l'hôpital du Point-G.**

Cher Maître,

Ce travail est vôtre; vous avez fait preuve d'une large disponibilité dans sa réalisation. Votre humanisme et votre simplicité font de vous une référence.

Votre souci pour la formation de la relève est reconnu de tous.

Pendant notre séjour au service de psychiatrie, nous avons apprécié la compétence avec laquelle vous vous acquittez de votre devoir de médecin et surtout de formateur.

Nous ne saurons oublier les mots d'encouragement et de réconfort que vous avez eus à notre endroit tout au long de ce travail.

Permettez nous ici cher Maître, de vous réitérer nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

ACTD= Antécédent.

BDA= Bouffée Délirante Aiguë.

CHU= Centre Hospitalier Universitaire.

CIM10= Classification internationale des maladies

CPN = Consultation Périnatale

DCI= Dénomination Commune Internationale.

DG= Directeur Général.

DGA= Directeur Général Adjoint.

DSM= Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder.

FMOS= Faculté de Médecine d'Odontostomatologie.

IMG= Interruption Médicale de Grossesse.

IVG= Interruption volontaire de Grossesse.

NFS= Numération Formule Sanguine.

PMD= Psychose Maniaco-dépressive.

VIH= Virus de l'Immunodéficience Humaine.

VS= Vitesse de Sédimentation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
I- OBJECTIFS.....	3
II- GENERALITES.....	4
III- METHODOLOGIE.....	29
IV- RESULTATS.....	35
V- COMMENTAIRES ET DISCUSIONS.....	47
CONCLUSION.....	52
RECOMMANDATIONS.....	53
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	58

INTRODUCTION :

Dans toutes les cultures, la grossesse et l'accouchement font l'objet d'un certain nombre de représentations mentales d'ordre mystique, magique, ou religieux qui sont à la base de nombreuses pratiques. Ainsi dans la quasi-totalité des cultures, il existe des pratiques et des rituels qui visent à protéger la mère et l'enfant à venir. Dès lors on comprend que les risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement sont reconnus dans toutes les cultures depuis longtemps.

Parmi les multiples risques encourus (hémorragies, dystocies, fausses couches...) pour la mère, les troubles psychiques de la grossesse et de l'accouchement ont été identifiés et seraient selon certaines croyances traditionnelles la conséquence d'agression extérieure maléfique, de perturbation à l'intérieur du corps ou liés à l'individu lui-même. [1].

La recherche d'une étiologie connue a fait l'objet de nombreuses controverses. Aucune hypothèse formulée n'a pu jusqu'à présent aboutir à des conclusions satisfaisantes et surtout concordantes.

Le concept de psychose puerpérale diffère selon les écoles. Si l'école française reconnaît à la psychose puerpérale comme étant une entité clinique autonome, il n'en est pas de même dans la nosographie anglaise [1].

L'évolution clinique pose un problème de diagnostic ; pour certains auteurs, les rechutes fréquentes en dehors d'une grossesse ultérieure doivent faire réviser le diagnostic de psychose puerpérale pour celui de psychose <<tout court>> ; le passage à la chronicité pose le problème de diagnostic de départ. [1].

En 1976, GUEYE. M au Sénégal [1] a rapporté que sur 3ans d'hospitalisation psychiatrique dans le service des femmes, les psychoses puerpérales s'élevaient à 27,5%.

Selon DURANT- COMIOT M.L. la pathologie psychiatrique fréquemment rencontrée chez la femme en Afrique, est du groupe des psychoses puerpérales et certaines statistiques font état d'une hospitalisation sur trois portant ce diagnostic, proportion énorme par rapport aux chiffres retenus en Europe depuis le siècle dernier qui retenait 0 à 5% selon les auteurs et les lieux.

Dans les pays occidentaux, dans la population générale, la fréquence des hospitalisations en psychiatrie (tous diagnostics confondus) au cours de la puerpéralité varie de 1 à 2 pour mille accouchements. HEMPHIL et al. ont

observé un taux moyen de 1,4% de l'ensemble des grossesses et accouchements et une fréquence des hospitalisations psychiatriques en Occident de 4% en moyenne avec des extrêmes allant jusqu'à 13% en pays économiquement défavorisé. [1].

Selon RAOUX D. et CAYOLE F. [2] les psychoses puerpérales représentent 2 à 5% de l'ensemble des troubles psychiques. Au Maroc une étude concernant les troubles psychotiques de la puerpéralité sur 10 ans a retrouvé 38% de femmes déprimées [3], et au Sénégal sur 334 patientes hospitalisées, GUEYE a trouvé 92 cas de psychoses puerpérales dont 35,9% de psychose délirante aiguë. [4].

Au Mali, DIARRA S. [1] en 2003 a trouvé dans son étude, au service de psychiatrie de l'hôpital du point G. 7,50% de psychose puerpérale sur 1656 consultations. Depuis cette première étude, il n'y a pas eu d'autres travaux sur le sujet ; d'où notre motivation à apporter notre modeste contribution à l'étude du sujet.

I-OBJECTIFS :

OBJECTIF GENERAL :

Etudier sur le plan épidémiologique les psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du C H U du point G.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- 1) Déterminer la fréquence des psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du C H U du point G.
- 2) Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des malades.
- 3) Déterminer les différents tableaux cliniques de psychose puerpérale rencontrés au service de psychiatrie du Point G.

II- GENERALITES

1-DEFINITION :

Le terme puerpéralité (du latin puerpera : femme accouchée) désigne la période qui suit l'accouchement jusqu'au retour des couches c'est-à-dire jusqu'à la réapparition des règles. [1].

Les psychoses puerpérales sont décrites comme des bouffées délirantes polymorphes avec éléments confusionnels et thymiques, de symptomatologies changeantes et d'évolution fluctuante. [3].

2-HISTORIQUE ET CLASSIFICATION : [5, 6, 7, 8, 9].

C'est au XIXe siècle que l'attention se porte pour la première fois sur les troubles psychiques liés à la puerpéralité. Les pionniers dans ce domaine furent Esquirol (1839) et surtout son élève Louis Victor Marcé qui écrira en 1858 un livre intitulé : "le traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales ". Ces auteurs, tout en soulignant les particularités cliniques et évolutives des tableaux décrits, ne leur trouvaient pas de différences fondamentales avec les formes aiguës d'aliénation hors puerpéralité, manie et mélancolie notamment. Par la suite, leur statut nosographique a été très controversé. Les classifications actuelles ne leur accordent guère de spécificité.

Au niveau de la CIM-10, on retrouve la catégorie peu spécifique des « troubles mentaux et du comportement associés à la puerpéralité non classés ailleurs » avec une limitation dans le temps aux 6 semaines suivant l'accouchement. Le DSM-IV évoque les « troubles thymiques » ou le « trouble psychotique bref » survenant dans les 4 semaines qui suivent l'accouchement, période des changements hormonaux supposés contribuer au déclenchement de ces troubles. Toutefois, dans la mesure où des facteurs psychosociaux seraient également en jeu, la plupart des auteurs et chercheurs dans ce domaine retiennent une période de 6 mois pour le post-partum et d'autres vont jusqu'à un an après l'accouchement.

3- EPIDEMIOLOGIE :

Les statistiques sont difficiles à établir :

La fréquentation des hôpitaux psychiatriques, tous diagnostics confondus au cours de la puerpéralité varie de 1 à 2 pour milles accouchements dans la

population générale. La fréquence des psychoses puerpérales est de 2 à 5% de l'ensemble des troubles psychiques.

- La dépression gravidique touche environ 10 à 15 % des femmes enceintes.
- La dépression du post-partum touche environ 15 % des accouchées.
- Seule 10 % des dépressions du post-partum seraient diagnostiquées et traitées.
- L'incidence des psychoses puerpérales est estimée à 0,2 % de la population.

Il faut noter que le syndrome dépressif et les troubles névrotiques sont plus fréquents pendant la grossesse, tandis que le post-partum blues, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale sont plus fréquents après l'accouchement.

4- ETIOPATHOGENIE :

Les manifestations psychiatriques de la grossesse et du post-partum ne peuvent se comprendre que parce que l'événement de la maternité est à resituer 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.

L'état psychique maternel évolue depuis les dernières semaines de la grossesse jusqu'au post-partum pour permettre l'installation de ce que Winnicott a nommé « la préoccupation maternelle primaire » c'est-à-dire une hypersensibilité transitoire de la mère à son nouveau-né et une attention toute particulière de celle-ci aux besoins de l'enfant. Cet état physiologique et transitoire permet d'assurer au nouveau-né un sentiment de continuité psychique et aux liens mère-bébé de s'établir, ce qui est essentiel pour le devenir psychique du bébé. Plusieurs types de facteurs sont à prendre en compte dans le déclenchement des pathologies puerpérales :

► **Les facteurs psycho dynamiques** semblent avoir un rôle essentiel : le travail psychique de la maternité remet en question les étapes du développement psychosexuel de la petite fille et réactualise ses fantasmes œdipiens infantiles. Il interroge également le désir d'enfant.

La grossesse peut s'intégrer alors dans une expérience œdipienne non élaborée, laissant affleurer des fantasmes d'inceste avec sentiments de honte et de culpabilité, d'autant plus qu'il y a eu expérience(s) réelle(s) d'inceste. Il modifie de plus le statut de la femme qui de fille devient mère.

► **Les facteurs liés à une vulnérabilité psychique antérieure à la grossesse** représentent des facteurs de risque certains pour le développement d'une pathologie du post-partum : épisode de psychose dysthymique puerpérale ; maladie maniaco-dépressive ; personnalité immature, schizoïde ; psychose chronique schizophrénique ; névrose grave.

► **Les facteurs de stress :**

- **Facteurs biologiques** : l'ampleur des bouleversements endocriniens est évoquée comme facteur étiologique des pathologies puerpérales.

- **Facteurs gynécologiques et obstétricaux** : mort in utero, interruption médicale de grossesse lors d'une précédente grossesse, craintes pour la santé de l'enfant, accouchement difficile et douloureux, hémorragies, dystocie, césarienne (surtout sous anesthésie générale), accouchement prématuré, primiparité.

► **Les facteurs psychosociaux et l'histoire personnelle des parents** sont également importants à prendre en compte. Il s'agit de facteurs socio-économiques, environnementaux, circonstanciels. L'absence de support social et le stress existentiel favorisent une désorganisation pathologique (mère seule ou

sans repères familiaux, dissensions conjugales, perte d'un parent ou d'un enfant antérieurement, conditions sociales défavorables).

► **Les facteurs culturels** sont importants comme l'ont montré les travaux récents sur les femmes migrantes. La migration est en particulier un facteur de risque pour la dépression tardive du post-partum.

La langue et les représentations culturelles de la grossesse et de l'enfant doivent être prises en compte dans la prévention et le soin des femmes migrantes enceintes ou récemment accouchées.

5-ETUDE CLINIQUE :

5-1- La grossesse :

5-1-1- La crise identitaire de la grossesse et les troubles psychiques transitoires :

Il s'agit d'une crise narcissique avec sensation de plénitude, de complétude, troubles émotionnels et modification du caractère.

Ces symptômes sont dus aux transformations corporelles et aux changements d'identité liés au statut social et familial (passage du statut de fille à celui de mère, non spécifique toujours d'une première grossesse).

Les troubles présentés au cours des trois trimestres de la grossesse sont variables:

Au cours du 1er trimestre, la labilité émotionnelle est importante. Elle se caractérise par des moments d'anxiété, une irritabilité, un vécu dépressif sans manifestation clinique de dépression. Ces états transitoires sont quasi constants et sous-tendus par la peur d'avoir un enfant anormal, de le perdre, « de ne pas être à la hauteur », de décevoir. Alors que le bébé n'est pas encore perçu directement, la femme enceinte manifeste fréquemment des « envies » alimentaires compulsives, des nausées et des vomissements auxquels contribueraient des facteurs hormonaux.

Au cours du 2e trimestre, l'instabilité émotionnelle et l'angoisse diminuent, la réalité de la grossesse étant mieux perçue (mouvements fœtaux, échographies.)

Au cours du 3e trimestre, l'angoisse maternelle se centre sur la peur de l'accouchement et de l'anormalité de l'enfant.

Ces symptômes ont une valeur d'adaptation non pathologique a priori. Ils ne le deviennent qu'en fonction de leur intensité.

La grossesse en particulier la première est une période de vulnérabilité psychique importante en raison de l'intrication de trois facteurs potentiellement pathogéniques :

● Le facteur psychologique

- Accession au statut de mère;
- Réactualisation du conflit œdipien;
- Importance et place de la grossesse pour la mère et pour le père : acceptation ou non d'une nouvelle naissance;
- Représentation fantasmatique et place de l'enfant à venir ;
- Evolution de la relation entre les deux parents et stabilité du couple ;
- Peur d'une anomalie à la naissance : crainte d'une malformation fœtale.

● Le facteur biologique

- Bouleversement du statut hormonal habituel pendant la grossesse,
- La délivrance, la lactation.

● Le facteur sociologique

- Statut économique actuel ;
- Modification de la situation professionnelle ;
- Bénéfices sociaux de la situation et de "mère de famille" de la femme enceinte ;
- ✓ Influence famille entourage
 - le rang du futur enfant dans sa fratrie
 - les antécédents obstétricaux
 - le modèle constitué par les grossesses de la mère ou d'autres femmes de l'entourage
 - la restauration narcissique apportée par la grossesse face à l'angoisse de castration.
 - La confrontation de l'enfant réel à l'enfant imaginaire
 - crainte du déroulement de la grossesse, de l'accouchement.

5-1-2- Vécu de la grossesse en Afrique, plus spécifiquement au Sud-Bénin.

La période de la grossesse est vécue comme une période dangereuse pour la femme enceinte. On considère qu'en ce moment elle est très fragile et «ouverte» à tous les dangers. Traditionnellement, on estime qu'elle a un pied dehors et un pied dans la tombe. Les idées de persécution véhiculées autour d'elle depuis son enfance n'arrangent rien. Elle vit dans la méfiance en suspectant :

- **sa ou ses coépouses**, si elle vit dans un système polygamique,
- **ses belles-sœurs** et sa belle-mère si les relations à la belle famille étaient mauvaises.
- Les membres de sa famille qui seraient jaloux d'elle ou de son mari.

Elle craint qu'on l'atteigne par sorcellerie ou par maraboutage c'est-à-dire qu'on lui envoie de mauvais esprits.

Il faut noter que la femme enceinte doit respecter des interdits du fait de son état: interdit d'aliments, de lieux à fréquenter, d'heure de circulation.

Dans ce contexte, la femme est très anxieuse ne sachant déjà pas si son enfant sera normal ou pas, s'il correspond au sexe attendu et si l'accouchement sera facile ou pas.

5-1-3- Les manifestations psychiques au cours de 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. Cependant dans 10 à 20 % des cas, leur intensité nécessite des soins spécifiques. 2,5 % revêtiront un caractère de gravité et nécessitent alors une prise en charge pluridisciplinaire en milieu hospitalier.

❖ Troubles anxieux

Soulignons qu'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.

➤ **Syndrome dépressif mineur**

- les symptômes durent au minimum une semaine (selon le D.S.M.IV) avec un tableau habituel associant dysphorie, asthénie, ruminations anxieuses, insomnies, plaintes somatiques, vomissements parfois incoercibles, perte ou prise de poids.

➤ **Syndrome dépressif majeur**

Plus rare pendant la grossesse, ses signes sont ceux d'une dépression classique : ralentissement psychomoteur, asthénie, anorexie, crises de larmes itératives, sentiment d'impuissance et d'incapacité, de honte, de culpabilités, redoublées par la crainte que ce malaise ne nuise au fœtus et/ou n'aboutisse à un avortement. Des idées suicidaires peuvent parfois s'ajouter.

De manière générale, une dépression clinique pendant la grossesse n'est pas prédictive d'un état dépressif dans le post-partum.

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.

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.

❖ **Le déni de grossesse**

Fréquence estimée à 3 pour 1000 accouchements. S'observe chez des femmes d'âge variable, de tous milieux sociaux, primipares ou multipares, sans antécédents psychiatriques majeurs sauf quelques cas de schizophrénie ou d'arriération. Une complaisante somatique (pas de nausées, pseudo-menstruations, faible prise de poids) et une étonnante "cécité" des proches participent à cette non-reconnaissance de la grossesse. Le déni peut-être total, persistant jusqu'à un accouchement en général rapide, parfois une expulsion brutale dans les toilettes du domicile. D'autres fois le déni est partiel : la grossesse est découverte au-delà du 5^e mois, par la parturiente elle-même ou par un médecin consulté pour un autre problème, mais la prise de conscience est plus ou moins refoulée, l'éventualité d'une naissance magiquement annulée. La femme se comporte comme si elle n'était pas enceinte. Dans le déni de grossesse, le processus de maternalité est bloqué sous peine d'être traumatique. Les déterminants psychiques et sociaux varient d'une femme à l'autre.

5-2- Le post-partum

Les enquêtes récentes montrent que la très grande majorité des troubles psychiatriques aigus du post-partum (au moins 70%) répondent aux critères de troubles de l'humeur (1/3 de manie ou d'état mixte, 2/3 de dépression majeure). Les BDA représentent 10 à 25% et les décompensations schizophréniques moins de 5%.

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.

Le post-partum blues :

Historiquement nommé le « syndrome du troisième jour », il survient entre le 2^e et le 5^e 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 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...

Dans 10% des cas 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.

5-2-1- 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.

La fréquence des psychoses puerpérales proprement dites (2 à 5‰) apparaît en France en léger déclin par rapport au siècle dernier. L'amélioration des conditions médico-sociales semble avoir été déterminante.

Par contre, les états dépressifs du post-partum sont en constante augmentation (15 à 20 %) et représentent à l'heure actuelle un véritable problème de santé publique.

Le pédopsychiatre est ici particulièrement attentif à l'impact de la pathologie de la mère sur le développement de l'enfant et sur leurs relations. Le risque d'infanticide, inhérent à ce type de pathologie, doit toujours être une préoccupation non seulement pour les psychiatres, mais aussi pour les

gynécologues –obstétriciens. Les soins à apporter à la mère prennent donc une valeur de prévention pour l'enfant.

❖ **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 contemporains du sevrage. Actuellement, on considère que la majorité des psychoses du post-partum sont des psychoses dysthymiques. Elles revêtent alors une allure particulière du fait d'une désorganisation profonde de la conscience et des fluctuations thymiques amples et rapides.

➤ Les états psychotiques aigus confuso-délirant

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 (utérus en particulier), 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.

- ✓ à 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 (confusion). 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 polymorphe, 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 types schizophrénique. L'épisode peut rester unique ou se répéter à l'occasion de grossesse(s) ultérieure(s).

➤ *Les épisodes thymiques majeurs*

Ils débutent classiquement plus tard que les états psychotiques aigus, parfois même 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 sont toujours à redouter, surtout lorsque l'auto-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.

5-2-2- Les états dépressifs non mélancoliques

❖ **Les dépressions « mineures » du post-partum**

La fréquence de ces dépressions (15 à 20% des mères) et leur répercussion sur le développement du jeune enfant a été longtemps méconnue et minimisée. Ces épisodes dépressifs surviennent dans l'année qui suit l'accouchement, dans les deux tiers des cas dans les 3 à 6 semaines qui suivent l'accouchement.

La symptomatologie fait parfois suite à celle du post-partum 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 par 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 évitement 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 s'il 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 ou le personnel de P.M.I. 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 disharmonieux de l'enfant.

❖ **Le cas particulier des dépressions post-abortum (après IVG), après mort in utero et/ou interruption médicale de grossesse (IMG)**

Elles sont classiquement plus rares, mais en fait souvent méconnues.

Les IVG et IMG sont décidées selon des procédures légales et un protocole médical strict.

Elles n'en sont pas moins traumatiques 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 (malformation, maladie génétique du fœtus) ou lorsque la mère s'est sentie « contrainte d'accepter » ce geste.

Le foeticide et l'attente de l'accouchement (entre 24 et 48 heures) 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 anxio-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.

Les équipes de maternité s'emploient à organiser un rituel funéraire. La présentation du fœtus mort lors d'une interruption médicale de grossesse ou d'une mort in utero peut être un 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 voire idéalisé (et donc éventuellement persécuteur) dans les pensées et les fantasmes maternels. Il en est de même en cas d'enfant mort in utero.

5-2-3- Les états schizophréniques

La clinique n'est en rien spécifique dans le post-partum.

Cependant, la puerpéralité 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, bizarreries dans le comportement, alternance de désintérêt et de rapprochement excessif vis à vis de 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.

5-2-4- Infanticide- 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.

5-2-5- Les facteurs de risque des troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

La prévalence des états dépressifs du post-partum est importante puisqu'elle est de 5 à 10 % pour les états avérés et de 10 à 20 % pour les dépressions mineures. De nombreuses études épidémiologiques montrent que les troubles psychiques de la puerpéralité 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. Leur connaissance a permis de déterminer une politique de prévention bien que les difficultés de sa mise en œuvre soit réelles.

- Pour la dépression au cours de la grossesse
- le jeune âge (adolescence)
- grossesse pathologique
- menace d'accouchement prématuré

- difficultés conjugales, socio-économique
- 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
 - âge maternel de moins de 20 ans,
 - primiparité à plus de 30 ans,
 - césarienne,
 - sévérité du post-partum blues,
 - conflits conjugaux,
 - grossesse non « désirée » avec discussion autour d'une éventuelle IVG
 - 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, prématurité, maladie ou malformation du bébé, deuil d'un enfant mort antérieurement, etc.).
 - enfant malformé, né prématuré et/ou ayant présenté des complications néonatales (hospitalisations, séparations),
 - antécédents psychopathologiques ou psychiatriques personnels ou familiaux (grand-mère maternelle),
 - événements 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.

5-3- L'état de stress post-traumatique lié à l'accouchement

Actuellement, l'événement naissance est reconnu comme pouvant être à l'origine d'un véritable état de stress post-traumatique : il peut associer une douleur extrême à un événement traumatique extrême, c'est-à-dire qui implique une expérience directe personnelle de menace vitale sur soi ou une personne chère (ici le futur bébé). Le risque est d'autant plus grand que le travail est long et compliqué et que la parturiente expérimente un sentiment de perte de contrôle sur la situation. Ce facteur potentiel de risque extrême agit comme un révélateur ou un déclencheur si la femme présente un certain nombre de facteurs de vulnérabilité : antécédents personnels d'abus sexuels, état anxieux. L'absence du partenaire représente un facteur de vulnérabilité à plusieurs niveaux : absence de soutien au moment de l'accouchement, impossibilité à aider la mère en pouvant révoquer ensemble ce qui a pu se vivre, absence révélatrice d'autres dysfonctionnements dans la relation du couple parental. L'environnement psychologique obstétrical contribue à accentuer le risque de survenue d'un état de stress post-traumatique lorsqu'il n'y a pas d'informations suffisantes données et de soutien émotionnel, voire s'il y a une ambiance de critique ou de blâme de la parturiente comme cela est encore fréquent dans nos salles d'accouchement. L'état de stress est souvent difficile à évaluer parce que les professionnels n'y pensent pas. Il peut pourtant persister plusieurs semaines, voire plusieurs mois, et peut augmenter le risque de dépression et d'anxiété post-natale ou perturber la relation parent-enfant du fait de réminiscences traumatiques réveillées par la présence du bébé.

5-4-Troubles psychiques présentés par le père

La psychiatrie périnatale ne commence que depuis peu à étudier les troubles éventuels présentés par les pères. Jusqu'aux années 1990, le père est surtout étudié comme facteur de soutien ou de vulnérabilité pour sa partenaire malade. Cependant, des études récentes montrent que les partenaires de femmes présentant une dépression périnatale ont plus de risques d'être déprimés eux aussi. Une étude réalisée en 1993 a montré que la moitié des partenaires de mères présentant un trouble grave du post-partum de type psychose puerpérale qui sont vues en unité mère-enfant présentent un diagnostic psychiatrique. Des études plus récentes (2001) montrent que 9 % des pères présentent un épisode dépressif dans les 3 mois du post-partum.

Ces tableaux posent plusieurs questions non encore résolues : quelle est la spécificité de cette pathologie ? Comment résoudre les difficultés de sa détection ? Le risque supplémentaire qu'elle induit pour le soutien de la mère et les prises en charge éventuelles ainsi que sur les interactions parents-enfants et donc le développement des bébés.

6-DIAGNOSTIC

6-1- Diagnostic positif :

Essentiellement clinique. En dehors du contexte de gravido-puerpéralité, les tableaux cliniques ne présentent que de rares particularités par rapport aux troubles identiques observables hors gravido-puerpéralité.

- **Pendant la grossesse**
 - anxiété
 - irritabilité
 - difficulté d'endormissement
 - perturbation des conduites alimentaires
 - symptômes hystériques : vomissements incoercibles
 - symptômes anxio-dépressifs avec plaintes somatiques au 1^{er} plan
 - hyperactivité paradoxale
- **Troubles psychiatriques du post-partum**
 - Le post- partum- blues
 - tristesse, crise de larme
 - anxiété
 - plaintes hypocondriaques
 - incapacité à s'occuper du bébé
 - Psychose du post-partum
 - psychose puerpérale
 - fluctuation de la conscience
 - fluctuation de l'humeur
 - syndrome délirant
 - Troubles schizophréniformes du post-partum
 - Délire paranoïde
 - Etat de dissociation
 - excitation atypique
 - Troubles thymiques
 - manie puerpérale

- mélancolie puerpérale
- dépression non endogène

6-2- Diagnostic différentiel

C'est un enjeu important. Avant d'évoquer une psychose puerpérale, il faut d'abord éliminer une pathologie organique devant un tableau confuso-délirant survenant dans les premiers jours post-accouchement. Les principaux diagnostics différentiels de cet ordre sont la thrombophlébite cérébrale, la rétention placentaire et les causes infectieuses. Rechercher à l'examen les éléments conduisant à ces diagnostics.

7- EXAMENS PARA CLINIQUES :

A la recherche d'une complication infectieuse ou parasitaire :

- NFS
- VS

Terrain :

- Azotémie
- Créatininémie,
- Transaminases,
- Glycémie (hypo → confusion),
- VIH.

8- PRISE EN CHARGE

Elles sont centrées sur la mère d'une part et sur les relations mère-enfant d'autre part, voire même sur les relations père – mère – bébé.

❖ Buts

Elles ont pour but de soigner la pathologie maternelle et d'éviter que cette pathologie ait de lourdes conséquences sur le développement psychique de l'enfant par l'intermédiaire des troubles interactifs entre celui-ci et sa mère malade.

- Préserver la relation parent-enfant et/ou la rétablir si elle a été interrompue par la pathologie
- Prévenir les complications comme les infanticides ou les suicides.

❖ Moyens

- Chimiothérapie : antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, thymo régulateurs
- Electro-convulsivo-thérapie

- Psychothérapies : psychothérapie de soutien psychothérapie d'inspiration analytique, TCC, systémique. Quel que soit le traitement, il doit s'accompagner d'un soutien à l'entourage familial dont le rôle est à prendre en compte

- Hospitalisation : permet une meilleure surveillance et contribue à prévenir les risques de passage à l'acte auto ou hétéro agressif

- L'ablactation : l'allaitement maternel est contre-indiqué en cas de traitement psychotrope, la plupart des psychotropes passant dans le lait maternel.

- Les réseaux de soin

❖ **Indications :**

La prise en charge médicamenteuses des troubles mentaux liés à la gravidopuerpéralité n'a pas de spécificité si ce n'est en raison des contre-indications liées à la grossesse et à l'allaitement éventuel. Il faut peser le bénéfice risque d'une abstention thérapeutique et d'un éventuel risque tératogène. La tendance actuelle est de prendre en compte le devenir de l'enfant dans le contexte d'une pathologie maternelle sévère.

Nous préciserons donc ici quelques particularités selon les tableaux cliniques :

- **Les conduites thérapeutiques durant la grossesse**

Elles sont dans la plupart des cas de type ambulatoire et peuvent nécessiter un double axe psychothérapeutique et/ou chimiothérapeutique.

Mais elles peuvent aussi se faire dans un cadre hospitalier, dans les services de gynécologie-obstétrique et/ou en psychiatrie.

- **Ecouter les femmes enceintes**

Dans la mesure où les troubles psychiques de la grossesse sont très souvent corrélés à des facteurs psychoaffectifs et/ou dépendants de conditions obstétricales actuelles ou anciennes, il est important que les sages-femmes et les obstétriciens soient sensibilisés à ces questions et puissent les prendre en charge en première intention. Une écoute attentive, par l'obstétricien, des angoisses de la femme enceinte peut dénouer nombre de troubles anxieux de la grossesse. Les psychiatres doivent, en plus d'une éventuelle intervention directe, pouvoir assurer un travail indirect avec les équipes d'obstétrique.

- Les traitements médicamenteux :

La prescription de psychotropes pendant la grossesse est un véritable dilemme et oblige à choisir entre 2 positions :

- Traiter la mère et risquer une exposition du fœtus aux psychotropes avec toutes les conséquences possibles sur son développement.
- ou s'abstenir de tout traitement, provoquant de ce fait même un risque de décompensation de l'état maternel avec ses conséquences propres sur la mère et l'enfant.

Le risque néonatal (symptômes physiques ou comportementaux notés après la naissance) et les risques postnataux (comportementaux, psychomoteur et cognitifs) à plus long terme sont encore très peu abordés dans la littérature actuelle.

Il est fortement souhaitable de ne pas prescrire de psychotropes à la femme enceinte pendant le premier trimestre.

1-Les troubles anxieux

Ils sont dans la plupart des cas améliorés par un soutien psychothérapique individuel ou une relaxation. Les méthodes de préparation à l'accouchement dédramatisent l'événement puerpéral et ont souvent un effet bénéfique. Elles comportent un aspect pédagogique et psychophysiologique ainsi qu'une dimension psychothérapique importante.

Les psychotropes seront prescrits avec une grande prudence et les molécules le plus souvent utilisées sont des benzodiazépines.

Les benzodiazépines sont utilisées très communément dans de nombreuses situations tant pour l'anxiété, que l'insomnie ou encore l'épilepsie. Comme la moitié des grossesses ne sont pas programmées, l'exposition accidentelle aux benzodiazépines durant le 1^{er} trimestre est très fréquente. En début de grossesse, si la prescription de benzodiazépines s'avère nécessaire et incontournable, il faut préférer les benzodiazépines les plus anciennes, du groupe nordiazépam ; en fin de grossesse, si nécessaire, on donne de l'oxazépam à temps de demi-vie intermédiaire ; il faudra toujours essayer d'éviter les traitements prolongés ; si l'arrêt des benzodiazépines est décidé, celui-ci devra se faire très progressivement.

En cas de trouble hystérique : aménagement de l'environnement ; si vomissement incoercibles et prolongés : isolement en hospitalisation, Largactil : 50- 75 mg/j.

2- les troubles thymiques

Leur traitement dépend bien sûr de l'intensité et de leur forme clinique. Il fait appel à plusieurs types de molécules.

a- Les antidépresseurs tricycliques

La prescription des antidépresseurs tricycliques reste d'actualité surtout en cas de pathologie dépressive maternelle grave (épisode dépressif majeur), sous surveillance.

Il conviendra d'adapter les posologies en fin de grossesse en les réduisant légèrement pour éviter des effets toxiques sur le nouveau-né.

Tout arrêt brutal en fin de grossesse est déconseillé. En effet, l'installation d'un tableau de sevrage aigu est possible avec des conséquences fœtales et néonatales (souffrance fœtale et convulsions) dommageables.

Le risque de rechute en post-partum est important en l'absence de reprise du traitement.

b- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)

Dans la mesure où l'on appréhende de mieux en mieux les effets délétères de la dépression maternelle sur le développement futur de l'enfant, il est judicieux d'aider ces mères très rapidement aux différents stades de leur grossesse.

Les conférences de consensus américaines parues en 2001 traduisent les mêmes préoccupations et encouragent la prescription d'antidépresseurs dès le 1^{er} trimestre en cas de dépression sévère, épisode unique ou récurrent (la psychothérapie étant effectuée en parallèle).

Durant le dernier trimestre on préconise la réintroduction des antidépresseurs en cas d'antécédent de dépression majeure récurrente ou de dépression post-partum. Mais malgré les travaux publiés une telle proposition n'est pas à risque zéro pour l'enfant à venir.

c- Les thymo-régulateurs :

▪ Les sels de lithium

La grossesse n'est plus une contre-indication absolue à la lithiothérapie.

▪ La carbamazépine et l'acide valproïque

Connaissant l'importance du taux de rechute chez les femmes atteintes de troubles bipolaires, il faut utiliser ces molécules, en cas d'arrêt du lithium, en s'entourant de certaines précautions.

De déconseiller l'allaitement maternel en raison d'un passage non négligeable dans le lait.

3- Les schizophrénies chroniques et les états délirants :

L'hospitalisation en psychiatrie est préconisée en cas de recrudescence de la symptomatologie pendant la grossesse.

Le suivi médical et psychiatrique est essentiel ici. On préconise la diminution des neuroleptiques voire leur arrêt enfin de grossesse afin d'éviter un syndrome extrapyramidal chez le nouveau-né.

Les neuroleptiques :

Il est important d'éviter si possible la prescription de neuroleptiques au cours du 1^{er} trimestre mais de poursuivre pendant la grossesse pour éviter une décompensation maternelle et le recours à des doses de neuroleptiques plus importantes (donc plus toxiques).

Toujours préférer les monothérapies (phénothiazine et butyrophénone sont les mieux connues). Actuellement, la tendance est à l'utilisation des nouveaux neuroleptiques.

- Diminuer le nombre total de médicaments pris par la patiente. Eviter les correcteurs,
- Diminuer progressivement les posologies dans le dernier mois de la grossesse.
- Eviter les neuroleptiques injectables qui favorisent les modifications tensionnelles brutales chez la mère et donc une souffrance fœtale. Éviter les produits retard en fin de grossesse.

Du fait de l'imprégnation neuroleptique, prévoir l'accueil du nouveau-né en service spécialisé pour surveillance digestive et neurologique.

4- Les conduites thérapeutiques dans le post-partum :

A côté des abords chimiothérapeutiques, d'autres formes de soins sont possible dans cette période du post-partum : prise en charge ambulatoire dans le cadre de consultations mère – bébé.

5- Les conduites thérapeutiques dans le post-partum blues

Il s'agit essentiellement d'assurer un climat affectif, chaleureux, humanisé au cours du séjour à la maternité, ce qui doit faire diminuer la fréquence d'attitudes pathogènes et aide de façon indéniable à la résolution rapide du post-partum blues.

6- Les conduites thérapeutiques dans les dépressions et psychoses du post-partum

A la suite des anglo-saxons et en France des travaux de Récamier, on a préconisé « l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique », et la non séparation de l'enfant d'avec sa mère malade afin de leur permettre à tous deux de développer des liens les plus sains et le plus rapidement possible. Lorsque les capacités maternelles sont particulièrement défailtantes, une hospitalisation de ce type peut permettre de prendre le temps pour évaluer la situation et/ou préparer une séparation ou une prise en charge aménagée de l'enfant, sans urgence.

9- EVOLUTION :

L'évolution de la plupart des tableaux psychiatriques survenant pendant la gravido-puerpéralité (sous traitement) est variable :

Dans 70% des cas, on assiste à une guérison définitive en quelques semaines ou mois.

Dans 20 à 30 % des cas, des rechutes surviennent lors des grossesses ultérieures.

Dans 10 à 15 % des cas, évolution vers la schizophrénie ou une psychose maniaco-dépressive (l'anamnèse des patientes atteintes de psychose maniaco-dépressive montrent que le quart d'entre elles a présenté le premier accident thymique en période de post-partum).

Chez les mères traitées pour un état schizophrénique, on observe souvent une amélioration au cours de la grossesse. Mais une surveillance étroite s'impose après l'accouchement et au cours des premiers mois, la reprise des symptômes

pouvant survenir d'emblée ou plus tard au moment du sevrage ou lorsque le bébé commence à acquérir la marche et exprime ses premières manifestations d'autonomie.

L'adaptation de ces mères à la maternité est souvent sévèrement compromise et nécessite un encadrement thérapeutique vigilant à l'égard des relations mère-enfant.

III-METHODOLOGIE :

1. Cadre de l'étude :

L'étude s'est déroulée au CHU du Point G de Bamako.

1.1 Présentation du CHU du Point-G :

L'hôpital du Point G a été créé en 1906 sur une superficie de 25 hectares. Le nom Point G, donné à la colline qui abrite l'hôpital, est une dénomination de repère géodésique. De son 1^{er} statut d'hôpital militaire, il devient hôpital civil par arrêté numéro 174 de février 1958.

L'hôpital du Point G est devenu un Etablissement Public Hospitalier (EPH) depuis la loi N°026048 du 22 juillet 2002, puis Centre Hospitalier Universitaire (CHU) après la signature de la convention Hospitalo-universitaire du 14 mars 2007.

1.2 Organisation et fonctionnement :

Le CHU du Point G est une structure sanitaire de 3^{ème} référence, dans la pyramide sanitaire du pays. Il assure une mission de soins, de formation et de recherche. Il est géré par trois organes : le conseil d'Administration, la Direction Générale, et le Comité de Direction.

□ Le Conseil d'Administration :

Il est composé de 19 membres.

- Le président du conseil d'administration qui est élu parmi les autres membres avec voix délibérative,
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.
- Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

□ La Direction Générale :

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'Hôpital.

Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69 et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

☐ **Le Comité de Direction :**

Le comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Etablissement.

☐ **Organes consultatifs :**

La Commission Médicale d'Etablissement :

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévues dans les articles 12, 13, 14, 15, 16,17 du décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G.

La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

Le Comité Technique d'Etablissement : dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21,22 du même décret.

Le Comité d'Hygiène et de Sécurité : dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

1.3 Services existants au CHU du Point G :

☐ **L'administration générale :**

Elle comprend :

La Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance.

☐ **Les services techniques :**

- Le Service d'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- Le Service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie
- Le Service d'Hémo-Oncologie,
- Le Service de Rhumatologie,
- Le Service de Médecine Interne,
- Le Service de Néphrologie et d'Hémodialyse,
- Le Service de Neurologie,
- Le Service de Cardiologie,

- Le Service des Maladies Infectieuses,
- Le Service de Pneumo-phtisiologie
- Le Service de Psychiatrie,
- Le Service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire,
- Le Laboratoire,
- La Pharmacie Hospitalière,
- La Buanderie
- La Cuisine
- La Cafétéria,
- La Morgue.

2. Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu au service de Psychiatrie.

2.1 Présentation du service de psychiatrie du CHU du Point « G » :

C'est le seul service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le 3ème niveau de référence au Mali.

Les bâtiments sont situés au nord-est dans la cour de l'hôpital.

□ Les infrastructures :

Schématiquement on distingue :

« L'ancien service », appelé communément « cabanon », entouré d'un enclos grillagé, est le 1er bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, mais recevait à certains moments quatre à cinq fois ce nombre.

Le nouveau bloc d'accueil des urgences psychiatriques situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

Le bloc d'admission et d'hospitalisation : Annexé à l'ancien service, la cour grillagée ; il est situé au nord-est, et comporte trois parties :

-Le pavillon des hommes : Composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement au nombre de quatre (4), de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et de certains malades de la file active. Ce pavillon a une capacité d'accueil de 44 lits d'hospitalisation.

-Le pavillon des femmes : Il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité d'hospitalisation de 10 lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.

-Le bloc des cases :

Il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune.

Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : Situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-physiologie.

La cuisine : située entre les deux dernières cases.

☐ **Le Personnel :**

Il est composé de :

- Un (1) Maître de conférences Chef de Service
- Deux (2) Maîtres de conférences dont un Psychologue et un pédopsychiatre
- Trois (3) Médecins généralistes
- Douze (12) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Trois (3) Techniciens supérieurs en santé mentale
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Deux (2) Agents de Sécurité
- Des étudiants en DES
- Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires psychologues.

Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredis matin pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

□ **Le Fonctionnement du service de psychiatrie :**

Le service fonctionne sur un mode de psychiatrie de type communautaire et il mène des:

- Activités de soins (consultations et hospitalisations),
- Activités de formation,
- Activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un technicien de surface et d'un agent de sécurité.

Une visite hebdomadaire aux malades est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical tous les jeudis.

Le « Kotèba » thérapeutique :

Le « Kotèba » est une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public. La séance fermée ou « kotèba séance intime » est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

2. Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée analytique et descriptive.

3. Période de l'étude:

Ces observations ont été recueillies sur dix ans d'exercice du service allant de janvier 2004 à décembre 2014.

4. Population d'étude:

Notre étude concernait les dossiers des patientes hospitalisées et vues en consultation externe pour psychose puerpérale (du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2014).

5.Échantillonnage :

Il s'agit d'une étude exhaustive portant sur l'ensemble des dossiers des patientes hospitalisées et vues en externe pour psychose puerpérale durant la période de l'étude.

5-1 Critères d'inclusion :

Toutes les femmes qui ont consulté ou toutes les femmes hospitalisées chez qui le diagnostic de psychose puerpérale a été retenu.

5.2 Critères de non inclusion :

Toutes les femmes qui ont consulté ou toutes les femmes hospitalisées chez qui le diagnostic de psychose puerpérale n'a pas été retenu, et les dossiers incomplets.

5.3 Collecte des données :

Les données étaient collectées à partir des dossiers « d'hospitalisations et des fiches de consultation externe » et à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie.

5.4 Considérations éthiques:

Etant donné que cette étude est rétrospective, le consentement éclairé des malades n'a pas pu être obtenu. Cependant la confidentialité des noms des malades figurant dans les dossiers a été respectée.

5.5 Méthodes d'études, saisie, analyse et traitement des données :

Le moyen de diagnostic a été essentiellement la clinique. Chaque patiente a bénéficié d'une fiche individuelle de suivi hospitalier avec enregistrement des données sociodémographiques, des résultats cliniques et thérapeutiques et les résultats des examens complémentaires. Le répertoire portant la date et l'année a facilité le dépouillement des dossiers qui ont été retenus pour l'étude. Nos données ont été ensuite recueillies sur une fiche d'enquête individuelle portée en annexe.

La saisie et l'analyse des données ont été faites à l'aide des logiciels Microsoft Office Word 2007 et SPSS Statistics 17.0. Dans un premier temps une analyse descriptive des données recueillies a été faite pour dégager les caractéristiques sociodémographiques et les aspects cliniques. Ensuite une analyse a permis de vérifier les liens statistiques qui existeraient dans certains croisements.

IV-RESULTATS :

Durant la période de notre étude allant de Janvier 2004 à Décembre 2014, le service de psychiatrie a reçu au total (hospitalisations et suivis externes confondus) 20596 patientes. Parmi les dossiers de ces patientes, nous avons colligé 329 dossiers de patientes vues pour psychose puerpérale soit une fréquence hospitalière de 1,6%.

Tableau I: Répartition des patientes en fonction de la tranche d'âge.

Âge	Effectifs	Pourcentage
14 à 20	92	28,0
21 à 30	157	47,7
31 à 40	74	22,5
+ 40	6	1,8
Total	329	100,0

Les jeunes d'au moins 30 ans étaient les plus exposées avec 75,68% (n= 249).

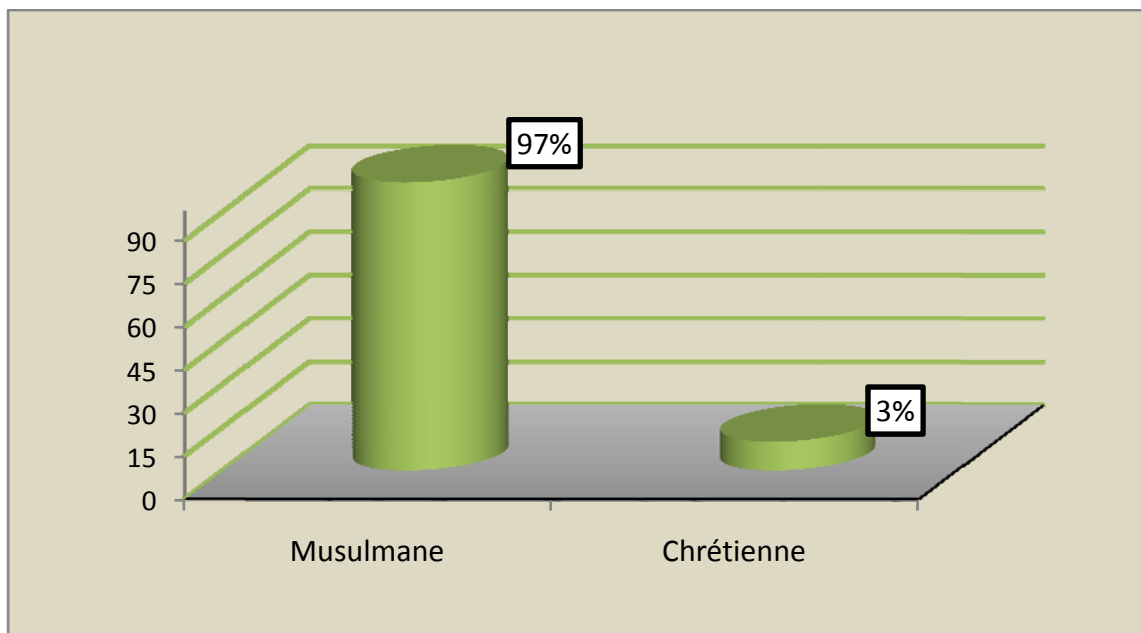


Figure 1 : Répartition des patientes en fonction de la religion

La religion musulmane était la plus représentée avec 97%.

Tableau II: Répartition des patientes en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectifs	Pourcentage
Bambara	125	38,0
Peulh	66	20,1
Bozo	6	1,8
Malinké	32	9,7
Dogon	11	3,3
Soninké	43	13,1
Miniaka	3	0,9
Sénoufo	5	1,5
Bobo	2	0,6
Sonrhäi	29	8,8
Autres*	7	2,2
Total	329	100,0

Les bambaras étaient les plus représentées avec **38%**.

Autres*: Sénégalais, Guinéens, Maures, Touaregs, Tamasheq, Bella, Somono.

Tableau III : Répartition des patientes en fonction de la résidence

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Kayes	2	0,6
Koulikoro	7	2,1
Sikasso	4	1,3
Ségou	8	2,4
Mopti	2	0,6
Tombouctou	1	0,3
District de Bamako	305	92,7
Total	329	100,0

Le district de Bamako était le plus représenté avec **92,7%**, par contre il n'y a pas eu de patientes retrouvées à Gao et Kidal.

Tableau IV: Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Célibataire	31	9,5
Mariée	290	88,1
Veuve	2	0,6
Divorcée	2	0,6
Séparée	2	0,6
Autres*	2	0,6
Total	329	100,0

Les patientes mariées étaient les plus représentées avec **88,1%**.

Autres* : union libre, fiancée

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du régime matrimonial des femmes mariées

Régime matrimonial	Effectifs	Pourcentage
Monogamie	266	91,7
Polygamie	24	8,3
Total	290	100,0

Les monogames étaient les plus représentées avec **91,7%**.

Tableau VI : Répartition des patientes en fonction de la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	112	34,0
Pauci pare*	106	32,3
Multipare	111	33,7
Total	329	100,0

Les primipares étaient les plus représentées avec **34%**.

Pauci pare* : Les femmes qui ont eu deux (02) ou trois (03) enfants.

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction du niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisée	192	58,4
Primaire	97	29,4
Secondaire	27	8,2
Supérieur	13	4,0
Total	329	100,0

Les non scolarisées étaient les plus représentées avec **58,4%**.

Tableau VIII: Répartition des patientes en fonction de la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	276	83,9
Commerçante	16	4,9
Fonctionnaire	13	4,0
Elève/Étudiant	24	7,3
Total	329	100,0

Les ménagères étaient les plus représentées avec **83,9%**.

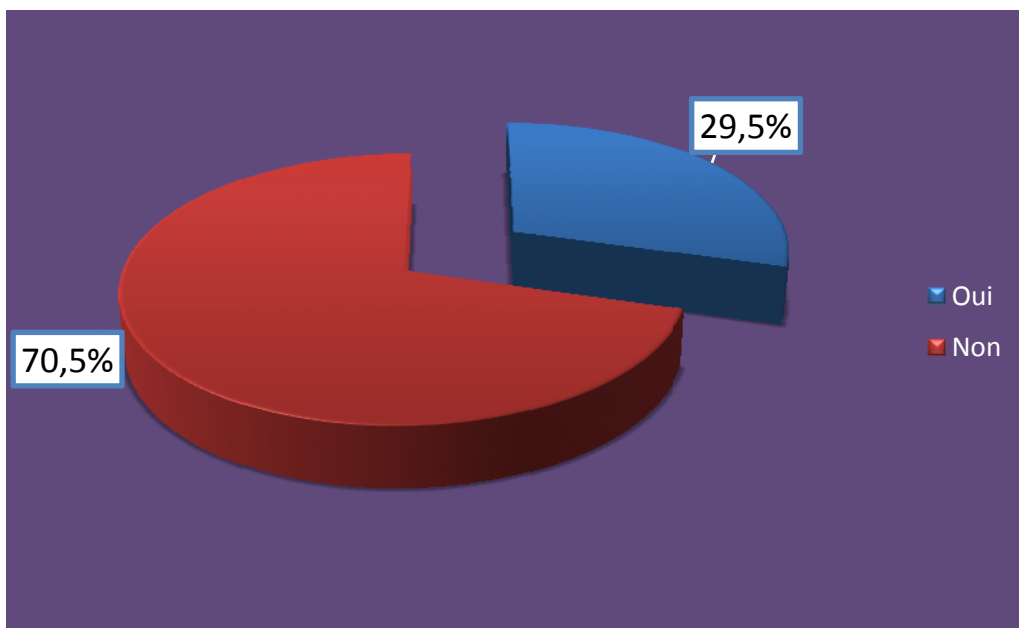


Figure 2: Répartition des patientes en fonction des antécédents familiaux de troubles psychiatriques

Parmi nos patientes **29,5%** avaient des antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

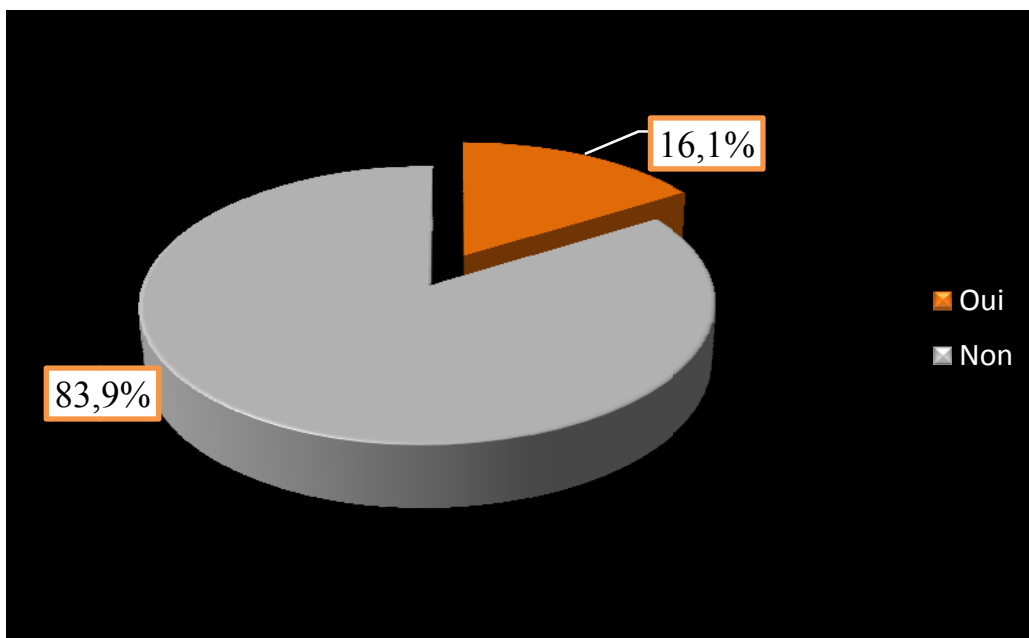


Figure 3: Répartition des patientes en fonction des antécédents psychiatriques personnels

Les antécédents psychiatriques personnels ont été retrouvés chez **16,1%** de nos patientes.

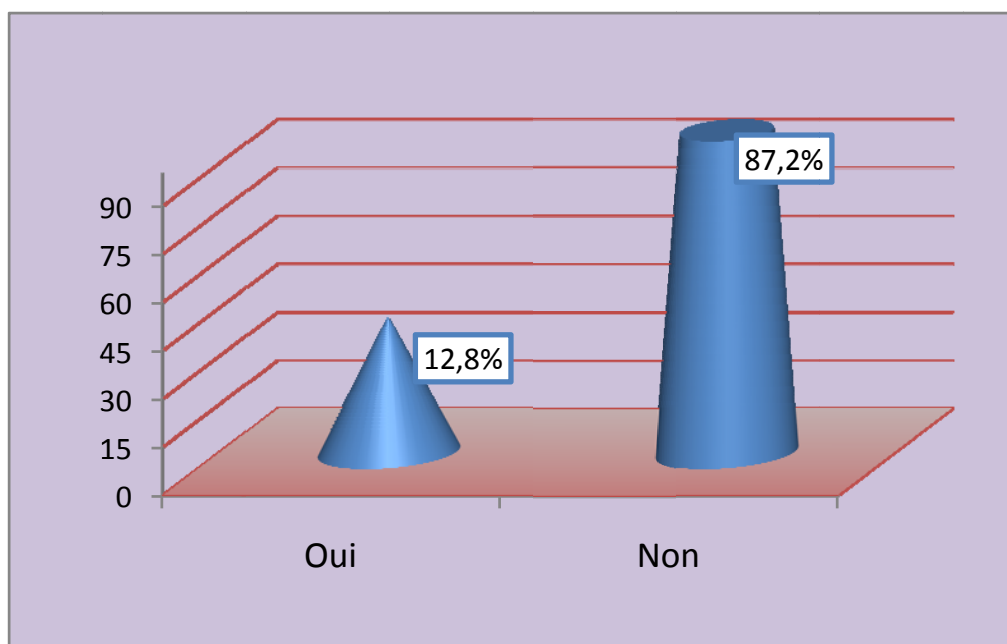


Figure 4 : Répartition des patientes en fonction des antécédents personnels de puerpéralité

Les antécédents personnels de puerpéralité ont été retrouvés chez 12,8% de nos patientes.

Tableau IX: Répartition des patientes en fonction de la provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage
Maison	254	77,2
Service gynéco-obstétrique	9	2,7
Autres structures de santé*	62	18,86
Marabout	4	1,24
Total	329	100,0

Les patientes venant de la maison étaient les plus représentées avec **77,2%**.

Autres structures de santé* : CSCOM, CSREF, Cabinets médicaux, hôpitaux

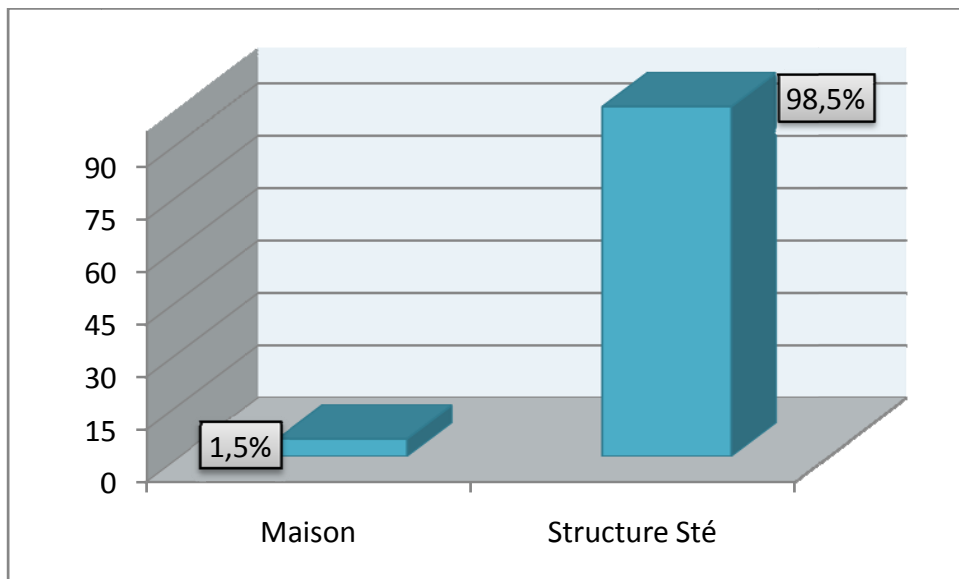


Figure 5 : Répartition des patientes en fonction du lieu d'accouchement

Les patientes ayant accouchée dans une structure de santé étaient les plus représentées avec **98,5%**.

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du diagnostic traditionnel envisagé par les parents

Diagnostic traditionnel envisagé par les parents	Effectifs	Pourcentage
Djinè bana	295	89,7
Hakili bana	7	2,1
Kounafen	6	1,8
Ne sais pas*	21	6,4
Total	329	100,0

Le djinè bana était le plus évoqué avec **89,7%**.

Ne sais pas*: Les parents ne savent pas quel genre de maladie c'est.

Tableau XI : Répartition des patientes en fonction du circuit thérapeutique

Circuit thérapeutique	Effectifs	Pourcentage
Traditionnel puis conventionnel	62	18,8
Conventionnel d'emblé	267	81,2
Total	329	100,0

Le recourt au traitement conventionnel en 1^{ère} intention représentait **81,2%**.

Tableau XII : Répartition des patientes en fonction du tableau clinique

Tableau clinique	Effectifs	Pourcentage
Bouffée délirante (BDA)	213	64,7
Etats confusionnels	5	1,5
Etats anxieux	7	2,1
Etats dépressifs	19	5,8
Etats maniaques	6	1,8
Trouble bipolaire	1	0,4
Etats psychotiques au long cours	78	23,7
Total	329	100,0

Les bouffées délirantes aiguës étaient les plus représentées avec **64,7%**.

Tableau XIII: Répartition des patientes en fonction de la période de survenue

Période de survenue	Effectifs	Pourcentage
Pendant la grossesse	29	8,8%
Post-partum précoce	161	48,9%
Post-partum tardif	131	39,8%
Post-abortum	8	2,5%
Total	329	100%

La période la plus touchée était le post-partum précoce avec **48,9%**.

Tableau XIV : Répartition des patientes ayant fait leur psychose puerpérale pendant la grossesse

	Effectifs	Pourcentage
1er trimestre	4	13,79
2ème trimestre	9	31,03
3ème trimestre	16	55,17
Total	29	100

Le 3^{ème} trimestre était la période la plus concernée avec **55,17%**.

Tableau XV : Répartition des patientes en fonction du tableau clinique et de l'évolution.

Tableau clinique	Evolution			Total
	Favorable	Défavorable	Perdue de vue	
Bouffée délirante (BDA)	162	1	50	213
Etats confusionnels	2	0	3	5
Etats anxieux	7	0	0	7
Etats dépressifs	13	2	4	19
Etats maniaques	6	0	0	6
Trouble bipolaire	0	0	1	1
Etats psychotiques au long cours	65	1	12	78
Total	255	4	70	329

Tous tableaux cliniques confondus, **77,50%**(**n=329**) ont évolué favorablement.

Tableau XVI: Répartition des patientes en fonction de l'âge et la parité.

Âge	Antécédents gynéco-obstétricaux						Total	
	Primipare		Pauci pare		Multipare			
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
14 à 20	60	65,21	29	31,52	3	3,26	92	27,96
21 à 30	46	29,29	56	35,66	55	35,03	157	47,72
31 à 40	6	8,10	20	27,02	48	64,86	74	22,50
+ 40	0	0	1	16,66	5	83,33	6	1,82
Total	112	34,06	106	32,21	111	33,73	329	100

La tranche d'âge 21 à 30 ans était la plus représentée avec 157 patients soit **47,72%**. Parmi elles il y avait 46 primipares avec **29,29%**, 56 pauci pares avec **35,66%** et 55 multipares avec **35,03%**.

Tableau XVII : Répartition des patientes en fonction de l'âge et du tableau clinique

Tableau clinique	Âge				Total	Pourcentage
	14 à 20	21 à 30	31 à 40	+ 40		
Bouffée délirante (BDA)	71	105	34	3	213	64,74
Etats confusionnels	2	1	1	1	5	1,51
Etats anxieux	2	4	1	0	7	2,12
Etats dépressifs	2	6	10	1	19	5,77
Etats maniaques	2	2	2	0	6	1,82
Psychose maniaco-dépressive (PMD)	0	1	0	0	1	0,30
Etats psychotiques au long cours	13	38	26	1	78	23,70
Total	92	157	74	6	329	100

Tout âge confondu, les BDA étaient les pathologies les plus retrouvées surtout dans la tranche d'âge 21-30 ans.

Tableau XVIII : Répartition des patientes en fonction de l'âge et de l'évolution

	Evolution			Total
	Favorable	Défavorable	Perdue de vue	
Âge 14 à 20	69	1	22	92
21 à 30	120	1	36	157
31 à 40	62	2	10	74
+ 40	4	0	2	6
Total	255	4	70	329

Sur l'ensemble, l'évolution a été favorable chez 255 patientes soit 77,50%. Cette évolution favorable était surtout retrouvée chez les 21-30 ans avec 47,72%.

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Durant la période de notre étude, le service de psychiatrie a reçu au total 20596 patientes. Parmi les dossiers de ces patientes, nous avons colligé 329 dossiers de patientes vues pour psychose puerpérale soit une fréquence hospitalière de 1,6%.

Le caractère rétrospectif de l'étude et surtout l'incomplétude de certains dossiers, ont été les principales difficultés que nous avons rencontrées.

Selon la répartition de ces 329 cas en fonction du tableau clinique, notre taux est largement supérieur à celui de M. GUEYE au Sénégal, qui a trouvé dans son étude 35,9% de psychose délirante aiguë. Ceci pourrait être expliqué par la différence entre les périodes d'étude.

A- Caractéristiques sociodémographiques:

1- Age :

Les sujets de 21 à 30 ans représentaient la majorité des sujets de l'étude avec 47,7%. C'est la population jeune qui est donc la plus touchée. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population au Mali est généralement jeune (52%). [20]. Par ailleurs on comprend aisément que cette population de jeune femme n'a pas d'expérience en terme de maternité. Cette prédominance des jeunes est en conformité avec le résultat de **TLJI A. au Maroc [3]** qui avait signalé une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 35 ans avec 48 %. Par contre ce résultat est inférieur à celui de **Diarra S. au Mali** qui avait trouvé 62,1% [1]. Cette différence serait due à la durée de notre étude qui s'est étendue sur 10ans.

2- Religion :

La plus grande majorité de nos patientes était de confession musulmane.. Ce résultat concorde avec celui de **DIARRA S.** qui avait retrouvé 98,4% [1]. Ces données sont conformes aux données relatives à la population générale du Mali [54].

3- Niveau scolaire :

Les non scolarisées étaient les plus représentées avec **58,4%**. Ce résultat est comparable à ceux de **DIARRA S.** et **ZOUNGRANA J.** qui avaient trouvé respectivement **54,8%** et **56,01%** [1 ; 53]. Nos résultats sont également

conformes à ceux retrouvés dans la population générale du Mali quand on sait que les analphabètes dominant. [54].

4- Ethnie :

Les bambaras étaient les plus représentées avec **38%**. Ce résultat concorde avec celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé 30,6%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été effectuée dans le milieu à majorité Bambara. [1].

5- Résidence :

Le district de Bamako était le plus représenté avec **92,7%**. Cette prédominance serait due à l'accès difficile au service pour les malades venant des capitales régionales, du fait que Bamako est la ville la plus peuplée du pays et également par le développement des moyens de communication, d'information et la multiplication des structures sanitaires dans ce milieu. [1]. Ce résultat est supérieur à celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé **65,3%**. Cette différence s'explique par une meilleure compréhension de la maladie par la population et surtout par la vulgarisation des consultations prénatales. [1]

6- Statut matrimonial ou Etat civil :

Les patientes mariées étaient les plus représentées avec **88,1%**. Ce résultat est comparable à ceux de **DIARRA S. au Mali** et de **TLIJI A. au Maroc** qui ont retrouvé respectivement **87,9%** et **86 %** [1 ; 3]. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que se marier sous entend avoir une grossesse donc un enfant. La grossesse en tant qu'événement représente un facteur de 1^{ère} importance, modifiant toutes les conditions et perspectives de la vie de la femme. En fait, l'attitude de la femme envers la séquence : «grossesse, accouchement, allaitement», et aussi les conditions socio-économiques difficiles jouent un rôle fondamental dans la survenue des troubles ; en somme une absence de préparation à la grossesse.

7- Profession :

Les ménagères étaient les plus représentées avec **83,9%**. Ce résultat concorde avec celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé **80,6%** [1]. Ce taux élevé se comprend quand on sait que les femmes sont pour la majorité ménagère au Mali.

8- Provenance :

Les patientes venant de la maison étaient les plus représentées avec **77,2%**. Ce résultat est comparable à celui **DIARRA S.** qui avait retrouvé **81,5%** [1]. Ce taux élevé de provenance de la maison pourrait s'expliquer par le fait que la psychose puerpérale débute brutalement entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour après l'accouchement ce qui trouve généralement que la femme est déjà exéatée du centre d'accouchement.

B- Caractéristiques cliniques :

1- Parité :

Les primipares étaient les plus représentées avec **34%**. Ce résultat concorde à celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé 36,3% [1]. Il est inférieur à celui de **TLIJI A.** qui avait trouvé **52%**. [3]. Cette différence s'explique par la compréhension de la maladie par la population

2- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques :

Parmi nos patientes **29,5%** avaient des antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

Ceci serait dû au rôle des facteurs héréditaires et constitutionnels dans la genèse de la psychose puerpérale. Les accidents puerpéraux se verraient beaucoup plus dans les familles comportant une hérédité de trouble bipolaire, des antécédents de schizophrénies, de bouffées délirantes.

Ce résultat est comparable à celui de **SAMPANA A.K.** qui avait trouvé **26,7%** [57].

3- Antécédents psychiatriques personnels :

Les antécédents psychiatriques personnels ont été retrouvés chez **16,1%** de nos patientes. Ce résultat est comparable à celui de **SAMPANA A.K.** qui avait trouvé **11,1%** [57].

4- Antécédents personnels de puerpéralité :

Les antécédents personnels de puerpéralité ont été retrouvés chez **12,8%** de nos patientes. Ce résultat est inférieur à celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé **23,4%** [1]. Cette différence pourrait s'expliquer par la compréhension de la nécessité du suivi prénatal.

5- Diagnostic traditionnel envisagé par les parents :

Le djinnè bana était le plus représenté avec **89,7%**. Ce résultat concorde avec celui **DIARRA S. [1]** qui avait retrouvé 83,9%. Cela peut s'expliquer dans notre culture par les modèles explicatifs liés aux: les djinns, la consommation des drogues ou la toxicomanie, les personnes aux pouvoirs maléfiques ou << mogodiougou >>. [55]

6- Circuit thérapeutique :

Le traitement conventionnel était le plus représenté avec **81,2%**. Ce résultat est supérieur à ceux de **DIARRA S.** et de **DIN O.** qui ont trouvé respectivement **17,7%** et **20,6%** [1 ; 56].

Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait que les manifestations de psychose puerpérale constituent une urgence, également le fait que la plupart de nos patientes résident à Bamako.

7- Tableau clinique :

Les bouffées délirantes aigües étaient les plus représentées avec **64,7%**. Ce résultat est conforme à ceux de **DIARRA S.** et de **SAMPANA A.K** qui ont trouvé respectivement **57,3%** et **62,4%** [1 ; 57]. Ceci pourrait s'expliquer par la définition de la psychose puerpérale (sont décrites comme les bouffées délirantes polymorphes avec éléments confusionnels et thymiques, de symptomatologies changeantes et d'évolution fluctuante. [3]).

8- La période de survenue :

La période la plus touchée était le post-partum précoce avec **48,9%**. Ce résultat met en évidence la prédominance des états psychiatriques majeures autour des 12 premiers mois suivant l'accouchement avec un pic significatif dans les 6 premières semaines (post-partum précoce 48,9% et post-partum tardif 39,8%) et également la psychose puerpérale débute brutalement entre le 3^{ème} et le 10^{ème} jour après l'accouchement.

Ce résultat est inférieur à celui de **DIARRA S. [1]** qui avait trouvé **70,2%**. Cette différence est due à la durée de l'étude.

9- Tableau clinique et évolution :

Selon le tableau clinique, **77,50%** ont évolué favorablement. Parmi eux il y avait 63,52% de BDA. Ce résultat s'explique par le fait que :

- la psychose puerpérale (sous traitement) évolue :
 - ✓ dans 70% des cas vers une guérison définitive en quelques semaines ou mois.
 - ✓ dans 20 à 30 % des cas, des rechutes surviennent lors des grossesses ultérieures.
 - ✓ dans 10 à 15 % des cas, l'évolution se fait vers la schizophrénie ou un trouble bipolaire (l'anamnèse des patientes atteintes de trouble bipolaire montrent que le quart d'entre elles a présenté le premier accident thymique en période de post-partum).
- Classiquement, la bouffée délirante évolue vers la guérison au bout de quelques jours à quelques semaines. [5 ; 6 ; 7 ; 8 ; 9 ; 51].

Ce résultat est comparable à celui de **DIARRA S.** qui avait trouvé **80,6%** et inférieur à celui de **TLIJI A.** qui avait trouvé **90%** [1 ; 3]. Ces différences seraient dues à la taille de notre échantillon.

CONCLUSION :

Le concept de psychose puerpérale diffère selon les écoles. Pour l'école française, il s'agit d'une entité nosographique autonome. Cette étude hospitalière, rétrospective a porté sur dix ans d'activité du service de psychiatrie du CHU du Point G.

Sur cette période allant de Janvier 2004 à Décembre 2014, 329 cas de psychose puerpérale ont été colligés, ce qui représente une fréquence hospitalière de 1,6%.

La BDA était le tableau clinique qui prédominait (64,7%) et la période de maternité la plus touchée était le post-partum immédiat. Dans la série, les patientes de la tranche d'âge 21 – 30 ans prédominaient (47,7%). Tout âge confondu, les patientes étaient pour la plupart mariées, primipares, non scolarisées et venaient surtout du district de Bamako.

Dans 16,1% des cas, elles avaient des antécédents psychiatriques personnels avec surtout 12,8% d'antécédents personnels de puerpéralité.

Les antécédents familiaux étaient retrouvés dans 29,5% des cas.

L'évolution avec le traitement conventionnel qui a été le mode de prise en charge de première intention, a été favorable dans 81,2% des cas. Sur le plan socioculturel, la notion de djinè bana a été le modèle explicatif le plus évoqué.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude, nous formulons des recommandations qui s'adressent aux:

1- Autorités politiques et sanitaires:

- Former et recycler les agents socio-sanitaires pour mieux répondre à la demande de soins psychiatriques,
- Assurer la décentralisation des soins de santé mentale,
- Développer des campagnes d'information et de sensibilisation en matière de santé mentale pour modifier les représentations sociales négatives des pathologies psychiatriques.

2- Personnel du service de Psychiatrie :

Faire des dossiers le plus complet et bien les archiver.

3- Personnel socio-sanitaire :

- Sensibiliser la population par rapport à la prise en charge conventionnelle précoce des patients souffrant de maladie mentale pour une réduction des cas chroniques,
- Promouvoir la collaboration entre les différents spécialistes qui peuvent être impliqués dans la prise en charge d'une patiente souffrant de psychose puerpérale: Psychiatres, psychologues, sages femmes, gynécologues, pédiatres.
- Encourager et vulgariser les visites prénatales pour mieux préparer les femmes enceintes à la maternité.

BIBLIOGRAPHIE :

- [1] - **DIARRA (S.)**, les psychoses puerpérales en milieu psychiatrique à Bamako : à propos de 124 cas. Thèse de Méd. n°58 2003.
- [2]- **RAOUX (D.) CAYOL (F.)**. Les Accidents de la puerpéralité. Sommaire de psychiatrie, 1996 page 1- 6, [http://perso.wanadoo.fr/psy_cause/004/les_accidents_de_la_puerpéralité_004.htm](http://perso.wanadoo.fr/psy_cause/004/les_accidents_de_la_puerperalite_004.htm) = ftnrefl et 2.
- [3] - **TLIJI (A.)**, Psychoses puerpérales : étude rétrospective étalée sur 10 ans au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès au Maroc.
- [4] - **GUEYE (M.)**. Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais (A propos de 92 observations). Thèse Med Dakar 1976, n°27.
- [5] - **LEMPERIERE T. et AL** : Psychiatrie de l'adulte, Masson 2è édition 2006 ; p461-468
- [6] - **GUEDENEY N.** Psychiatrie périnatale : spécificités et apports. EncyclMédChir Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-30, 2002, 5 p.
- [7] – **COURS DE PSYCHOPATHOLOGIE** des Prof Ahyi et EzinHoungbé Josiane
- [8] – **DEBRAY Q, GRANGER B, AZAIS F.** psychopathologie de l'adulte. Paris. Masson, 1998.132-150.
- [9] - **F. PINABEL, C. EPELBAUM, P. HARDY**, de la conception à la naissance, module transdisciplinaire question19
- [10] - **COLLOMB (H.), GUENA (R.) et DIOP (B.)**. Facteurs psychologiques, sociaux et pathologie de la puerpéralité (Références Sénégalaises) Congrès Ile Maurice 9-13 Juin 1970.
- [11] - **BRISSET (Ch.)** – Grossesse, puerpéralité et troubles Mentaux. Concours médical 1967, 89-10.1833-1843.
- [12] - **BRUGI (S.)** - Puerperal psychosis or diencephalosis puerpéralis. Schweizerische Medizinische Wochenschrift -Bale, 84-43 (1954) p.1222-1225.
- [13] – **BYDLOWSKI (M.) et RAOUL- DUVAL (A)** – un avatar psychique inconnu de la puerpéralité : la névrose traumatique post obstétricale. Perspect. Psychiatrique 1978 n°68 page 321- 328.
- [14] - **CAIN (J.) SERMENT (H.) et DE VERVILLE (M.)** Les psychoses précoces du post-partum A.M.P. Juillet 1959 Tome II n°2.
- [15] - **CHAPPERT (M.)** Contribution à l'étude des psychoses puerpérales.

80 cas de psychoses du post-partum chez les musulmanes algériennes. Thèse Paris 1962. 105, 68 p.

[16] - **CHASSENET-SMIRGEL (J.)** Recherches psychanalytiques nouvelles sur la sexualité féminine. Collection Science de l'homme Payot.

[17] - **CHEPPER (R.)** A propos de troubles psychiques survenant au cours de l'état gravido-puerpéral Thèse Médecine Strasbourg 1973.

[18] - **CHKILI T et EL KHAMLI A. (RABAT)**. Les psychoses puerpérales en milieu marocain à propos de 100 observations. Tunisie Médicale n°6. Nov. Déc. 1975.

[19] - **COLLOMB H.** Psychiatrie et culture (quelques considérations générales). Psychopathologie Africaine 1966 II, 2, 259- 275.

[20] - **BERGERET (J.)**- Abrégé de psychologie pathologique. Masson et Cie Editeurs 197.

[21] - **COLLOMB (H.) et VALANTIN (S.)** The Black African Family In The Child in his Family" Edited by James Anthony, M.D. and Cyrille Koupernick, M. D. The International Year Book for child psychiatry and Allied Disciplines vol. I.

[22] - **DELAY (J.) CORTEEL (A.) LAINE (B.)**. Sur une observation de psychose puerpérale guérie après curetage Ann. Endocrin. 10, (1949), p.556-569.

[23] - **DELAY (J.) CORTEEL (A.), LAINE (B.)** Traitement des psychoses du post-partum Ann. Endocrin. 14 ; 3 (1953) P. 428-431.

[24] - **DEUTH (H.)** Psychologie des femmes P.U.F. 4e Edition 1967 Tome II

[25] - **EY (H.), BERNARD (P.) et BRISSEL (C.)** Manuel de Psychiatrie, Masson 6^{ème} Edition, Paris 1974 page 724- 734.

[26] - **FORESTIER (J.)** Psychoses colibacillaires. Thèse Paris 1933 n°28.

[27] - **GUENA (R), PRENEUF (CH. de) et REBOUL (C)**. Aspect psychopathologie de la grossesse au Sénégal, psychopath. Africaine ; 1970, VI, n°2 page 111- 146.

[28] - **AUBIN (H)** - Conduites magiques et psychopathologie des délires. Congrès Internationale de Psychiatrie. Paris 1950. I. 168-171.

[29] - **HEMPHILL (R E.)**. Incidence and nature of puerperal psychiatric illness Brit. Med J 1952, n°2, page 1232-1236.

[30]- **HEIM (A), BENASSOULI (P), HEIM (N) et PHILLIP (H- J)**. Les troubles psychiatriques et grossesse. Edition technique – Encycl. Med. Chir. (Paris France) Gynécologie/ Obstétrique. 5- 046- A, Psychiatrie 37- 660- A, 1995, P 6.

- [31] – **KUMAR (R), ROBSON (K.M).** A perspective study of emotional disorders in childbearing women. Brit. J. Psychiatrique; 1984, n°144, page 35-47.
- [32] – **KOUMARE. B et COUDRAY. J. P.** Problématique de la santé mentale au Mali. Le Mali médical. 1983, VI, n°1, page 17- 18.
- [33] - **LEMPERIERE (T.), ROUILLON (F) et LEPINE (J. P).** Les troubles psychiques liés à la puerperalités. Encycl. Med. Chir. (Paris- France). Psychiatrie 37 660 A 10, 7, 1984, page 12.
- [34]- **MARIE – CARDINE (M), COLLET (B), AUDIARD (P).** Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum, diagnostic. Rev. Prat. Paris 1991 ; n°156, Page 11.
- [35]- **OLIVENNES (F), COVALER (M) et OLIVENNES (F).** Psychoses puerpérales- Autonomie ou démembrement ? Contribution à la discussion du problème nosographique. Société médico-psychologique. Page 246- 250.
- [36]- **PAILLARD (F).** Les troubles psychiques de la puerpéralité. Sommaire de psychiatrie, 1998, page 1- 6.,<http://persoinfonie/franckpaillard/> Infirmier – psychiatrie. Htm.
- [37]- **RACAMIER (P. C.), SENS (D.) et CARRETIER (L.).** La mère et l'enfant dans les psychoses du post partum. L'évolution psychiatrique, Déc. 1961, IV, n°26, page 525 – 570.
- [38]- **RANCUREL (C.), MARMIE (D.) et KOUPERNIK (C.).** Les psychoses puerpérales. Encycl. Méd. Chir. Psychiatrie, 1968, 2, 37660A 10- 11.
- [39]- **ABELY (P.) et BOUQUET (R.)** - Nouvel essai de délimitation des psychoses puerpérales A.M.P, Octobre 1962 Tome II n°3..
- [40]- **TRIBOLET (S.) et PARADAS (C.).** Psychoses puerpérale. Guide pratique de psychiatrie, Ed., Heures de France, 4ème Ed., Paris 1998, Page 200-201.
- [41]- **J. DAYAN.** Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 36 (2007) 549-561.
- [42]- **I. Rammouz Infanticide en post-partum : à propos d'un cas.L'encéphale**
- [43]- **G. VAIVA.** Place d'un centre d'accueil et de crise dans l'abord des troubles psychiques de la périnatalité, service de psychiatrie générale. L'encéphale, 2002, XXVIII : 71-76.
- [44]- **ABELY (P.)** - Les Névroses et les Psychoses du Post-partun A.M.P. Mars 1956 Tome I n°3.

- [45]- **AMMAR (S.)** - Los troubles psycho organiques de la grossesse, de l'accouchement et de l'allaitement en Tunisie (A propos de 67 cas) : Tunisie médicale 1962, 40, 401-417.
- [46]- **BALANDIER (G.)** - Sociologie actuelle de l'Afrique noire. P.U.F 1955.
- [47]- **BALDUZI (E.)** - La psychose puerpérale, essai d'interprétation pathogénique. Encéphale 1951, 40, 11-43.
- [48]- **BALLET (G.)** – Traité de pathologie mentale Paris 1903.
- [49]- **BAMEZON (J.J.)**. Les thrombophlébites cérébrales de la grossesse et du post partum (A propos de 06 observation) Thèse Dakar 1976 n°22.
- [50]- **BENOIT (G.)**- Les Psychoses puerpérales. Conférences de Psychiatrie Paris, Doin Fase n°3, 1965.
- [51]- **PIERRE LEVY-SOUSSAN**, psychiatrie, Med-line 2001-2002. Pages 83-87.
- [52]- **BABY MOULAYE**, Urgences psychiatriques au Mali. Etude épidémioclinique dans le service de psychiatrie du CHU du point G. à Bamako. Thèse n° 05M212.
- [53]. **ZOUNGRANA JACQUES**, Fréquences des manifestations psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH au CHU du point G. Thèse n°06M38.
- [54]. **RAPPORT DE L'ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE** du Mali 2001.IIIème édition.
- [55]. **SOW I et Coll.** : Psychiatrie dynamique Africaine
- [56] **DIN. O** : Approche épidémiologique de la schizophrénie au service de psychiatrie du CHU du point G 2010 Med 298.
- [57]. **SAMPANA A. K.** : Psychoses aiguës dans le service de psychiatrie du CHU du point G. : Aspect épidémiologique et clinique. Mémoire de santé mentale 2014.

ANNEXE 1 :

A-FICHE D'ENQUETE :

A) Profils sociodémographiques:

Q1 : **Numéro du dossier** :...../

Q2 : **Nom et**

Prénoms :...../

Q3 : **Âge** :...../

Q4 : **Religion** :...../

1: Musulmane 2: Chrétienne 3: Autres

Q5 : **Ethnie** :...../

1: Bambara 3: Bozo 5: Dogon 7: Forgeron 9: Sénoufo 11: Sonrhāï
2: Peulh 4: Malinké 6: Soninké 8: Miniaka
10: Bobo 12 : Autres

Q6 : **Résidence** :...../

1: Kayes 3: Sikasso 5: Mopti 7: Gao 9:
District de Bamako
2: Koulikoro 4: Ségou 6: Tombouctou 8: Kidal

Q7 : **Provenance** :...../

1 : Maison 3 : Autres structures de santé
2 : Service gynéco-obstétrique 4 : Marabout

Q8 : **Lieu d'accouchement** :...../

1: A la maison 2 : Dans une structure de santé

Q9 : **Statut matrimonial** :...../

1: Célibataire 3 : Veuve 5: Séparée
2 : Mariée 4 : Divorcée 6 : Autres

Q10 : **Régime matrimonial** :...../

1 : Monogamie 2 : Polygamie

Q11 : **Profession** :...../

1: Ménagère 3: Fonctionnaire 5: Autres
2: Commerçante 4: Etudiant/Elève

Q12 : **Niveau scolaire** :...../

1: Non scolarisée 3 : Secondaire
2: Primaire 4 : Supérieur

B) Les antécédents

Q13 : **Antécédents familiaux de troubles psychiatriques** :...../ 1: OUI

2: NON

Q14 : **Antécédents psychiatriques personnels** :...../ 1: OUI 2:
NON

Q15 : **Antécédents personnels de puerpéralité** :..... / 1: OUI 2:
NON

Q16 : **Antécédents gynéco-obstétricaux** :..... /
1 : Primipare 2: Pauci pare 3: Multipare

Q17 : **Mode d'accouchement** :

1 : Eutocique 2 : Dystocique 3 : Césarienne 4 : Dystocie + Césarienne

C) Les concepts populaires :

Q18 : **Diagnostic traditionnel envisagé par les parents** :/

1: Djinè bana 3: Kounafen 5 : Indéterminé
2 : Hakili bana 4: Djoliyèlèla kunkolofè

Q19 : **Circuit thérapeutique** :/

1: traditionnel 2 : Conventionnel

D) Examen psychiatrique :

Q20: **Motif de consultation et/ou hospitalisation** :...../

1 : Insomnie 3 : Agressivité 5 : Bizarrerie 7 :
Infanticide

2 : Anxiété 4 : Soliloquie 6 : Instabilité 8 : Autres

Q21: **Tableau clinique** :/

1: BDA 4: Etats dépressifs 7: Autres états
névrotiques

2: Etats confusionnels 5: Etats maniaques 8: PMD

3: Etats anxieux 6: Etats hystériques 9: Etats
psychotiques au long cours

10: Autres

Q22 : **Conséquence sur la relation mère-enfant** :...../

1: Indifférence 3 : Privation des soins 5 : Autres
2: Maltraitance 4 : Infanticide

Q23 : **Evolution** :..... /

1: Favorable 3 : Perdue de vue
2: Défavorable 4 : Décédée

E) Période de survenue :

Q24 : **Pendant la grossesse** :...../

1: 1^{er} trimestre 2: 2^{ème} trimestre 3: 3^{ème} trimestre

Q25 : **Post-partum** (Durée) :..... /

1: Précoce : 1 à 6 semaines

2 : Tardif : Entre la 6^{ème} semaine et 1 an

Q26: **Post-abortionum** :

1: OUI 2: NON

F) Les circonstances de survenue :

Q27 : **Facteurs favorisants** :..... /

1: Perte de l'enfant 4: Traumatismes obstétricaux 7:

Sexe de l'enfant

2: Enfant malformé 5: Choc émotionnel

8: Dystocie

3: Enfant prématuré 6: Primipare âgée 9:

Indéterminé

G) Examen physique :

Q28: **Consultation gynécologique** :..... /

1: OUI 2: NON

Q29: **Examen général** :..... /

1: Normal 2: AEG 3: Autres

Q30 : **Examen gynéco-obstétrique** :..... /

1: Infection 2: Autres

H) Examens complémentaires :

Q31: **Résultats des examens complémentaires** :..... /

1: NFS: Normal Anormal 4: GE: Positif Négatif

2: Glycémie: Normal Anormal 5: VIH: Positif Négatif

3: Widal: Positif Négatif 6: BW: Positif Négatif

7: Toxoplasmose: Positif Négatif

8: EEG: Normal Anormal

9: Autres: Normal Anormal

Q32: **Suivi**:..... /

1: Externe 2: Hospitalisation

I) Prise en charge :

Q33: **Chimiothérapie psychiatrique** :..... /

1: Neuroleptiques 3: Anxiolytiques 5: Neuroleptiques +

Antidépresseurs

2: Antidépresseurs
Anxiolytiques

4: Hypnotiques

6: Antidépresseurs +

7: Autres

Q34: Psychothérapie :...../

1: OUI 2: NON

ANNEXE : 2

Ministère de la sante

République du Mali

.....000

Un peuple - Un but - Une foi

C H U du Point G

.....0000.....

Service de psychiatrie

FICHE DE CONSULTATION EXTERNE N°

Nom :Prénom:.....

Age :Sexe :Religion :

Fratie: Mère.....Père.....

Profession :

Adresse permanente s/c

.....

Marié(e) /_ / Célibataire /_ / Veuf (Ve) /_ / Nbre d'épouses ou Coépouse /_ /

Divorce(e) /_ / Union libre /_ / Séparé(e) /_ / Autres /_ /

à Préciser.....

Nombre d'enfant :

Niveau d'étude :

Origine de la décision de consultation :

Médecin /_ / Famille /_ / Forces de l'ordre/_ / Patient lui-même /_ /

Autres/_ / à préciser.....

Motif de consultation :

Date :Diagnostic :

Observation clinique :

Identité de l'observateur :

.....

Histoire de la maladie :

Selon le patient :

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....

Selon les accompagnants :

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

Présentation :

- Tenues :
- Mimique :
- Contact :

Conscience :

Psychomotricité :

Pensée :

- Cours :

- Contenu :

Délire :

- Mode de début :
- Thèmes :
- Mécanisme :
- Structure :
- Adhésion :

Compréhension :

Langage :

Gnosie :

Praxie :

Jugement :

Mémoire :

Attention :

Comportement :

- Auto-agressivité / _ / :
- Hétéro-agressivité / _ / :
- Sociabilité :

Niveau d'intégration :

Conduites instinctuelles :

- Sommeil :
- Alimentaire :
- Sexualité :
- Sphinctérienne :

Conduites Antisociales :

Habitudes Exo-toxiques : (produits consommés) :

Examen Somatique :

Etat Général :

TA : Température : Pouls :

Fréquence cardiaque : Fréquence respiratoire :

Examen Neurologique :

.....
.....
.....

Autres appareils :

Examens complémentaires :

- Explorations para cliniques :

.....
.....

- Explorations psychologiques (tests) :

.....
.....

Résumé :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Traitement :

ANNEXE 3

Ministère de la sante

République du Mali

.....000.....

Un peuple un but une foi

HOPITAL NATIONAL DU POINT G

.....000.....

SERVICE DE PSYCHIATRIE

DOSSIER CLINIQUE N ° :.....

DATE D'ENTREE.....DATE DE SORTIE.....

NOM:.....PRENOM:.....

AGE :.....SEXE :.....FRATRIE.....

ETHNIE :.....PROFESSION.....RELIGION.....

ORIGINE FAMILLE.....LIEU ENFANCE.....

LIEU ECLOSION TROUBLES.....

ADRESSE PERMANENTE :.....

SITUATION MATRIMONIALE: Célibataire /_/ Marié /_/ Veuf /_/

Divorcé(e) /_/ union libre /_/ séparé(e) /_/ autre /_/ à préciser :

NOMBRE D'EPOUSE OU DE COEPOUSES :.....

NOMBRE D'ENFANT :.....NIVEAU DE SCOLARISATION :.....

MODE DE DEPLACEMENT: HDT /_/ HO /_/ HL /_/

ATTACHE A L'ARRIVEE : OUI /_/ NON /_/

ASSENTIMENT A L'HOSPITALISATION : OUI /_/ NON /_/

ISOLEMENT A L'ENTREE : OUI /_/ NON /_/

DATE D'HOSPITALISATIONS ANTERIEURES : Entrée.....Sortie...

Le malade a-t-il suivi un traitement traditionnel ? Si oui lequel ?...Résultat:...

Adresse du ou des guérisseurs :.....

Diagnostic évoqué par le ou les tradipraticiens :.....

Itinéraire Thérapeutique :.....

Dossier N° :

Origine de la demande d'hospitalisation :

Médecin / _ / Famille / _ / Forces de l'ordre / _ / Patient/ _ /

Autres / _ / à préciser

Accompagné par :

Parent / _ / Voisin / _ / Collègue / _ / Autre / _ / à préciser

MOTIFS DE LA DEMANDE D'HOSPITALISATION :

ANTECEDENTS

FAMILIAUX :

Père :

Mère :

Collatéraux :

PERSONNELS :

Médicaux :

Psychiatriques :

HISTOIRE DE LA MALADIE :

Renseignements fournis par le patient

.....
.....
.....
.....
.....

Dossiers N° :

PAR LES ACCOMPAGNANTS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES PAR LA FAMILLE

.....
.....
.....
.....

Dossiers N° :

Examen psychiatrique

Présentation :

Tenue : Correcte / _ / Débraillée / _ / Extravagant / _ /

Inhabituelle / _ / Incurie / _ /

Autre / _ / à préciser

Mimique : Adaptée / _ / Discordante / _ / Amimie / _ /

Autres / _ / à préciser

Contact : Coopérant / _ / Familier / _ / Opposant / _ / indifférent / _ /

Autre / _ / à préciser

Conscience : Claire / _ / Lucide / _ / Obtusion / _ / Obnubilation / _ /

Confuse / _ / D.T.S / _ /

Autre / _ / à préciser

Humeur : Normale / _ / Triste / _ / Joyeuse / _ /

Labile / _ / Autre / _ / à préciser

Psychomotricité : Normale / _ / Inhibition / _ / Catatonie / _ /

Instabilité / _ /

Agitation / _ / Autre / _ / à préciser

Pensée :

*Cours : Normal / _ / Tachypsychie / _ / Bradypsychie / _ /

Barrage / _ /

Autre / _ / à préciser

*Contenu :

Onirisme / _ / Obsession / _ / Phobie / _ / Autre / _ / à préciser

Dossier N° :

Délire : / _ /

*Thèmes : Persécution / _ / Grandeur / _ / Mystique / _ /

Filiation / _ / Autre / _ / à préciser

*Mécanisme : Hallucination / _ / Interprétation / _ / Intuition / _ /
Imagination / _ /

Illusion / _ / Autre / _ / à préciser

Langage :

Normal / _ / Logorrhée / _ / Mutisme / _ / Soliloquie / _ /

Verbigération / _ / Bégaiement / _ / Palilalie / _ / Echolalie / _ /

Néologisme / _ / Aphasie / _ / Paraphasie / _ / Autre / _ / à préciser

Contenu : Cohérent / _ / Riche / _ / Pauvre / _ / Incohérent / _ /

Autre / _ / à préciser

Langage écrit : Normal / _ / Altéré / _ / Autre trouble / _ / à préciser

Lecture : Normal / _ / Altérée / _ / Autre trouble / _ / à préciser

Intelligence :

*Jugement : Adéquat / _ / Non adéquat / _ /

*Raisonnement : Adéquat / _ / Non adéquat / _ /

*Calcul : Conservé / _ / Perturbé / _ /

*Capacité d'abstraction et de conceptualisation : Conservée / _ / Perturbée / _ /

*Mémoire : Conservée / _ / Amnésie Antérograde / _ /

Amnésie rétrograde / _ / Amnésie Antéro-rétrograde / _ /

Autre / _ / à préciser

*Attention : Adaptée / _ / Distraite / _ / Focalisée / _ / Autre / _ / à préciser

Dossier N° :

Comportement :

- Au niveau individuel :
 - Hygiène corporo-vestimentaire : Satisfaisante / _ / Non satisfaisante / _ /
Autre / _ / à préciser
 - Bizarrerie / _ / Stéréotypie / _ /
 - Port d'objet acéré / _ / Contondant / _ / Non dangereux / _ /
Autre / _ / à préciser
 - Auto agressivité :

Automutilation / _ / autolyse / _ / autre / _ / à préciser

- Au niveau relationnel :
 - Hétéro agressivité : Globale / _ / Sélective / _ / Verbale / _ /
/ Physique / _ /
- Au niveau d'intégration :
 - Familial : Bon / _ / Passable / _ / Mauvais / _ /
 - Social : Bon / _ / Passable / _ / Mauvais / _ /
 - Professionnel : Bon / _ / Passable / _ / Mauvais / _ /

Conduites instinctives :

- Alimentaire : Normal / _ / Anorexie / _ / Boulimie / _ /
Refus alimentaire / _ /
Autre / _ / à préciser
- Sommeil : Normal / _ / Insomnie / _ / Hypersomnie / _ /
Autre / _ / à préciser
- Sphinctérien : Normal / _ / Enurésie / _ / Encoprésie / _ /
Incontinence / _ /
Autre / _ / à préciser
- Sexuelle : Sans particularité / _ / Hétéro / _ / Homo / _ / Auto / _ /
Impuissance / _ /
Frigidité / _ / Autre / _ / à préciser

Dossier N° :

Conduite antisociale :

Fugue / _ / Vol / _ / Viol / _ / Homicide / _ / Incendie / _ / Attentat à la pudeur / _ /

Autre / _ / à préciser

Habitudes Exo toxiques : (produits consommés)

Néant / _ / Alcool / _ / Tabac / _ / Almoukaïkaï (Dature Metel) / _ /

Cannabis / _ / Heroïne / _ / Cocaïne / _ /

Quantité

Voie d'absorption

Mode de consommation

Autre / _ / à préciser

Examens psychologiques

Observation :

Tests d'efficiace :

Tests de personnalité :

Dossier N° :

Examen somatique

- Pouls
- Etats généraux : TA : Température :
- Appareils :

Examen neurologique :

Examens complémentaires para cliniques :

NFS / _ / VS / _ / GE / _ / Glycémie / _ / Azotémie / _ /
Creatinimétrie / _ /

Transaminases ASAT / _ / Transaminases ALAT / _ / Gama GT / _ /
BW / _ /

HIV / _ / Albumine (urines) / _ / Sucre (urines) / _ / Rx Crane /
_ / E.E.G. / _ /

L .C.R / _ / Autre / _ / à préciser

En résumé

Hypothèses diagnostiques

Dossier N° :

Propositions thérapeutiques

Médical :

Psychologique :

Social :

Educatif :

Dossier N° :

DATE	NOM ET PRENOM QUALIFICATION DE L'EXAMINATEUR	EVOLUTION ET TRAITEMENT

A- FICHE SIGNALITIQUE :

Nom: TOGOLA

Prénom: Hawa

Titre de la thèse: Etude épidémio-clinique des psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du CHU du point G. de janvier 2004 à décembre 2014.

Année: 2004-2014

Pays d'origine: MALI.

Ville de soutenance: Bamako.

Lieu de dépôt: Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie (Bamako-MALI).

Secteur d'intérêt: Psychiatrie, Santé mentale.

RESUME :

Les études ont porté sur 329 dossiers de femmes hospitalisées et suivies à titre externe au service psychiatrique du CHU du point G pour psychoses puerpérales.

L'objectif général était d'améliorer la prise en charge des femmes souffrant de psychose puerpérale dans le service de psychiatrie du CHU du point G.

Durant la dite étude, la fréquence hospitalière des psychoses puerpérales était de 1,6%.

La tranche d'âge 21-30 ans était la plus représentée avec 47,7%.

Les primipares étaient les plus représentées avec 34%.

Les malades de l'ethnie bambara étaient les plus représentés avec 38%.

Les non scolarisés étaient les plus représentés avec 58,4%.

Les ménagères étaient les plus représentées avec 83,9%.

Parmi les différents états psychopathologiques les plus fréquemment rencontrés, les bouffées délirantes aiguës ont dominé le tableau clinique avec 64,74%, suivis des états psychotiques au long cours avec 23,70% ; des états dépressifs avec 5,77% ; des états anxieux avec 2,12% ; des états maniaques avec 1,82% ; des états confusionnels avec 1,51%.

L'évolution favorable du tableau clinique est déterminante dans 77,50% des cas sous chimiothérapie psychiatrique. Le post-partum précoce a été la période gravidopuerpérale la plus touchée avec 48,9%.

Mots clés : Psychoses puerpérales, Psychiatrie, Bamako.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, 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, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !