

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

**Union -discipline -travail**

---

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**



**FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 1985-1986**

---

**PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES DE LA GRAVIDO  
PUERPERALITE:**

**A propos des cas recensés de Janvier 1985 à Août 1986)  
à l'hôpital Psychiatrique de Bingerville.**

**MEMOIRE DE FIN DE CES DE PSYCHIATRIE**

**Présenté par DIAWAR Marguerite épouse TE BONLE**

**Directeur de Mémoire : Professeur Max HAZERA**

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

**Union -discipline -travail**

---

**MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE**

**FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 1985-1986**

---

**PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES DE LA GRAVIDO  
PUERPERALITE:**

**A propos des cas recensés de Janvier 1985 à Août 1986  
à l'hôpital Psychiatrique de Bingerville.**

**MEMOIRE DE FIN DE CES DE PSYCHIATRIE**

**Présenté par DIAWAR Marguerite épouse TE BONLE**

**Directeur de Mémoire : Professeur Max HAZERA**

## Sommaire

### **PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE LA PUERPERALITE.**

**INTRODUCTION** 4

**I°)- ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES DE LA PUERPERALITE.** 5

**I- 1 : DEFINITION ET GENERALITES** 5

**I- 2 : HISTORIQUE** 5

**I-3 : EPIDEMIOLOGIE** 7

**I- 4 : LA CLINIQUE** 9

**I - 4 – 1 : Pathologie psychiatrique de la grossesse.**

**I – 4 – 2 : Pathologie psychiatrique du post-partum.**

**I – 4 – 3 : Pathologie psychiatrique du post-abortum.**

**I – 4 – 4 : Autres troubles**

**I – 5 : LE PRONOSTIC**

**I- 6 : DONNEES ETIOPATHOGENIQUES** 17

**I – 7 : LA THERAPEUTIQUE**

### **IIEME PARTIE :NOTRE ETUDE**

**I°)- METHODE DE TRAVAIL** 35

**II°)- RESULTATS** 36

**1 : EPIDEMIOLOGIE**

**2: ETIOPATHOGENIE**

**3: TRAITEMENT**

**III°)-CONCLUSION** 48

## **INTRODUCTION**

La maternité demeure toujours en Afrique la marque première de l'identité de la femme. Elle lui renvoie le regard des autres, regard des autres à travers lequel elle cherche à percevoir sa propre image- de bonne génitrice, de bonne épouse, garantie de sa stabilité psychologique et de son statut.

Lorsque l'enfantement renvoie à la femme, cette image d'elle- même, il devient source de réassurance, nécessité psycho-sociologique.

Mais simultanément, à la recherche de cette image, de bonne mère, se double une angoisse, l'angoisse d'être vécue comme une mauvaise génitrice ; lorsque cette angoisse s'intensifie pour devenir insupportable et insurmontable, elle trouve une issue plus souvent dans une décompensation psychique qui se situe en période de puerpéralité.

Cette pathologie mentale autour de la puerpéralité est fréquemment rencontrée dans notre pratique quotidienne, et nous avons voulu en faire une étude parmi les malades hospitalisées à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Cette étude comprendra 2 parties :

- Une première partie concernant l'étude des psychoses puerpérales d'après la revue de la littérature
- Une deuxième partie centrée sur nos cas recensés en milieu hospitalier sur 20 mois d'hospitalisation.

**PREMIERE PARTIE : APPROCHE THEORIQUE  
DE LA PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE LA PUERPERALITE**

---

---

# **I- LES ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES DE LA PUERPERALITE**

## **- I-1 : Définition et Généralités**

- Le terme de « puerpéralité » recouvre tous les phénomènes ayant trait à la grossesse et à l'accouchement.

Sous le terme de « Psycho pathologie de la puerpéralité » beaucoup d'auteurs ont rassemblés tous les troubles psychiatriques et manifestations psychopathologiques chez la mère pendant la grossesse , l'accouchement , le post partum, la lactation et le post abortum spontané et provoqué ; y ont été inclus les accidents psychiatriques du père aux approches de la délivrance et après elle , de même que les troubles des parents consécutifs à l'adoption d'un enfant ; c'est une définition assez vague dans laquelle se retrouve pratiquement toute la nosographie psychiatrique.

Notre étude de la pathologie de la puerpéralité sera centrée sur les troubles psychiatriques survenant chez la femme en période gravide (c'est à dire en état de grossesse), en période du post abortum et en période du post partum.

Ces troubles ont fait l'objet de plusieurs études : nous en faisons un rappel tant du point de vue historique que épidémiologique, clinique et thérapeutique.

## **I- 2 : Historique**

De Hippocrate à Webster en 1848 en ANGLETERRE, en passant par Esquirol, des écrits sur « l'aliénation des accouchées » abondent.

Marcé dès 1858 s'intéresse à la séméiologie, et à l'étiologie et à l'évolution des désordres de la gravido puerpéralité. Depuis ce temps, les théories s'affrontent, certaines insistant sur le terrain, d'autres sur les théories toxi-infectieuses, et sur les hypothèses et thérapeutiques endocriniennes.

- Parallèlement à toutes ces théories dont certaines donnent la prééminence à la dégénérescence (comme MAGNAN) et d'autres aux traumatismes obstétricaux physiques et psychiques, ainsi qu'à la théorie socio- culturelle, une littérature psychanalytique traite des problèmes de la mère psychotique et de son enfant, faisant des psychoses puerpérales un problème psychogénétique pur fondé sur l'échec de la maturation des processus inconscients de la « maternalité ».

- Face à toutes ces études, un courant Nord- Américain et Scandinave, avec une largesse de vue, dilue la pathologie puerpérale dans une « conception multifactorielle dite convergente ».

Actuellement, beaucoup d'enquêtes épidémiologiques de méthodologies variées (dont celle de Durant –Comiot en 1977 au Sénégal (14), celle de DEAN et Kendell en 1977 en Grande Bretagne (24) celle de Katona en 1982 en Grande Bretagne, (24) celle de Prothéro, Soulé et collaborateurs) ont permis de préciser la fréquence, la distribution temporelle, la sémiologie et les facteurs de risque de survenue de la pathologie de la puerpéralité.

### **I- 3 : EPIDEMIOLOGIE**

selon les études de Kendell et Rennie (24) portant sur 35 729 femmes d'Edimbourg

- En hospitalisations pendant la puerperalité
- Pendant la consultation psychiatrique pendant la puerperalité
- Lors des enquêtes systématiques,

Il a été montré que :

- Parmi les troubles psychiatriques liés à la puerperalité, nombreux sont les états névrotiques et anxiodépressifs modérés qui ne sont pratiquement jamais vus par un psychiatre ; ces états étant souvent mis sur le compte des « fatigues de la grossesse » ou des contraintes de la maternité et pourtant, ils entraînent une aliénation du fonctionnement psychique qui , si elle se prolonge peut compromettre le développement harmonieux de la relation « mère enfant ».
  - La fréquence des hospitalisations psychiatriques pendant la puerpéralité est de 1 à 2‰ accouchements (1 à 2 pour 1000 accouchements)
  - Du point de vue distribution temporelle,
- Les hospitalisations sont plus importantes pendant les deux premiers mois du post-partum.
  - Pendant la grossesse, l'incidence des hospitalisations est faible, ce qui a fait dire à certains auteurs qu'ils existe une influence protectrice de la gravidité quant à la manifestations des troubles mentaux sévères.

En ce qui concerne la nosographie, les troubles thymiques ( dépression ou maniaques) constitueraient 80% des cas avec cependant une prédominance des états dépressifs dont un tiers d'intensité modérée.

- Dans le cas des schizophrénies et des névroses, selon les études de Protheroe il s'agit le plus souvent de mère malades pour la plus part avant leur grossesses.
- Quant à la fréquentation psychiatrique selon Kendell et Warmwright (24), elle serait plus élevée dans les deux ans suivant l'accouchement qu'elle ne l'était avant la grossesse ;  
L'incidence des nouveaux épisodes y reste élevée, de façon beaucoup plus nette pour les dépressions.

Signalons pour mémoire que chez les pères, la fréquentation psychiatrique est sans variation significative. D'autres études ont montré que :

- La fréquence des désordres mentaux est en baisse depuis 1959, chez les femmes enceintes et chez les accouchées par rapport à l'ensemble des affections psychiatriques féminines (névroses et psychose confondues): de 10 à 15% du nombre des entrées en milieu psychiatrique, elle est descendue à 2- 3%
- En considérant seules les femmes en âge de procréer, les accidents de la gravido- puerperalité représentent 9- à 10% des entrées.
- Il existe six (6) à dix (10) accidents du post-partum pour un (1) de la grossesse et la plupart des troubles du post- partum surviennent pendant le mois après l'accouchement. Ceux de la gravidité sont repartis sur les 9 mois de la grossesse.
- L'âge de vulnérabilité se situe entre 28 et 35 ans et les primipares de plus de 30 ans sont les plus affectées
- Le sexe de l'enfant n'a pas d'importance.

### Pour les pays en voie de développement,

- En Afrique du Nord, les psychoses puerpérales représentent 13 à 15% des entrées de femme en hôpital psychiatrique.
- Au Sénégal, d'après l'étude de Durand –Comiot :
  - 82% des psychoses puerpérales se situent dans le post-partum et 4% des troubles du post-partum sont consécutifs à la mort de l'enfant après la naissance.
  - 10% des troubles apparaissent pendant la grossesse, ce qui donne 8 psychoses du post-partum contre 1 de la gravidité.
  - 8% des troubles surviennent après un avortement.
  - Les primipares décompensent plus vite et plus la femme a d'enfants, moins elle a de chance de faire des psychoses puerpérales (l'inverse est constaté dans les pays magrébins où la multipare semble plus exposée aux psychoses puerpérales).
  - Du point de vue évolution dans le temps, plus les troubles sont proches de l'accouchement, plus ils sont fréquents surtout chez la primipare.



En Côte d'Ivoire, nous n'avons pas connaissance d'études faites dans ce sens.

En résumé, nous retenons que :

- Le pourcentage des psychoses puerpérales par rapport à la morbidité psychiatrique féminine globale varie en fonction du développement socio-culturel : de 2 à 3% dans les pays développés, il est de 10 à 15 % dans les pays en développement
- Le risque de faire une pathologie mentale est moindre pendant la grossesse que dans la période du post-partum. (1 contre 6 à 10) avec un pic des fréquences des accidents dans le premier mois du post-partum (75 à 80%).
- Dans le post-partum stricto sensu, il existe une vulnérabilité plus grande de la femme primipare de plus de 30%.
- Pendant la grossesse, la multipare semble la plus menacée.

#### **I- 4 : LA CLINIQUE**

Cette clinique insistera beaucoup sur la pathologie puerpérale de la femme elle sera subdivisée en trois sous chapitres :

La pathologie puerpérale de la grossesse  
celle du post-partum  
et celle du post-abortum.

##### ***I- 4 -1 : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DE LA GROSSESSE***

La grossesse représente pour la femme un nouvel état auquel elle doit s'accommoder en maîtrisant les excès de ses défenses homéostatiques au premier trimestre ; au 2<sup>e</sup> trimestre, apparaît une certaine quiétude, un équilibre qui s'ébranle à nouveau au troisième trimestre en entraînant de nombreux désordres.

Deux types de manifestations peuvent apparaître :

- Des troubles neurovégétatifs, organofonctionnels névrotiques ou pseudo névrotiques
- Ou des manifestations psychotiques.

##### **Troubles neuro-végétatifs pseudo névrotique ou névrotiques**

- La plupart des femmes enceintes sont soumises à une labilité émotionnelle avec une perturbation des conduites alimentaires, du sommeil, l'apparition d'un état d'inquiétude et de crainte pour le déroulement de la grossesse, pour l'enfant à venir pour les responsabilités de future mère. Mais de tous ces troubles, ceux

qui retiennent particulièrement l'attention de tous les auteurs sont les vomissements et l'hypertension artérielle de la grossesse ; ces deux derniers peuvent être à la base de perturbations plus graves sur le plan somatique.

- Chez des femmes (aux personnalités) antérieurement pathologiques, peuvent apparaître des symptomatologies névrotiques ou pseudonevrotiques avec :

Décompensations anxieuses

Dépressions névrotiques.

Il a été mis en évidence une corrélation entre les dépression gravidiques et :

- le jeune âge de la gestante (inférieur à 20 ans)
- l'ambivalence à l'égard de la grossesse
- Les antécédents d'interruption volontaire de grossesse
- l'influence d'un environnement défavorable ou des stress vécus pendant la grossesse.
- Peuvent s'observer également des perturbations caractérielles avec rarement des conduites antisociales à types de fugues :

Vol

Impulsions toxicomaniaques et sexuelles.

### **des Manifestations franchement psychotiques**

Rarement elles grèvent la moitié de la grossesse ; la grossesse semble cependant jouer un rôle protecteur vis-à-vis des états psychiatriques majeurs ; ainsi les psychoses gravidiques seraient 5 à 6 fois moins fréquentes que les psychoses du post partum ; lorsqu'elles surviennent ; elles revêtent différentes formes :

- Les dépressions mélancoliques : près du terme, elle prennent une allure confusionnelle et délirante. L'accouchement y met rarement fin, se poursuivant dans les premières semaines du post-partum.

- On décrit également des états maniaques, des bouffées délirantes, des psychoses aiguës atypiques.

Le risque de toutes ces psychoses est leur chronicisation et leur évolution possible vers la dissociation.

Signalons par ailleurs qu'en plus de son rôle protecteur, la grossesse, entraînerait des rémissions plus ou moins complètes des troubles psychiatriques préexistants à la grossesse, ce qui permet une réduction de posologie des neuroleptiques ; cependant on a noté la possibilité de rechute après l'accouchement.

Il a été signalé également les exacerbations anxio-délirantes survenant sous l'effet des betamimétiques (dont le salbutamol et le pré-par) utilisés souvent en obstétrique pour les tocolyses.

Il a été également mis en évidence que les grossesses accompagnées de troubles psychiques entraînent plus souvent que les autres des difficultés obstétricales

(forceps, césarienne), des accidents néonataux ; le poids de naissance des enfants est en moyenne inférieur à celui des enfants nés après une grossesse sans troubles psychiques.

- Les femmes présentant des troubles émotionnels sévères pendant la gestation sont les plus exposées aux risques de pharmacodépendance, de tabagisme, d'alcoolisation et d'irrégularité dans le suivi de la grossesse..

#### ***I-4 -2 : PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE DU POST- PARTUM***

Le post-partum est une période où le risque de décompensation psychiatrique est majeur.

Selon des études faites par certains auteurs comme HEMPHILL et collaborateurs (24), il apparaît que le risque d'admission psychiatrique pour psychose fonctionnelle serait multiplié par 10, les troubles apparaissant à la première semaine dans 40% des cas et au 1<sup>er</sup> mois dans 80% des cas.

Les psychoses du post-partum ont été démembrées en fonction de critères diagnostiques, ainsi la nosographie retient : En plus du post-partum et des dépressions mineures ou atypiques du post -partum,

- Les psychoses délirantes aiguës
- Les désordres thymiques francs
- Les états schizophréniques,

Le DSM III , identifie plusieurs types de troubles, il met la maternité et la puerperalité dans les axes IV et V, se révèle que la naissance de l'enfant peut être considéré comme facteur de stress psychosocial ; dans cette même optique, l'évaluation de la relation familiale avec le niveau d'adaptabilité avant la naissance sont des facteurs qu'ils serait intéressant d'étudier plus en profondeur.

#### **Le post partum blues ou maternity blues ou syndrome du 3è jour**

Quelques jours après la délivrance, il apparaîtrait chez 30 à 80% des accouchées des manifestations neuropsychiques mineures passant souvent inaperçues par l'entourage ; parfois elles peuvent être intenses et se caractériser alors par une asthénie des plaintes somatiques, des troubles du sommeil, une irritabilité et des troubles mnésiques, des crises de larmes, des ruminations pessimistes concernant le nouveau-né avec la crainte d'être une mauvaise mère.

L'humeur est instable allant de la dysphorie anxieuse à la jubilation intense. Ces symptômes psycho-organiques restent en général discrets et sont contemporains de la montée laiteuse ; ils sont attribués au bouleversement hormonal des suites de couches. Le post-partum blues est bénin il dure peu de temps et sa résolution rapide est précipitée par l'attitude chaleureuse et maternante de l'entourage.

- Dans moins de 10% des cas, la dépression persiste au delà d'une semaine ce qui peut-être le point de départ d'une dépression franche et traînante du post-partum.
- Par ailleurs ils existerait une corrélation entre la survenue du post-partum blues et l'existence de troubles émotionnels pendant les dernières semaines de la grossesse.

### **Psychoses du post partum**

A côté des troubles thymiques et des tableaux schizophréniques typiques rares, les psychoses du post-partum ont souvent la sémiologie particulière d'une psychose délirante aiguë avec désorganisation de la conscience et participation thymique manifeste.

#### **a) Psychoses délirantes aiguës ou bouffées confuso-délirantes-**

Elles se caractérisent par :

- un début brutal survenant dans les trois premières semaines du post-partum avec un pic de fréquence aux alentours du 10<sup>ème</sup> jour
- des prodromes à type de ruminations anxieuses, de crises de larmes , de cauchemars avec agitation nocturne, le tout pouvant débuter dès le premier jour de l'accouchement.
- La symptomatologie est polymorphe et labile et le tableau clinique varie d'une malade à une autre ; chez une même malade, on note :
  - Une oscillation entre agitation et stupeur
  - Une agressivité et des conduites ludiques en rapport avec les variations de l'humeur et du niveau de la conscience.
  - Des troubles de la vigilance, une mauvaise perception de la réalité devenant inquiétante, des repères flous, une conscience de soi altéré, des bouffées oniroïdes et des scènes oniriques venant renforcer l'anxiété et le délire. Parfois il y a des tableaux mixtes de syndromes confuso-maniaques ou confuso- mélancoliques
- Un délire souvent centré sur la naissance et la relation à l'enfant avec :
  - Négation du mariage ou de la maternité avec sentiment de non appartenance ou de non existence de l'enfant, ce sentiment coexiste avec la crainte ambivalente de sa mort ou la conviction persécutive qu'il a été substitué ou changé de sexe, ou dérobé.
    - Une mère qui se vit comme menacée par des influences maléfiques et elle essaye de lutter contre l'angoisse de destruction avec des conduites itératives de réparation magiques.

Parfois, la mère se montre agressive envers l'enfant et/ ou envers elle-même avec la possibilité d'infanticide ou de suicide.

- L'évolution de la psychose délirante est souvent favorable sous chimiothérapie, sismothérapie ; mais il existe une possibilité de rechute sous forme d'états mixtes ou d'accès mélancolique ou maniaques plus ou moins atypiques.

### **b) désordres thymiques:**

Ce sont les plus fréquents

- L'accès maniaque

selon les travaux de différents auteurs, de Marcé en 1862 à Katona en 1982, il est fréquent, marqué par un début brutal, dans les deux semaines suivant l'accouchement.

La désorganisation psychotique et l'agitation sont intenses, les productions hallucinatoires et délirantes sont fréquentes, avec idées de toute puissance d'influence, de mission divine, des thèmes érotomaniaques ou persécutifs.

- L'accès dépressif majeur :

Dans 1 cas sur 5, le début est précoce entraînant une hospitalisation dans les quinze jours suivant l'accouchement. Ces formes aiguës prennent une allure stuporeuse, confusionnelle ou mixte.

Souvent la dépression se manifeste tardivement. La clinique des dépressions du post-partum a été comparée à celle des dépressions survenant à un autre moment, et mise en évidence par Dean en 1981 et Katona en 1982 [24] :

- Il existe un délire et une labilité thymique beaucoup plus souvent dans les dépressions puerpérales que dans le groupe contrôle : 50% des dépressions du post-partum ont l'allure de mélancolies délirantes ; dans l'échantillon de Dean et Kendell, 20% des dépressions puerpérales présentent des signes de la série confusionnelle.
- L'évolution et la durée d'hospitalisation sont les mêmes dans les deux groupes mais pour le traitement, la sismothérapie est plus employée et semble plus efficace dans les dépressions puerpérales que dans le groupe contrôle.
- Dans la mélancolie puerpérale la thématique dépresso-délirante converge vers le nourrisson :  
Des sentiments d'incapacité et de culpabilité torturent la mère qui sent peser sur elle et l'enfant des menaces précises ; elle a des visions funèbres, et se croit responsable de catastrophes ; des pulsions mortifères l'assaillent avec comme risque, le raptus suicidaire et / ou l'infanticide, ce qui nécessite une hospitalisation urgente.

- Les états dépressifs majeurs du post-partum peuvent revêtir l'allure traînante des dépressions hypochondriaques avec asthénie intense, insomnie, amaigrissement, épuisement physique et intellectuel, plaintes somatiques variées ; Ils peuvent également simuler des tableaux neurasthénique ou pseudo névrotique ne réagissant pas toujours aux chimiothérapies antidépressives, mais cédant rapidement aux sismothérapies.

#### **Etats schizophréniques liés à la puerpéralité**

C'est une flambée schizophrénique débutant tôt après l'accouchement, avec agitation délirante, discordance idéo-affective et négativisme ; ou encore il s'agit d'une schizophrénique dysthymique avec excitation atypique, dépression délirante et discordante parfois ; il on observé un dissociatif insidieux avec un repli autistique, une hostilité, un comportement bizarre, un désintérêt pour l'enfant étant négligé ou mal soigné. Dans les antécédents des femmes atteintes de schizophrénie puerpérale, il y a des épisodes psychotiques.

- Quelquefois la puerperalité précipite les décompensations chez des femmes à personnalités rigides et schizoïdes mais étant jusque là bien adaptées.
- Il y a lieu de distinguer de ces schizophrénies puerpérales les épisodes schizophréniformes ou schizo- affectives avec état mixte pseudo discordant appartenant souvent à la psychose maniaco- dépressive : ces épisodes se manifestent souvent par des tableaux de catatonie aigue, de psychose délirante.
- 10 à 15% des psychoses du post partum évoluent vers un état dissociatif chronique ou une schizophrénie dysthymique (seule l'évolution à long terme permet d'en poser le diagnostic)
- Dans ces schizophrénies à début et à rechute puerpérale, l'adaptation à la maternité est compromise et il y a un risque de comportement incuriques, pathogènes ou agressifs à l'égard de l'enfant.

#### **Les dépressions mineures du post partum ou dépressions névrotiques ou atypiques**

Très fréquentes, elles ont une répercution sur le développement du jeune enfant et les cas suivis en psychiatrie représentent une faible proportion de ces états dépressifs dits « mineurs ». Ils s'observent dans l'année suivant l'accouchement.

Pitt en 1968 en précise la sémiologie et l'évolution des formes ambulatoires étant les plus fréquentes.

- Le début peut être marqué soit par le « post partum blues » se prolongeant, soit par des troubles survenant à la sortie de la maternité, à type marqués par l'abattement, l'irritabilité, les sentiments

d'incapacité et de déplaisir à s'occuper de l'enfant. L'irritabilité de la mère l'emmène à multiplier les consultations pédiatriques aux moindres pleurs de l'enfant ; elle se sent changée, éprouvant une lassitude physique et intellectuelle. Cela entraîne une anorexie et des dyssomnies avec cauchemars nocturnes, et désintérêt pour la sexualité. Parfois il y a des phobies d'impulsion angoissantes qui doivent faire craindre un infanticide. Pour réduire cette angoisse, elle évite les contacts, avec l'enfant le met à distance ou se décharge de ses soins sur l'entourage.

Cette dépression, sans traitement peut évoluer vers l'amélioration en quelques mois. Quelquefois, elle se prolonge.

- La prévalence de ces dépressions serait de 10 à 20% ; il n'a pas été établi de lien entre la dépression atypique du post-partum et l'ethnie, la classe sociale, le statut matrimonial, le sexe de l'enfant, le mode d'allaitement, les complications somatiques de l'accouchement, la parité.

Cependant certains facteurs ont été corrélés positivement. Ce sont :

- L'âge : le groupe vulnérable serait les femmes de moins de 20 ans et les primipares de plus de 30 ans
- Les difficultés familiales majeures dans l'enfance de la mère et les séparations précoces d'avec les parents.
- Les problèmes psychiatriques préexistant à la grossesse
- Les perturbations psychologiques ou psychiatriques pendant la grossesse, à type d'anxiété, d'hostilités, des troubles psychiques ayant entraîné une consultation pendant la grossesse ; 10 à 20% des dépressions du post partum seraient le prolongement d'une dépression présente pendant la grossesse
- une attitude négative à l'égard de la grossesse non : non désirée.
- Tentative d'avortement provoqué.
- Une tension affective et un isolement :

Tension dans le couple pendant la grossesse et le post partum

- insuffisance du support social.

Cette dépression de la jeune mère a un retentissement sur la vie familiale et l'équilibre du couple ; le nourrisson dans ce climat éprouve des frustrations avec une privation quantitative ( échanges courts et rares) et qualitatives

(échanges atones, délibidinalisés et sans éléments identificatoires habituellement "transmis" par la mère à l'enfant). A la longue, la mère peut

devenir maltraitante, ne contrôlant plus son agressivité vis à vis du bébé, ou gardant envers son enfant une agressivité élective et persistante, alors que les autres enfants de la fratrie peuvent être choyés.

En conclusion, la majorité des psychoses du post partum sont des psychoses thymiques avec désorganisation profonde de la conscience et fluctuation thymique dans 20% des cas.

Les psychoses puerpérales surviennent dans 1/3 des cas chez des patientes ayant des antécédents d'accidents psychiatriques majeures spontanés ou puerpéraux : si l'accident est initial, il peut rester isolé ou représenter le premier accès d'une psychose maniaco-dépressive uni ou bipolaire, ou inaugurer une psychose dissociative dans 10 à 20% des cas ; et le risque de récurrence à une grossesse ultérieure est alors élevé.

### ***II – 4 – 3 : PSYCHOSES PUERPERALES ET NEVROSES DU POST ABORTUM***

Les psychoses du post abortum sont rares selon Brewer cité par l'Encyclopédie Médico chirurgicale (EMC) (24) ; en effet la fréquence des hospitalisations psychiatriques dans les 3 mois suivant une interruption volontaire de grossesse est de 0,3%.

Elles interviennent chez des femmes à antécédents psychiatriques. Parmi les troubles rencontrés, les dépressions sont les plus fréquentes.

- Les avortements spontanés entraînent dans 2/3 des cas une réaction dépressive qui dure moins d'une semaine dans 90% des cas.
- Dans les avortements provoqués, dans 5 à 10% des cas, il existe un bref « post abortum blues » marqué par l'asthénie, la tristesse, les regrets, les crises de larmes, l'hostilité à l'égard du partenaire. Il y a des manifestations anxio-dépressives avec culpabilité obsédante, traînante et resurgissant à distance, soit à la date prévue de l'accouchement, soit lors d'une nouvelle grossesse, soit à la ménopause.
- Dans les avortements thérapeutiques, les interruptions de grossesse sont mal supportées psychologiquement, souvent culpabilisées.

Selon Protheroe, dans une étude menée en 1978, les femmes regrettant ultérieurement leur avortement en se culpabilisant ont été contraintes d'accepter l'avortement du fait de la pression d'autrui ou du fait des raisons médicales



**II – 4.4 - Enfin, en ce qui concerne les autres troubles (ceux consécutifs à l'adoption d'un enfant ou ceux du père autour de la délivrance), ils peuvent se manifester sous différents tableaux psychiatriques.**

En ce qui concerne l'adoption, elle revêt une importance sur le développement psychique de l'enfant, mais aussi des parents adoptifs ; elle demande des aménagements respectifs et réciproques tant chez les parents que chez l'enfant, elle peut emmener au déni de la stérilité (disposition psychologique qui pourrait expliquer la survenue de certaines grossesses après adoption) ; elle peut également être source de troubles psychiques emmenant parfois au déni des origines biologiques de l'enfant ou au contraire au dénigrement personnel de l'adoptant.

-Quant au père, il peut arriver que la naissance d'un enfant entraîne chez lui des bouleversements psychiques importants avec apparition de troubles ; cependant l'étude de la paternité est souvent négligée ; elle ne se faisant que quand est envisagé le rôle du père en tant qu'autorité ou carence : une enquête menée à Strasbourg par des gynécologues et des psychiatres a mis en évidence une fréquence relative de troubles mineurs psychosomatiques et névrotiques prouvant la participation psychologique inconsciente de l'homme à la grossesse.

Ces troubles sont digestifs ou à type de prise pondérale, de lombalgies, d'algies dentaires et de la sphère ORL.

## **I – 5 : LE PRONOSTIC**

-Les durées d'hospitalisation pour les psychoses aiguës du post- partum sont d'environ 1 mois.

- Le risque de passage à la chronicité (notamment à la schizophrénie) est plus élevé dans les psychoses schizophréniformes et dans les psychoses délirantes subaiguës traînantes atypiques.
- Quand dans 1/3 des cas ces psychoses schizophréniformes évoluent vers des psychoses cycliques les psychoses aiguës du post partum surviennent chez des femmes sans antécédents psychiatriques personnels et familiaux, quand elles sont précoces , brutales confusodélirantes et thymiques, elles ont un pronostic favorable confirmé dans 75 à 80% des cas avec un recul de 5 à 10 ans et il y a un risque de récurrence chez 1 à 3 de ces femmes sur 10.
- Les psychoses gravidiques présentent un plus grand risque de récurrence et de chronicisation par rapport aux psychoses du post-partum. Les psychoses précoces survenant dans les des trois premiers mois de gestation ont un mauvais pronostic du fait du risque élevée de dangerosité de la mère pour l'enfant ; elle devrait entraîner théoriquement une interruption de grossesse.

## **I – 6 : DONNEES ETHIOPATHOGENIQUES**

Les accidents psychiatriques puerpéraux n'ont pas une étiologie unique mise en évidence. Plusieurs variables sont souvent significativement associées à la survenue d'un accident psychiatrique puerpéral et il s'agit de :

### **• LES CONDITIONS SOMATIQUES**

#### **Les Théories Infectieuses et Toxémiques :**

Elles sont délaissées aujourd'hui, après qu'on aie écarté du champs de la psychiatrie certaines confusions mentales fébriles stuporeuses, parfois liées à un niveau d'insalubrité sanitaire.

#### **Le terrain Somatique et les Conditions Obstétricales**

Les primipares de plus de 30 ans et les multipares sont vulnérables car sont en mauvaises conditions physiques.

Il a été mis en évidence que anomalies et stress obstétricaux sont deux fois plus fréquents chez les femmes atteintes de psychoses du post- partum, ces anomalies sont : les dystocies, les hémorragies, les interventions chirurgicales, la prématurité, les cas de souffrance anormale du nouveau né seraient également plus nombreux.

### **• CONDITIONS « SITUATIONNELLES » - PSYCHOSOCIALES ET VARIABLES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET OBSTETRIQUES :**

#### **– Conditions « Situationnelles », Psychosociales**

L'absence de support social et l'adjonction de stress existentiels sont susceptibles de favoriser la désorganisation pathologique.

Dean et Kendell ont montré que :

27 déprimées majeurs sur 33, 9 maniaques sur 13 et 3 psychoses sur 5 autres ont eu des stress importants en dehors de celui de l'accouchement, ou sont dans des situations vitales chroniquement difficiles ( dissension conjugale, célibat, conditions sociales défavorables).

– Plus de 50% des patientes vivent dans l'une ou l'autre de ces situations et les évènements retrouvés sont du registre de la perte :

\* Perte de parent à proximité du terme

\* Perte d'enfant (mort ou adopté)

\* 1/3 à anomalie de la grossesse ou de l'accouchement

( hémorragie anté-partum, pré éclampsie, césarienne)

- Quelque fois , il s'agit d'un enfant précieux après stérilité.
- D'après l'étude de PF Chanoit, les évènements de vie jouent un rôle s'ils sont liés à des facteurs de vulnérabilité, par exemple la perte de la mère avant 11 ans.
- Guyotat, lui, parle d'évènements vécus touchant à la filiation et frappés souvent de « non-dit » C'est à dire de secret.

### **Variables socio démographiques et obstétricales**

D'après des études britanniques le célibat, la primiparité et la césarienne sont les 3 situations qui augmentent significativement le risque d'admission psychiatrique dans le post partum.

Par contre, restent sans signification notables l'âge de la mère, les autres complications de la grossesse, le sexe et le poids de l'enfant.

selon les mêmes études [24) le risque d'admission en psychiatrie , dans les 3 premiers mois du post partum est de 2,63% pour les primipares et 1,42% pour les multipares : cela confirme le fait que la 1<sup>ère</sup> maternité constitue une expérience où les exigences adaptatives sont fortes, entraînant alors un risque psychotique élevé. Cependant il y a des variations interculturelles dues aux différences d'attitudes à l'égard de la naissance et de la maternité : au Magreb, selon Chkili Sleim Ammar cité par l'EMC, pays à forte natalité, le 1<sup>er</sup> accident puerpéral survient chez la multipare épuisée par les grossesses rapprochées.

Par contre, au Sénégal, selon l'étude de M.LD Comiot, les primipares décompenseraient plus fréquemment.

### **• ANTECEDENT FAMILIAUX ET VULNERABILITE PERSONNELLE**

#### **Antécédents familiaux :**

L'incidence des antécédents familiaux ou personnels de la maladie mentale sur l'ensemble des troubles psychiatriques puerpéraux paraît lourde, en référence à des groupes de contrôle de femmes dont la grossesse et l'accouchement se déroulent sans heurt ; cette incidence demeure la même que celle retrouvée dans la pathologie psychiatrique générale ainsi, trouve – t-on des antécédents psychiatriques familiaux tant chez 15 à 50% des malades en psychiatrie générale que chez celles atteintes de psychoses du post partum. Certains auteurs ont évoqué la notion d'une personnalité pathologique de structure névrotique prépsychotique, on a également évoqué les personnalités immatures « borderline », rigides, schizoïdes fragiles.

Mais, plus convaincantes sont les résultats des études ci-dessous, concernant les liens entre psychoses puerpérales et psychose maniaco-dépressive.

### **Vulnérabilité individuelle, diathèse maniaco dépressive**

Il y a des liens entre PMD et troubles thymiques du post partum :

- En considérant les femmes atteintes de PMD et ayant eu des enfants, on constate que :
  - 1/3 ont eu des troubles thymiques dans le post partum.
  - 25% ont eu leur 1<sup>er</sup> épisode thymique en période du post partum
  - 20 à 30% de la totalité des naissances ont été suivies de troubles thymiques du post partum
  - l'âge d'apparition du 1<sup>er</sup> épisode est plus précoce chez les femmes présentant des troubles thymiques puerpéraux que chez celles n'en ayant pas ; chez celles ayant eu des troubles thymiques du post-partum, on constate que :
    - l'épisode thymique est survenu dès la 1<sup>ère</sup> naissance dans 2/3 des cas.
    - Les bipolaires ont eu plus souvent des troubles thymiques avant le 1er épisode puerpéral que celles atteintes de troubles unipolaires.
- Certaines patientes atteintes de psychoses bipolaires ont pendant le post partum une modification de leurs cycles habituels avec installation de cycle plus rapides.
- Quand une femme a présenté des PMD spontanées elle a un risque de faire une rechute après un accouchement :
- Chez les bipolaires 50% des naissances entraînent un épisode thymique (selon Reich et Winokur cités par l'EMC).
- Après un épisode thymique puerpéral, le risque de rechute à une grossesse ultérieure est grand :

Selon Protheroe, le risque est de 1/3 pour les bipolaires ( à antécédent puerpéral ou non) et de 1/8 pour les unipolaires- d'autres auteurs trouvent un risque plus élevé.

Les rechutes dépressives sont probablement sous- estimées, si on ne tient pas compte que des statistiques hospitalières : Bratfos et Hang [24] ont montré que 2/3 des dépressions puerpérales suivies de grossesses ultérieures ont récidivé à cette occasion ; chez ces patientes, l'épisode thymique puerpéral bien que typique et invalidant a rarement entraîné une hospitalisation et son dépistage s'est fait par enquête rétrospective.

Dans un certain nombre de cas, le 1<sup>er</sup> épisode thymique puerpéral reste isolé et déterminer un risque de rechute spontanée reste difficile. Reich et Winokur constatent la rareté des rechutes spontanées dans les 3 ans suivant un 1<sup>er</sup> accès maniaque puerpéral ; ils déconseillent alors l'instauration d'une prophylaxie par le lithium au décours d'un épisode de ce type.

- Dans l'étude de Davenport et Adland [24] « du National Institute of Mental Health », la relation entre la paternité et les accidents thymiques dans l'étude des hommes maniaco dépressifs bipolaires montre ceci :
  - 21 patients seules 40 ayant eu des enfants ont eu 1 accès pendant une grossesse de leur femme ou l'année suivant de leurs accouchements. Sur 25 accès liés à la paternité (dont 14 maniaques et 11 dépressifs), 16 sont survenus avant la naissance et 9 après , distribution temporelle différente de celle des psychoses thymiques puerpérales de la femme : l'homme décompense souvent avant la naissance alors que chez la femme, c'est dans les 2 premiers mois après l'accouchement .
- Les troubles survenant chez les pères à la naissance proviendraient de leur type de relation d'objet narcissique : l'arrivée d'un enfant pour eux serait une menace dans leur besoin de dépendance satisfaisante dans le couple ; cette naissance réactiverait leur conflit d'identité. Chez les femmes maniaco dépressives les mêmes facteurs psychologiques joueraient dans l'apparition des troubles.

## **II – 6.4 L'ÉVÉNEMENT MATERNITE**

En dehors du stress de l'accouchement, la naissance et le post partum précoce s'accompagnent de bouleversements biologiques et psychologiques pouvant favoriser une désorganisation psychique.

### **. Facteurs biologiques**

Certains auteurs comme Galien, Celse, Soranus expliquaient « la folie aiguë des accouchées » remontée du poison des lochies et du lait au cerveau, conception proche des croyances actuelles en Afrique noire où on pense à la remontée dans le cerveau de lochies (cf. notion du meret au Sénégal)

- Actuellement, des études scientifiques rigoureuses entreprises dans les pays développés ont mis en évidence l'existence de grands bouleversements endocriniens survenant rapidement avant, pendant et immédiatement après l'accouchement ; il a alors été proposé beaucoup d'hypothèses hormonales à la base des psychoses puerpérales, chacune des hypothèses faisant prévaloir soit le rôle de la progestérone, soit celui des oestrogènes, soit celui des 2 à la fois.

D'autres hypothèses mettent plus l'accent sur l'axe thyroïdien, notamment sur les taux de gonadotrophines, de prolactine, de corticostéroïdes circulants ; aucune de ces hypothèses n'a encore été confirmée ; Steiner (EMC) a montré en 1979 que les conditions neurohormonales de l'éclosion des psychoses ou des dépressions du post partum sont mal connues.

Dans les recherches neurobiochimiques, le travail de Handley[24] met en évidence que chez les femmes ayant un post partum blues sévère et celles ayant une dépression 6 mois après l'accouchement, il y a absence du pic d'élévation normale du tryptophane total dans les 2 premiers jours suivant la délivrance.

Le test à la tyramine dans les travaux de Sandler (EMC) et l'étude des neurotransmetteurs plaquettaires, oriente de plus en plus vers le dépistage prénatal des femmes à haut risque de dépression.

### **Facteurs psychodynamiques**

La grossesse apparaît comme étant le temps de la construction de l'enfant biologique en même temps que pour la femme une épreuve de vérité et de structuration marquant son histoire, influençant son développement et situant sa personne, sa féminité, sa sexualité, son être au monde.

C'est également la préparation de l'aptitude de la mère à pouvoir soigner « son » enfant "souvent idéalisé "

- Du point de vue psychologique selon les psychanalystes, la grossesse est une crise organisatrice qui prend ses racines dans l'histoire de la femme : on note l'existence d'une préhistoire aux phénomènes psychoaffectifs marquant la grossesse et toute l'histoire de la femme. Kreisler a montré que « l'attachement » maternel est l'aboutissement d'une évolution dont le début se situe dans les relations initiales de la fillette avec sa propre mère, cette évolution de l'attachement se poursuit dans la 2<sup>ème</sup> année où se met en place l'identité psycho sexuelle féminine, puis tout au long de l'évolution oedipienne dans les phénomènes d'identification à la mère, à la période de latence et à l'adolescence peuplée des fantasmes autour de l'avenir amoureux de la maternité et des 1<sup>ère</sup> relations sexuelles.

Quand l'état de grossesse est repéré, la future mère vit des fantaisies imaginatives sur l'enfant, l'enfant et la mère forme alors une unité biologique et psychoaffective englobant les processus libidinaux et destructeurs, comme à chaque grossesse.

- La mère vit cette grossesse comme un épisode de remaniement narcissique :

Il y a un retrait de l'investissement objectal s'accompagnant d'un reflux de la libido sur le moi « imaginaire » ; ce mouvement libidinal entraîne le comblement du manque, annule magiquement le sentiment de castration et confère à la femme une impression de toute puissance ; et la femme peut se vivre alors comme l'unique créatrice de l'enfant, ce qui satisfait aux exigences du Moi idéal.

- La grossesse conduit à une relation avec le futur enfant : au début il y a une période de « blanc d'enfant » c'est à dire une période où l'enfant n'est pas senti, où l'enfant est "éliminé" au profit du vécu et de la représentation d'être enceinte ; puis progressivement, la mère assigne à l'enfant la valeur d'un objet existant en dehors de son Moi et cela , grâce à un certain nombre de facteurs dont les mouvement fœtaux actifs, la sollicitude dont elle est l'objet comme femme enceinte de la part de l'entourage ; les mesures légales de protection sanitaire de la mère permettent également cette objectivation ; le contexte culturel qui assigne une place à la femme enceinte , à l'enfant et à la maternité ; tout ceci permet l'instauration d'une relation à l'enfant, assurant ainsi le développement d'un travail psychoaffectifs de la grossesse en jouant un rôle unificateur capital au niveau duquel celle-ci se fait une image unifiée de l'embryon supporte les projections imaginaires de la mère, entraînant l'investissement libidinal précoce de l'enfant.

- La grossesse resitue la femme par rapport à sa famille, à ses parents, son mari, à l'organisation sociale où un nouveau statut lui est assigné.

- Le développement harmonieux de la grossesse compte tenu de tous les facteurs précités, va entraîner la création d'une relation mère- enfant.

Ces phénomènes psychologiques de la grossesse réaménagent toute la vie psychoaffective de la femme ; celle arrive alors à assumer physiquement et psychologiquement l'accouchement en situant l'enfant dans son désir, elle devient apte à jouer une relation avec le nouveau - né (Winnicott a parlé de préoccupation maternelle primaire et Bowlby, d'attachement).

Selon Racamia, est à désigner sous le terme de « maternalité » (comme oralité, analité, génitalité...) , tout le travail psychologique pendant la grossesse : elle constitue une phase de développement de la personnalité féminine, tout comme l'adolescence et la structuration psychique là, s'approche normalement mais reversiblement de la structure psychotique. Il y a là une régression intense et féconde , régression dont la poursuite et la maîtrise sont liées aux possibilités d'identification de la femme à sa mère, à son enfant et à sa propre imago maternelle ( possibilité également offerte par son environnement ) : conception rejoignant celle de Soulé pour qui une bonne mère assume sans dommage une régression psychotique à type de transformations corporelles, perturbations du sommeil, etc....

- La pathologie puerpérale psychiatrique serait le résultat de l'échec de la « maternalité » du fait de l'incapacité pour la mère de supporter la régression puerpérale et le traumatisme de la séparation d'avec l'enfant.

L'organisation de cet échec lié à l'impossibilité pour la mère de s'identifier à une image intériorisée de bonne mère, compromet la relation à

l'enfant qui est alors visé par les projections maternelles agressives ; il découle de tout cela une angoisse et une culpabilité qui sont épongées dans l'expérience délirante.

Pour Guyotat, un conflit oppose en la mère l'objet imaginaire de grossesse et l'enfant désiré à naître ou qui est déjà né et le délire découle de la prévalence donnée à cet objet imaginaire.

La clinique de la psychose du post-partum (avec négation délirante de l'enfant et du mariage, la confusion des générations avec inversion mère-fille), et l'évolution favorable de cette psychose par l'introduction présentation de l'enfant, amènent à concevoir cette psychose comme une psychose de filiation sous-tendue par le fantasme d'une « filiation imaginaire narcissique » (l'enfant étant vu comme le dédoublement de la mère) avec un déni de la filiation réelle où l'enfant se trouve à la croisée de deux lignées.

Dans les antécédents des patientes, il y a dans leur ascendance des altérations généalogiques frappées souvent de « non-dit » (père inconnu, disparu, disqualifié, relations incestueuses etc....) ou des événements traumatiques touchant à la filiation (coïncidence mort-naissance, enfant mort ou mal formé, etc....)

## **Modèles Ethologiques**

Elles permettent l'étude de la relation mère-nourrisson. De l'étude de Dean cité par l'EMC, il a été mis en évidence que « la déprivation sociale précoce » disloque sévèrement le pattern de comportement maternel chez les singes Rhésus ; ces faits indiquent que l'expérience sociale inadéquate peut bloquer l'expression du pattern maternel normal en empêchant ainsi l'intégration des composantes du pattern maternel efficace » (cf. Soule in EMC).

Dans les psychoses thymiques aiguës, une fois l'accès guéri, les relations mère-enfant se rétablissent normalement et l'évolution peut se faire vers une maternité réussie. La non instauration ou la mauvaise qualité des liens affectifs mère-enfant caractérise les mères schizophrènes ou les mères ayant subi des carences affectives dans leur enfance selon Frommer et O'Shea- (in EMC).

### **La Maternité en Côte d'Ivoire :**

La maternité permet à la femme de se revaloriser, d'affirmer son identité de femme, d'épouse, de bonne génitrice en référence à sa propre mère.

Pendant sa grossesse, elle devient l'objet de beaucoup d'attention et de soins :

Dans les sociétés traditionnels les parents étaient souvent emmenés à consulter « les clair-voyants » pour elle, afin de connaître le devenir de la grossesse et de l'enfant à naître.



Une fois assurée du bon déroulement de son état, la femme peut espérer vivre dans une certaine quiétude, surtout lorsqu'il lui a été prescrit des sacrifices à faire avant ou après l'accouchement et lorsqu'elle observe les interdits et prescriptions habituels. Quels sont ils, selon l'imaginaire collectif ?

### Les interdits et prescriptions

- Les interdits et prescriptions recensés, surtout dans la région de l'ouest de la Côte d'Ivoire (Guéré –Yacouba) sont de différents ordres :
- Ils sont d'ordre mythique : la femme enceinte ne doit pas se laver la nuit, au delà de 18 heures pour éviter qu'un génie ne vienne toucher à son eau, auquel cas, elle risque de faire un enfant –monstre : en mettant une braise dans son eau, cela éloigne les génies.
- Ils sont d'ordre symbolique :  
La femme enceinte ne doit pas tromper son mari, sinon elle risque d'accoucher difficilement mettant en jeu son pronostic vital et celui de l'enfant.
- Ces interdits concernent également les animaux : elle ne doit pas manger de l'agouti sinon elle risque de donner naissance à un gros bébé aux membres courts semblables à ceux de l'agouti et cet enfant né, grossit exagérément et finit par mourir de « surplus » pondéral ; elle ne doit pas manger de singe sinon elle risque de faire un enfant chétif, sec, aussi laid que le singe, et qui se présente à la longue avec un gros ventre et des membres maigres (KWASHIORKOR) ; elle ne doit manger ni pangolin ni tortue pour lui éviter un accouchement long et difficile pendant lequel la tête de l'enfant rentre et sort à la manière de la tortue ou du pangolin qui se replie sur eux mêmes.
- Elle ne doit pas manger de biche pour éviter une hémorragie pendant la grossesse, pendant l'accouchement et dans le post partum car la biche est réputée beaucoup saigner quand elle met bas : Tous ces interdits ont une signification profonde et symbolique et ils trouvent leur place dans l'ordre social.
- Les prescriptions cependant, restent pratiquement avec les mêmes, pour toutes les régions de la Côte d'Ivoire :
- Elle doit avoir des rapports sexuels réguliers avec son mari, pour que l'enfant aie un développement harmonieux, et que l'accouchement se passe dans de bonnes conditions.
- Elle doit, tout au long de sa grossesse, manger certaines plantes (connues des vieilles) pour faciliter le déroulement de la grossesse et du travail.

Chez les AKANS particulièrement, elle doit faire beaucoup de lavement à base de plantes, dans le même but de faciliter le déroulement de la grossesse et de l'accouchement

En dépit de toutes ces précautions, la femme dans une quiétude apparente vit inquiète avec une grosse angoisse intérieure :

- Inquiétude à propos de l'identité de cet enfant qu'elle porte : sera t-il la réincarnation d'un ancêtre (cela est souvent révélé par des rêves ou par des consultations de guérisseurs « clair- voyants ») ou son âme sera t'elle liée à un élément de la nature ? (l'eau, la montagne etc....)
- Inquiétude à l'égard de son intégrité corporelle : sera t'il normalement constitué ; sera- t-il un mal formé, un génie, un albinos ?
- Cette inquiétude est majeure quand il s'agit de la naissance d'un aîné : l'aîné est considéré comme devant être le support de la famille et à ce titre, la naissance d'un garçon comme 1<sup>er</sup> enfant est très souvent attendue.
- Inquiétude dans l'attente d'un 3<sup>ème</sup> enfant après la naissance de 2 premiers enfants de même sexe : c'est un phénomène qui est angoissant surtout chez les Akan car ces enfants, N'GUESSAN ou TCHINDO pour l'enfant de sexe opposé aux deux premiers sont réputés comme porteurs de génies et ils sont l'objet de pulsion anxieuse de la part des parents.
- Inquiétude également dans l'attente du 10<sup>ème</sup> enfant, évènement particulier :
  - La peur est générale pour la vie de la femme en travail, comme à toute grossesse
  - Chez les Akan, ce 10<sup>ème</sup> enfant jadis éliminé car considéré comme source de malheurs, est actuellement soit placé dans une famille, soit soumis à des rites de sacrifices en vue de le protéger et de protéger ses parents.

Chez les Guérés, sa naissance est perçue comme évènement revalorisant la femme dans son rôle d'épouse et de génitrice : elle est alors objet d'un divorce symbolique puis d'un remariage célébré avec faste.

En dépit de toutes ces inquiétudes, la femme garde l'espoir que tout se passe bien, aussi, quand son travail commence, on lui fait boire des décoctions de plantes, on lui en passe sur le ventre en vue de faciliter l'accouchement.

- Quand l'accouchement a lieu, le « double » de l'enfant, son placenta est enterré loin du regard des autres, de la même façon que le cordon ombilical une fois tombé sera caché car qui sait où ont été dissimulés ces deux éléments peut "atteindre l'enfant en sorcellerie".

Après l'accouchement, quelque soit la région d'origine de la femme le cérémonial reste le même ; la femme reste enfermée pendant une (1) semaine au moins le temps que le cordon ombilical tombe et, pendant ce temps, elle est l'objet de soins multiples :

On la lave matin et soir, on la masse avec des plantes, en insistant sur le bas- ventre avec de l'eau très chaude pour faire ressortir les restes de lochies, on lui induit le corps de pommade, on l'habille et on l'oblige à bien manger des mets riches aussi spécialement pour elle, afin qu'elle puisse vite récupérer et bien s'occuper de son enfant.

Il y a quelques particularités étant fonction de régions, mais d'une manière générale, tout ce cérémonial ne peut se faire que quand la femme est bien entourée et que ses parents ont des moyens et la possibilité de bien la nourrir. Aujourd'hui les choses changent dans nos sociétés en mutation et la femme, au lendemain de son accouchement, est libérée des maternités ; elle se remet à ses travaux ménagers, en même temps quelle doit s'occuper de son bébé.

Une semaine après l'accouchement, on procède au baptême de l'enfant qui consiste en la bénédiction de l'enfant et de tous ceux qui sont à cette cérémonie, on lui rase tout ou une partie des cheveux en fonction des régions, comme pour l'exhorter à laisser tous les malheurs dans l'au-delà et on lui donne un nom.

Tout le cérémonial autour de la grossesse et pendant le post partum est réalisé avec foi ; son exécution pendant et après la grossesse joue un rôle important sur le plan émotionnel, spirituel et social, ce qui fait que toute femme soumise à toutes ses contraintes accompagnant l'enfantement se sent en sécurité et protégé, en dépit de la crainte qui accompagne l'accouchement lui-même. (Un adage Yacouba ne compare t-il pas une femme qui va accoucher à un homme qui part en guerre- se trouvant entre la vie et la mort ? Car on ne peut présager de son retour à la vie, ni de son départ pour l'au-delà).

La femme, dont l'accouchement, se passe bien, est soumise à tout ce cérémonial.

Si malheureusement elle perd l'enfant (par avortement spontané ou par mort après naissance), elle est également soumise à un cérémonial avec attention, soins et massages, et on lui interdit de pleurer l'enfant, cet « inconnu » qu'elle vient de perdre et qui était peut-être un "sorcier", un "génie".

Tout ceci entraîne chez la femme un renforcement narcissique ; elle redevient prompte à vouloir tenter l'aventure d'une nouvelle grossesse. Actuellement, les valeurs culturelles se perdent , d'autres valeurs sociales souvent hybrides sont proposées étant parfois en opposition avec les modèles

anciens :-Ainsi, ni le rôle du rang dans la fratrie, ni le sexe de l'enfant n'ont plus leur importance d'antan.

- L'événement maternité, surtout en milieu urbain ne fait plus l'objet d'attention particulière, malgré la grande importance encore accordée à l'enfantement, de ce fait la négligence des prescriptions lors d'une grossesse (cérémonial habituel ou prescription du guérisseur, prescription du personnel de santé) ou l'incapacité à concevoir une grossesse, l'accouchement difficile, entraînent un sentiment de culpabilité, ce qui est retrouvé souvent dans nos observations, et des plaintes centrées sur tout le corps, notamment sur la région pelvienne et ses alentours, région porteuse d'« enfants » - Ces plaintes hypochondriaques (parmi lesquelles on note beaucoup de colopathies), sont traitées d'abord sur le plan traditionnel, puis chez des Médecins généralistes. Lorsque ceux ci en reconnaissent (rarement) l'origine psychique ils adressent les malades dans nos services, mais après une longue évolution, loin de la puerpéralité, ce qui pourrait expliquer, comme nous le verrons plus loin, la rareté de ce genre de dépression dans les cas étudiés malgré leur fréquence dans la vie quotidienne.
- Les autres pathologies psychiatriques de la puerpéralité quant à elles, sont vues souvent et ce sont les situations de crises de type agitation et / ou agressivité, de tentative de suicide (accès maniaque dépressions majeures de type mélancolique surtout).

Psychose délirante aiguë, Psychoses schizo-phréniformes ou schizo-phréniques -pathologie névrotique type angoisse aiguë ou crise d'hystérie sont souvent référés également. Cette pathologie de la puerpéralité, jadis "rare" au village selon nos sources d'information, ou tout au moins dont on n'a pas le souvenir, serait le résultat du « mauvais comportement actuel des femmes qui passent tout leur temps à des maraboutages multiples pour avoir un mari ou une bonne situation sociale afin de concurrencer le voisin ; elle serait également liée aux actes de provoquer des avortements, à se créer des problèmes qu'on ne connaissait pas au village, inobservance des règles élémentaires d'hygiène de la grossesse ; elle serait aussi en rapport avec les situations difficiles de la ville sans soutien des parents . Bref, la femme est souvent « coupable » de faire une pathologie de la puerpéralité car l'enfantement est quelque chose de noble qui ne peut être entaché d'une telle « malédiction » à moins d'être sorcière soi-même, d'avoir quelque chose à se reprocher comme l'infidélité envers le mari, la pratique de la sorcellerie anthropophagique avec sur la conscience la mort de quelques uns de ses enfants ou d'un premier conjoint .

## I-7 : LA THERAPEUTIQUE

Les accidents psychiatriques de la gravidité puerpérale ne sont accessibles qu'aux thérapeutiques psychiatriques, visant un certain nombre de buts:

- **Le but du traitement**

- 1) - Une sédation des troubles afin d'assurer une resocialisation rapide de la mère avec restauration d'une bonne relation mère- enfant, préalable au développement harmonieux du nourrisson
- 2) - Une prévention de l'aggravation des troubles

### **LES MOYENS : ils sont de différents types :**

**Curatifs :** sont essentiellement de 3 ordres :

- **LA SISMOTHERAPIE**
- plus rapidement efficace, ses indications sont devenues exceptionnelles, face à la chimiothérapie souvent instaurée avec succès.
- **LA CHIMIOOTHERAPIE :**
- Les traitements hormonaux sont encore sans efficacité, en l'absence de connaissances suffisantes sur la chronologie et la nature exacte du déséquilibre neuroendocrinien, la posologie et le rythme d'application des hormones.
- Les psychotropes corrigent empiriquement les perturbations biochimiques de la neurotransmission cérébrale secondaires soit au mal ajustement neurohormonal du partum soit à des causes psychoaffectives plus ou moins complexes.

Les psychotropes sont à prescrire avec prudence en fonction de la gravité clinique et du moment de la grossesse car, beaucoup ont été accusés dans la survenue de malformations congénitales. Cependant, leur responsabilité n'a jamais été démontrée sauf celle de certains produits dont le rôle tératogène semble confirmé et ce sont : le lithium, les hydantoïnes, le méprobamate.

Quoiqu'il en soit, il est déconseillé de prescrire les psychotropes dans les 3 premiers mois de la grossesse mais en cas d'indication majeure, ils peuvent être prescrit quelque soit l'âge de la grossesse et là il faut préférer les psychotropes bien connus pour leur innocuité plutôt que de laisser évoluer une altération psychique aiguë ou profonde entraînant des dérèglements neurosécrétoires foetotoxiques maternels mal connus, mais probables.

## **- LA PSYCHOTHERAPIE :**

- La psychothérapie individuelle de soutien assure écoute, information, déculpabilisation, contrôle de la tension anxieuse, surtout si cette psychothérapie comprend une relaxation individuelle et des méthodes de préparation à l'accouchement : pour ces méthodes, beaucoup d'expériences se sont multipliées mais les résultats restent difficilement appréciables.

- Il est indispensable de mettre en place un environnement chaleureux et moins déshumanisant autour de la maternité et de ses suites immédiates ; cela nécessite une formation psychologique du personnel des services de maternité et de néonatalogie. Cela permet un soutien aux femmes à risque (mères isolées, mères d'enfants prématurés ou d'enfants en réanimation).
- L'introduction de l'enfant dans le champs thérapeutique grâce à un environnement thérapeutique adéquate a une valeur réparatrice, avec renforcement du narcissisme de la mère, ce qui évite la séparation définitive , aggravant les sentiments d'échec et d'incapacité maternels.

Cette introduction de l'enfant doit se faire par un travail préalable : faut un environnement institutionnel qui accueille la mère et l'enfant, environnement ayant une fonction de « conteneur », c'est à dire apte à contenir les projections délirantes de la mère et prête à élaborer l'angoisse.

**Les moyens préventifs:** Ils sont de deux 2 ordres

- Chimiothérapie prophylactique Chez les femmes enceintes ayant des antécédents de psychose puerpérale les indications sont à discuter cas par cas, en fonction des bénéfices et inconvénients pour la mère et l'enfant.
- La psychothérapie doit faire suite à une information/ sensibilisation:  
Information sur le risque de rechute étant fonction de la variété clinique, risque de rechute chez une femme ayant présenté une psychose puerpérale.
- Information sur l'aptitude potentielle de la mère à élever son enfant : des grossesses trop rapprochées sont à déconseiller afin de permettre à l'enfant de bénéficier de relations stables et harmonieuses avec sa mère pendant un temps suffisant.
- Par le soutien psychothérapique chez des patientes ayant eu des psychoses puerpérales et vivant dans l'angoisse d'une rechute.
- Par l'introduction de l'entourage dans le traitement car il constitue un support émotionnel pour la patiente et permet le dépistage précoce des troubles, pour une intervention rapide.

## **. Les indications :**

Ils sont fonction de la clinique et du moment de survenue des troubles :

### ***pendant la grossesse***

- les états dysphoriques et anxieux :

ils sont améliorés en général par un soutien psychothérapeutique individuel ; parfois on peut prescrire une chimiothérapie, notamment des benzodiazépines, utilisées alors dans les derniers mois de la grossesse pour calmer la tension anxieuse et l'insomnie. Les doses doivent rester modérées, surtout au voisinage du terme.

- Pour les manifestations psychotiques graves (thymiques ou délirantes) sont prescrites les chimiothérapies psychotropes en tenant compte du fait que :
- Dans les états dépressifs, la préférence va aux antidépresseurs imipraminiques car les antidépresseurs franchissent la barrière placentaire et donne des taux sanguins chez le nouveau-né, proches de ceux de la mère. Dans les formes sévères, la sismothérapie peut être utilisée sans inconvénients, en tenant compte de quelques précautions techniques.
- Les méthodes de préparation à l'accouchement et la prise en charge psychothérapeutique de soutien peuvent exercer une action bénéfique sur la mère devenant disponible alors pour une meilleure relation avec son enfant.
- L'entourage a une importance capitale pour la surveillance du traitement et la prévention des rechutes.

Chez les femmes enceintes atteintes de psychoses bipolaires, la chimiothérapie prophylactique à base de lithium, interrompue pour grossesse du fait du risque tératogène, peut être réintroduit dès le 4<sup>ème</sup> mois sous condition de surveillance du taux sanguin du lithium dont la clearance rénale augmente pendant la grossesse pour se normaliser après l'accouchement.

### **Dans le post partum**

#### **• *Le Post partum Blues***

Un environnement chaleureux et maternant permet la résolution rapide de ce syndrome.

Cependant sa persistance au delà d'une semaine doit faire redouter la possibilité d'une dépression traînante du post-partum. Ce post partum blues n'a jamais été suivi à nos consultations ici, compte tenu du fait qu'il passe souvent inaperçu pour l'entourage.

- **Les psychoses du post partum:**

(Psychoses délirantes aiguës, accès maniaques, états mixtes, mélancolies délirantes)

Le traitement curatif : se fait par les psychotropes ou même parfois par les sels de lithium ce qui donnerait de bons résultats (méthodes non utilisées dans notre pratique compte tenu des problèmes posés par les contre indications et par le contrôle de la lithiémie du fait de l'irrégularité des malades)

- On peut recourir également à la sismothérapie
- L'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique est une méthode qui a été proposée par Racamier et elle présente un triple intérêt :
  - 1°) Un intérêt préventif : le maintien de la séparation mère-enfant jusqu'à guérison entretient une impasse où la mère risque l'enlèvement ; en effet l'enfant est un partenaire important de la relation anaclitique et sa longue séparation de sa mère entraîne des réactions de rejet qui compliqueraient davantage la reprise des relations mère/ enfant.
  - De plus, la longue séparation lui "confirme à la mère sa propre dangerosité", ce qui renforce et nourrit son angoisse, puis ses troubles.

2°) – Intérêt curatif : il a été prouvé que le délire de filiation cède rapidement avec l'introduction – présentation de l'enfant, doublée d'un acte de parole (« ceci n'est pas une chose, c'est ton enfant et celui de ton mari, c'est ton enfant que nous reconnaissons comme tel, comme nous te reconnaissons comme bonne mère ») : Cette introduction de l'enfant par un environnement thérapeutique « conteneur » permet à la mère de se réillusionner sur son incapacité de « tuer » son enfant et sa capacité à être bonne mère. Guyotat a parlé d'une action thérapeutique de type « magique », car la mère malade croit en la toute puissance de ses fantasmes mortifères ; elle pense avoir réellement tué son enfant dont l'absence prolongée en confirme la mort.

3°) – Intérêt Pronostique : la sensibilité de la mère à la présentation à la présentation de l'enfant est un indicateur de la gravité des troubles : les schizophrènes ne réagissent pas à cette présentation.

- Après le traitement curatif et la fin de la crise, il est nécessaire de mettre en place un traitement préventif doublée d'une sensibilisation :
  - Informer sur la possibilité d'une rechute en cas de grossesse ultérieure et du risque de rechute plus important chez les bipolaires.
  - Déconseiller les grossesses rapprochées et s'il y a désir d'une autre grossesse, surveiller particulièrement les femmes à antécédents maniaco dépressifs, et mettre en place un soutien psychologique tout au long de la grossesse pour calmer l'angoisse sous jacente.



· Dépressions Mineures du Post Partum.

Leur dépistage ne peut se faire qu'avec la collaboration des généralistes et de divers spécialistes travaillant dans les PMI, les Crèches, les services de pédiatrie ; tous ces personnels, doivent être informés des différentes modalités par lesquelles s'expriment la dépression (plaintes somatiques, demandes multiples pour le nourrisson) car le dépistage de cette dépression maternelle et aussi dans autres troubles permet une prévention de la psychopathologie infantile précoce et tardive.

- Instituer une chimiothérapie antidépressive car beaucoup de ces dépressions ont une composante endogène et la chimiothérapie permet une sédation rapide
- La psychothérapie est axée sur la relation mère –enfant.

En résumé, nous disons que de nombreux travaux récents ont permis de mieux cerner la pathologie puerpérale dans divers pays, notamment dans les pays développés.

Des enquêtes épidémiologiques poussées et des études cliniques bien menées ont permis d'asseoir une nosographie des psychoses puerpérales les milieux à haut risques ne sont pas encore spécifiés dans le DSM III

- fréquence, par rapport à la population, par rapport aux admissions psychiatriques des femmes,
- distribution temporelle de ces psychoses et l'âge de vulnérabilité
- Les données étiopathogéniques, mais quelques éléments permettent d'évaluer certains facteurs de risque, et de mettre en place une conduite thérapeutique et préventive adéquate.

Qu'en est-il exactement des psychoses puerpérales en milieu hospitalier dans notre pratique quotidienne ? C'est à cette question que nous souhaitons apporter une ébauche de réponse.

Ce travail nous emmènera à déterminer :

- La nosographie rencontrée dans notre pratique, à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.
- L'épidémiologie (en nous limitant à la population de malades hospitalisés sur un temps donné)
- Quelques données et iopathogéniques recueillies dans nos observations.

## **DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE**

- .

.

Plusieurs dossiers étaient incomplets de janvier 1985 à Mars 1986, incomplets quant aux renseignements (Age, conditions d'admission, renseignements cliniques) :

Ils ont été systématiquement écartés ; il est donc probable que nous soyons passées à côté de quelques pathologies de la puerpéralité.

Notre étude porte sur la pathologie psychiatrique chez la femme :

Sur 767 dossiers de femmes admises en hospitalisation sur les 20 mois, 81 pathologies psychiatriques de la puerpéralité ont été recensées en tout dont 25 pour les 5 mois d'étude approfondie sur une admission totale de 136 femmes de Mars 1986 à fin Août 1986, ce qui représente proportionnellement 2 fois plus de pathologies de la puerpéralité, en comparaison à celles recensées sur les 15 premiers mois

## **II -1 METHODOLOGIE**

Nous avons procédé à une enquête rétrospective avec exploitation des dossiers des patientes reçues en 15 mois, de janvier 1985 à fin Mars 1986 ; avec l'étude des patientes reçues pendant cette période nous avons classé les pathologies selon les critères du DSM III et selon ceux de la classification française des troubles mentaux puis nous avons réalisé une enquête prospective sur 5 mois, d'avril 1986 à fin Août 1986.

En ce qui concerne la pathologie de la lactation, le diagnostic nous a posé problème car nous avons limité la période de la puerpéralité du début de la grossesse jusqu'à 6 mois après l'accouchement, la lactation se faisant souvent ici jusqu'au de là de 1 an ; nous n'avons retenu qu'un seul dossier, celui d'une femme dont l'enfant avait 6 mois et qui tétait au moment où ses troubles se sont déclenchés, mais nous avons intégré ce dossier à ceux du post partum- Nous avons fait une étude épidémiologique dans une partie de ce travail, étude concernant pour chaque groupe de femme :

(- gestation

(- post- partum

(- avortement)

- La fréquence quant à la nosographie
- La distribution temporelle des troubles
- L'âge de vulnérabilité
- La parité

Nous avons fait une étude étiopathogénique centrée en majorité » sur 19 observations étudiées plus à fond et concernant :

- L'âge (déjà étudié dans les 81 cas

- La parité (
- Les antécédents personnels et familiaux.
- Quelques éléments psychodynamiques concernant la situation matrimoniale les événements traumatisants touchant à la biographie et à la filiation.

Cette étude devrait pouvoir nous emmener à nous situer quant au diagnostic de pathologie de la puerpéralité, compte tenu de certains éléments à rechercher chez toute femme en période génitale venant consulter en psychiatrie ; elle devrait également pouvoir nous emmener à réfléchir sur notre conduite à tenir ultérieure devant toute pathologie de la puerpéralité.

## II -2 RESULTATS

Tableau 1 : importance des troubles de la puerpéralité.

	Nombre de patientes les 15 1 <sup>er</sup> mois	Nombre de patientes les 5 derniers mois	Total
Pathologie Non puerpérale	575	111	686
Pathologie puerpérale	56	25	81
Total	631	136	767

Dans les pays du 1/3 monde où les taux varient entre 10 et 15% (MAGHREB+SENEGAL), mais ce taux est différent de celui des pays développés où il est de 2 à 3%.

Tableau 2 : différents types de pathologies puerpérales recensées

période	Grossesse	Post partum	Avortement	total
<b>Diagnostic</b>				
Psychoses thymiques	3	30	6	39
Psychoses délirantes aiguës	5	16	1	22
Psychoses schizophréniformes	7	6	1	14

(schizo affectives)				
Autres -personnalité psychopathologique -Troubles névrotiques)	2	4	0	6
Total	17	56	8	81

- Sur les 81 pathologies de la puerpéralité recensées sur 20 mois :
- Les psychoses thymiques sont de 39 soit 48,14% de la pathologie de la puerpéralité qui se décomposent en :

1. 3 troubles thymiques de la grossesse
2. 30 du post-partum
3. 6 de l'avortement

- les psychoses délirantes aiguës sont de 22 dont 5 de la grossesse  
16 du post-partum  
1 de l'avortement
- les psychoses schizophréniformes (psychoses schizo-affectives) et schizophréniques) sont de 14 dont : 7 de la grossesse- 6 du post- partum 1 du post-abortum.
- Les autres (personnalité psychopathiques +troubles névrotiques) sont de 6 dont- 2 de la grossesse et 4 du post partum.

Ce qui donne en résumé, sur 1 période de 20 mois :

- 56 pathologies du post-partum dont 1 de lactation (contre 71 à Edimbourg [24])
- 17 de la grossesse
- 7 du post abortum
- 1 de l'adoption.

## II - 2 - 2 : PATHOLOGIE DU POST PARTUM

Il n'a pas été recensé dans nos cas du « post partum blues » ni de dépression majeures de types hypochondriaques, celles-ci faisant rarement l'objet de consultation en psychiatrie.

A propos des 56 pathologies du post partum

- Du point de vue fréquence, elle représentent 69,13% des pathologies de la puerpéralité (contre 82% au Sénégal sur 236 dossiers de psychoses puerpérales) :

- 30 Psychoses thymiques y ont été recensées, ce qui correspond à 53,57% des cas (P1) contre 81,7% (P2) des cas en Grande Bretagne sur 71 psychoses puerpérales dont 58 troubles thymiques. P1=53,6% - P2 = 81,7%

( $\Sigma=3,47$  ,  $\alpha=0,05$ )= la différence est significative car P2 est supérieur à P1 ce qui veut dire que dans nos cas , il y a moins de psychoses thymiques recensées, mais le taux reste tout de même élevé par rapport aux autres psychoses, comme dans les autres pays.

Parmi ces 30 psychoses thymiques on note 18 syndromes dépressifs majeurs (soit 60% des psychoses thymiques contre 12 accès maniaques).

- 16 psychoses délirantes aiguës ont été diagnostiquées, représentant 28,8% (P1) des troubles du post partum contre 7,04% (P2) sur 71 cas recensés à Edimbourg.

( $\Sigma=3,19$  ,  $\alpha=0,05$ ) la différence est significative car P1 supérieur à P2 , c'est à dire qu'il y un pourcentage nettement élevé dans nos cas par rapport à ceux recensés dans la littérature.

- 6 psychoses d'allure schizophréniques représentant 10,71% (P1) des troubles du post partum contre 14%(P2) pour les 71 cas d'Edimbourg, cela donne ( $\Sigma=0,58$  ;  $\alpha=0,05$ ) la différence n'est pas significative
- Pour les 4 troubles classés dans « autres » il s'agit de la névrose hystérique et 3 angoisses névrotiques.
- La réparation temporelle : Sur les 56 troubles du post partum, 34 surviennent dans le 1<sup>er</sup> mois, ce qui fait un taux de 60,71% (P1) des troubles du post partum contre 53,34% (P2) à Edimbourg, ce qui donne ( $\Sigma=0,50$  ,  $\alpha=0,05$ ) la différence n'étant pas significative, on trouve une conformité dans la distribution temporelle des troubles.
- les 22 troubles restants apparaissent entre le 2<sup>ème</sup> et le 6<sup>ème</sup> mois.

- L'âge moyen des malades sur les 56 troubles est de 26- 27 ans, 32 femmes ayant un âge  $\leq$  à 25 ans et 24, un âge  $>$  à 25 ans, avec une variation allant de 16 à 46 ans.

- Du point de vue parité, les multipares semblent les plus touchées : 45 des 56 femmes sont des primipares dont l'âge varie entre 17 et 28 ans.

En Résumé,

La pathologie psychiatrique du post partum représente plus de 69% de toute la pathologie psychiatrique de la puerpéralité.

- Les troubles thymiques y dominant, représentant plus de 53% des troubles du post partum.
- Ces troubles du post partum surviennent le plus souvent , dans plus de 60% des cas, dans le 1<sup>er</sup> mois suivant l'accouchement.
- L'âge des malades de notre échantillon varie entre 17 et 46 ans, avec une moyenne de 26- 27 ans.
- En ce qui concerne la parité, les multipares restent les plus atteintes, quelque soit leur âge de survenue de la pathologie du post partum, dans notre étude.

## II – 2 – 3 : PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

17 pathologies de la grossesse sur 81 de la puerpéralité ont été recensées, ce qui représente 20,98 % de la pathologie psychiatrique puerpérale de notre échantillon (contre 10% au Sénégal), ce qui donne une pathologie de la grossesse pour environ 4 du post partum (contre 1 pathologie de la grossesse pour 8 du post partum au Sénégal, et 1 de la grossesse pour 6 à 10 dans les pays développés).

- Du point de vue fréquence :

7 troubles d'allure schizophréniques ont été recensés ce qui correspond à 41,17% de l'ensemble de la pathologie gravidique.

- 3 troubles thymiques ont été mis en évidence (17,54%) dont 2 accès maniaques et 1 syndrome dépressif
- 5 psychoses délirantes aiguës correspondant à un taux de 29,40% de la pathologie de la grossesse.
- 2 autres sont classés autres dont 1 personnalité pathologique
- la distribution temporelle : 8 troubles sur 17 se manifestent au 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse, ce qui fait 47 % des cas.
- Et plus de 76 % des cas des troubles surviennent aux 2 derniers trimestres de la grossesse (13 cas / 17)
- 4 troubles sur les 17 se manifestent au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse et 3 ont l'allure schizophréniformes.
  - L'âge de ces malades varie entre 17 et 33 ans et leur âge moyen est de 25 – 26 ans.
  - La parité : sur les 17 cas, 13 sont des multigestes, 3 des primigestes et 1 à parité indéterminée malgré son 5<sup>ème</sup> mois gestationnel.

En résumé : Dans notre échantillon

- Les troubles d'allure schizophréniques et les psychoses délirantes aiguës prédominent dans les troubles mentaux de la grossesse et ces troubles sont concentrés en majorité dans les 2 derniers trimestres de la grossesse ; la moyenne d'âge est de 25 – 26 ans.
- Les multigestes sont les plus atteintes.

## II - 2 - 3 : LA PATHOLOGIE DU POST ABORTUM

- Fréquence

- 8 cas ont été recensés sur nos 81 pathologies psychiatriques de la puerpéralité, ce qui donne un taux de 9,87% dans notre échantillonnage.
- 6 présentent des troubles thymiques, soit 75% des troubles du post abortum, dont quatre dépressions majeures (66% des troubles thymiques) et 2 accès maniaques (34% des troubles thymiques).
- une des malades a été diagnostiquée psychose délirante aiguë
- une autre a présenté des troubles d'allure schizophrénique
- distribution temporelle : - 7 des 8 femmes font leur troubles dans le mois suivant l'avortement et deux mois après, à la date théorique de son accouchement.
- Les troubles interviennent après un avortement sur grossesse de moins de 3 mois dans 7 cas sur 8, et sur une grossesse de 6 mois dans un cas
- 3 des 8 femmes ont eu un avortement spontané, et 1 a eu un avortement thérapeutique.
- L'âge moyen dans notre échantillonnage est de 25 ans, les âges réels variant entre 15 et 42 ans.
- Quant à la parité : 5 femmes sur 8 sont des multigestes dont 1 a eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

En résumé : Dans notre échantillonnage, les troubles thymiques dominent dans le post abortum ; les troubles surviennent en général dans le mois suivant l'avortement, pour la plupart, chez les multigestes en cas d'avortement spontané (4 sur 5) et souvent chez les primigestes pour les interruptions volontaires de grossesse (3 cas sur 4).

L'âge moyen des malades est de 25 ans.

## II - 3 - L'ETHIOPATHOGENIE (A TRAVERS NOS CAS)

- L'âge des patients dans notre étude varie de 15 ans à 46 ans :
  - 16 femmes sur 81 ont 20 ans
  - 30 femmes ont un âge compris entre 21 et 25 ans
  - et 34 ont un âge  $\geq$  25 ans entre 25 et 46 ans
  - une femme a un âge non déterminé
- L'âge moyen est de 26 ans
- la parité



- les multipares et les multigestes sont atteintes en majorité avec des chiffres de – 48 multipares et 14 multigestes, soit 62 multipares et multigestes, sur 81 femmes.
- Les Antécédents médico psychologiques de patientes
  - Quant aux antécédents sur 19 observations complètes dans le cadre d'entretiens approfondis on note que 13 présentent des antécédents personnels et / ou familiaux dont 8 à antécédents personnels –3 à antécédents familiaux – 2 à antécédents personnel et familiaux.
  - Sur les 81 observations, 16 malades ont des antécédents non explorés, 65 ont des antécédents explorés avec 41 à antécédents psychiatriques personnels et / ou familiaux ;  
30 à antécédents psychiatriques personnels, 6 à antécédents familiaux  
5 à antécédents personnels et familiaux.
- La situation matrimoniale :
  - Du point de vue situation matrimoniale :
  - Sur les 19 cas étudiés de façon approfondie, 16 femmes ont des difficultés relationnelles à leurs partenaires :
    - Soit il s'agit de femmes acceptant de vivre en marge, ayant une liaison clandestine avec un homme marié (2 cas / 19)
    - Soit il s'agit de femme dont les maris ont des liaisons extra conjugales « officialisées » : 4 cas / 19
    - Soit il s'agit de femmes de polygame vivant dans une atmosphère conflictuelle (en rapport avec le mari ou la coépouse) = 1 cas
  - Soit il s'agit de femmes célibataires se prenant seules en charges = 9 cas
- La biographie
  - Eléments touchant à la biographie
  - Sur les 19 patientes étudiées, 13 ont une biographie émaillée de difficultés avec :
    - Absence symbolique ou réelle d'un ou des 2 parents géniteurs et ce, avant l'âge de 10 ans.
    - Prise en charge de l'enfant confiée à un parent autre que les géniteurs (grand-mère, tante)
    - Divorce des parents ou décès d'au moins un des parents
    - Faille généalogique avec parfois placement- rejet multiples : c'est le cas dans cette observation n°1 de Melle. K. N Rosalie, 22 ans admise à l'hôpital le 3/6/86 pour une 5<sup>ème</sup> hospitalisation dans état

d'agitation sur grossesse de 5 mois. Le diagnostic d'accès maniaque est porté chez cette patiente présentant en plus des signes de la série maniaque, un délire de filiation centré sur le déni de l'enfant qu'elle porte, à travers le déni de grossesse; les antécédents étudiés ont mis en évidence 4 autres épisodes similaires survenant soit après avortement, soit au cours de la grossesse, soit après accouchement. La biographie révèle chez cette patiente une faille dans sa filiation car son « présumé père » dont elle porte le nom, ne la reconnaît que comme enfant « adultérin » qui ne connaît pas son vrai père; Rosalie, de ce fait est confiée dès l'âge de 1 an à des parents différents, loin de sa mère et de son « père », ayant un vécu de frustrations permanentes.

- Mère présente mais se trouvant dans l'incapacité physique et/ ou psychique d'assumer son rôle = observation n°2 concernant T.L. LOUHOTI, célibataire, 25 ans admise le 10/07/86 pour agitation psychomotrice + logorrhée.

L'examen psychiatrique permet de porter le diagnostic de dépression mélancolique du post abortum; l'histoire de la maladie, les antécédents et la biographie ont mis en évidence chez la malade des frustrations fréquentes depuis l'enfance, frustrations dont la dernière marque le début de la maladie: très tôt, alors que T.L. LOUHOTI a moins de 10 ans, sa mère, victime d'un accident de la voie publique se retrouve hémiplégique, puis développe ultérieurement un syndrome délirant et hallucinatoire avec des idées de persécution = T.L. LOUHOTI, aînée de cette famille se retrouve alors très vite jouant le rôle de la mère (entretien de la maison) devant un père manquant d'autorité = elle se retrouve enceinte d'un jeune homme qu'elle espère épouser. Mais elle finit par découvrir qu'il s'agit d'un cousin à elle qu'elle ne peut donc épouser, mais celui-ci met également enceinte la petite sœur de T.L.L. Cela entraîne une réaction impulsive d'interruption de grossesse de 6 mois avec, parallèlement, le développement de sentiments:

- De culpabilité (à l'égard de la haine qu'elle éprouve pour son « cousin », « sa sœur », « le bébé » de sa sœur qu'elle a tenté de tuer).
- D'indignité
- D'auto dépréciation, (avec une blessure narcissique) plus un délire mystique, à la recherche d'une annulation « magique » des symptômes précités

- Elément touchant à la filiation et à l'enfantement:

Sur les 19 observations, 11 femmes présentent des problèmes touchant à la filiation (du côté de parents = cf. observation n° 1 de Melle K.N. Rosalie

Cas d'observation n° 3 concernant A. A. Elise 24 ans, admise le 8/8/86 pour agressivité dans un tableau de psychose délirante aiguë du post partum avec délire à type de déni de son enfant, de son « mariage ».

L'histoire de la maladie met en évidence dans les antécédents immédiats un désaveu de paternité du « père » d'Elise à son endroit.

- 9 cas touchent à l'enfantement avec notamment : interruptions spontanées ou thérapeutiques de grossesse, mort-naissance coïncidant comme dans l'observation n°4, le cas de S. Fatoumata, 17 ans, entrée le 11 / 07 / 86 pour bouffée délirante du post partum immédiat avec naissance d'un mort-né. S. Fatoumata dans son délire nie avoir fait « son bébé » mais affirme avoir accouché d'une de ces amies décédées pendant un accouchement.
- Souvent plusieurs éléments se retrouvent chez une même malade ( faille biographique, problème de filiation, situation matrimoniale difficile) : cf. cas T.L. LOUHOTI dans ce cas de figure 05 cas ont été recensés sur 19.
- L'interprétation donnée à toutes ces pathologies se recoupe : il s'agit le plus souvent « d'empoisonnement, d'ensorcellement, de prédestinée »
- Il ressort de l'étude éthiopathogénique de nos observations que l'âge d'apparition des troubles se situe entre 15 et 46 ans, avec un âge moyen de 26 ans ; que les antécédents pathologiques psychiatriques familiaux et surtout personnels sont retrouvés très souvent chez les malades dans 13 cas sur 19 et 41 cas sur 65, ce qui représente un taux de plus 63% dans notre échantillonnage ; il est également mis évidence, à travers nos cas, le nombre prépondérant de multipares et de multigestes ; l'étude de la biographie et à travers elle, des facteurs de stress psychosociaux à montré :

1°). Le rôle des interactions précoces mère- enfant, avec la possibilité d'une identification à une mère vécue ou introjectée souvent comme étant mauvaise comme dans l'observation n°5 : cas de N.D. Honorine, 22 ans admise pour dépression majeure du post abortum.

Sa biographie est dominée par des traumatismes psychiques multiples parmi lesquels celui de la séparation précoce d'avec la mère qui avait fait une psychose après l'accouchement d'Honorine : cette mère, étiquetée comme mauvaise, avait été mise à l'écart, avec interdiction pour Honorine de l'approcher : cela a été la base de placements multiples d'Honorine (grand-mère, tantes, etc....)

Cette mère est décédée avec ses troubles mentaux alors que **Honorine** avait 2 ans. Cette dernière pendant sa pathologie psychiatrique du post abortum s'était comparée à sa mère qui n'avait pas su être une bonne mère, développant

alors des idées d'incapacité, d'indignité, s'accusant d'avoir tué 6 mois plus tôt son dernier enfant de quelques mois, pourtant mort noyé.

2°). Le rôle de l'importance donnée à la maternité : observation n° 6 : O KRA, 33 ans, multipares est admise le 11 Avril 1986 pour accès maniaque du post abortum : sa biographie et ses antécédents révèlent que, mariée depuis plusieurs années, son mari, convaincu de la stérilité de sa femme avait contracté d'autres liaisons extraconjugales en vue d'avoir un enfant ;

O. KRA quant à elle, réussit à adopter légalement un enfant d'une de ses sœurs : après l'adoption définitive puis la réception de l'allocation familiale liée à cet enfant en fin novembre 1983, en début décembre 1983, elle fait un accès maniaque semblable au dernier accès présenté après son avortement spontané d'avril 1986 : cette adoption légale conférait-elle à O. KRA un rôle d'usurpatrice, la confirmait-elle dans sa stérilité ou venait-elle éveiller en elle un sentiment de culpabilité alors qu'une adoption culturelle codée aurait été possible ?

3°). Le rôle de l'importance donnée aux croyances populaires, à un événement qui se répète dans la famille comme inscrit dans une sorte de « chaîne magique » : observation n° 7 : B. Fatou, admise pour un accès maniaque du post partum après son 5<sup>ème</sup> accouchement ; on note dans ses antécédents familiaux, des psychoses du post partum chez sa mère et chez ses sœurs aînées après leur 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> accouchement : la pathologie de Fatou paraissait donc prévisible.

4°). Rôle de l'importance accordé aux facteurs « empoisonnement, ensorcellement, malédictions ».

5°)- Le rôle des facteurs de stress psychosociaux venant s'associer à tous ces éléments, le tout entraînant une expression des troubles où dominant : la culpabilité (d'être mauvaise, de n'avoir pas fait ce qu'il fallait).

- La persécution (empoisonnement, ensorcellement)
- Un délire de filiation (dénier de la grossesse, déni de l'enfant vécu comme quelque chose d'étrange, déni du mari comme père géniteur de l'enfant avec souvent un délire de persécution centrée également sur lui).

Devant cette pathologie puerpérale, qu'elle conduite tenir ?

## **II – 4 – LA PRISE EN CHARGE :**

### **– Traitement curatif :**

La thérapeutique instituée dans notre pratique a consisté essentiellement à l'administration de chimiothérapies psychotropes en fonction de la clinique, ou en des séances de sismothérapies.

Ce traitement est souvent doublé d'une écoute attentive des patientes dans le but d'une psychothérapie de soutien.

- Pendant les grossesses les troubles graves adressés en psychiatrie trouvent souvent leurs résolutions dans les psychotropes, la sismothérapie et la psychothérapie de soutien.

Les méthodes de préparation à l'accouchement dans un but qui serait préventif pour dédramatiser l'événement puerpéral ne font pas partie de nos indications habituelles dans la mesure où l'utilité ne s'est pas encore fait sentir (rôle de l'entourage).

Mais avec les mutations sociales et la perte des valeurs traditionnelles peut-être que ces méthodes peuvent se substituer aux pratiques culturelles. Nous n'avons pas, actuellement connaissance de ce genre de mise en charge ici en côte d'Ivoire.

- Dans le post partum, la chimiothérapie et le sismothérapie sont souvent prescrites mais l'introduction de l'enfant dans le champs thérapeutique reste rarissime dans la mesure où les facteurs de la puerpéralité, quand ils ne sont pas évidents, sont rarement recherchés ou lorsque, ont diagnostiquée les pathologies de la puerpéralité, il est rare d'introduire l'enfant dans le traitement : les structures en place ne le favorisent pas et de plus, le personnel soignant a besoin d'être sensibilisé à cette pratique.

Tout au plus, est demandée, la visite de l'enfant avec les parents qui eux restent réticents car ayant peur l'une réaction agressive de la mère envers l'enfant. Cette peur des parents étant plus ou moins justifiée dans la mesure où il n'est pas mis en place sur le plan psychologique un environnement « conteneur », en cas d'une éventuelle agressivité de la mère, rôle pouvant être joué par le personnel soignant.

### **– Traitement préventif :**

- Sur le plan préventif : l'information est parfois donnée aux parents, du risque possible de survenue d'une autre pathologie du post partum chez les femmes en étant atteintes ; l'espacement des naissances afin de permettre

au bébé de bénéficier de bonnes relations avec sa mère est difficile à contrôler dans la mesure où la patiente « guérie » de sa pathologie rompt tout contact avec le psychiatre pour ne réapparaître que lors d'une rechute ou d'un problème quelconque : il aurait d'ailleurs fallu dans ces cas, une intervention conjointe du psychiatre et du gynécologue.

Cependant, il faut reconnaître le rôle capital de soutien par l'entourage soucieux de la guérison rapide de la « mère » afin de s'occuper de son bébé.

- Dans le post partum avec mort de l'enfant ou dans le post abortum, la chimiothérapie ou la sismothérapie associée à une attitude déculpabilisante amène souvent à une sédation rapide des troubles, en plus du rôle de l'entourage.

#### Recommandations :

- Ce qui peut-être fait ici dans l'état actuel des choses et dans le cadre de la pathologie de la puerpéralité, notamment dans la pathologie du post partum qui en représente une grande majorité est de plusieurs ordres :
- Sensibilisation/ formation du personnel de soin de l'hôpital :
  - D'abord avoir le désir de former le personnel par un travail d'information au sein de l'unité médicale du pavillon des femmes.
  - Puis devant toute femme en âge de procréer (15 à 49 ans) et qui présente une affection psychiatrique, rechercher une éventuelle puerpéralité.
  - Une fois le diagnostic posé :
    - S'il s'agit d'une pathologie de la grossesse, en rechercher la sédation rapide, dédramatiser la situation, déculpabiliser, informer, écouter en vue d'un soutien psychothérapique.
    - S'il s'agit d'une pathologie du post partum, malgré l'absence d'unité de soins d'hospitalisation psychiatriques mères- enfants, en plus du traitement habituel institué, l'introduction- présentation de l'enfant doublée d'un acte de parole qui déculpabilise et renforce le narcissisme de la mère doit être entreprise et même doit faire partie des indications du traitement : pour cela, une préparation psychologique du personnel (médecins- infirmiers – filles et garçons de salle) peut-être entreprise afin que ce personnel aie un rôle « encadreur » pendant l'introduction de l'enfant à l'hôpital, lors de visites périodiques qui seraient autorisées, avec reprise progressive du contact mère- enfant, de la participation au maternage, ce qui favoriserait de bonnes relations mères- enfants en prévenant ainsi certaines pathologies infantiles.
    - Dans le post abortum ou dans le post partum avec mort de l'enfant, aider à l'accélération du travail de deuil en accordant aux parents qui demandent

la possibilité psychothérapique d'une prise en charge personnelle conjointe à l'action médicale, cette prise en charge doit se faire au niveau familiale avec bains, massages, maternage, en vue d'une re-naissance pour repartir sur de nouvelles bases, permettant ainsi d'affronter l'épreuve d'une nouvelle maternité.

Cette prise en charge du corps de la malade quelque soit la pathologie puerpérale en cause , peut avoir un rôle capital (prise en charge par un parent ou par un personnel soignant) : l'exemple de notre malade de l'observation n°4 nous paraît frappant : en effet S. Fatoumata hospitalisée pour psychose délirante aiguë du post partum après la naissance d'un enfant mort né, a été suivie 24 heures après par sa mère admise à l'hôpital dans un autre pavillon pour crise d'angoisse névrotique consécutive à la maladie de sa fille : la mère, bien que malade, s'occupait tous les jours des soins de sa fille avec maternage. Au bout de 10 jours d'hospitalisation, les deux sont sorties d'hôpital, leur pathologie ayant été enrayée : ceci démontre bien la place que prend le corps chez la mère, notamment en Afrique.

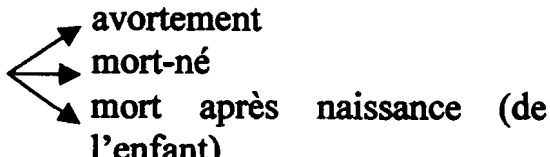
### **III°/ EN CONCLUSION**

Les causes culturelles des pathologies de la puerpéralité n'ont pu être explicitées par nos sources d'informations- Cependant un certain nombre de facteurs transparaissent tout au long de ce travail, au niveau culturel :

1. le non respect d'une prescription est source d'angoisse avec culpabilité : cette prescription est soit un sacrifice à faire, soit un nom à donner à l'enfant soit une cérémonie ou un rituel à observer surtout lors de circonstances particulière comme la naissance d'un jumeau : c'est le cas dans cette observation n°8 de K. CHIABOUA, 46 ans qui a fait une psychose délirante aiguë du post partum, lors de son 2<sup>ème</sup> accouchement et dans son délire, elle s'accusait de n'avoir pas respecté le rituel habituel que lui imposait sa coutume après son premier accouchement qui était un accouchement gémellaire.
  2. La négligence de soins traditionnels après un accouchement.
  3. Soit l'existence d'une sorte de « malédiction » avec :
- La répétition d'une pathologie parentale ; cette pathologie de la puerpéralité est importante chez la femme, il en ressort une invalidation de la femme avec une sorte de dévalorisation culturelle.

Cette pathologie ne peut disparaître spontanément compte tenu des facteurs abordés et retrouvés fréquemment chez nos malades à savoir :

1. – l'âge moyen de survenue des troubles se situant entre 26 –27 ans
2. – la multiparité
3. – l'existence d'antécédents psychiatriques personnels et familiaux.
4. – la situation matrimoniale difficile avec
  - le célibat (et son absence de support social)
  - les dissensions conjugales
5. – une biographie émaillée de problèmes à type de : problèmes familiaux stressants dont le divorce ou le décès des parents
  - une faille généalogique avec problème de filiation
  - l'adoption ou élevage par d'autres personnes que les parentes géniteurs

6. –les grossesses à problèmes : 
  - avortement
  - mort-né
  - mort après naissance (de l'enfant)



Cependant , compte tenu des limites de notre méthode de travail nous pouvons savoir si ces facteurs peuvent être retenus comme facteurs certains de risque.

Notre souhait serait que faisant suite à cette ébauche d'étude, un autre travail de recherche plus étoffé puisse être entrepris, demandant des méthodes comparatives, entre sujets sains à grossesse ou en période de post partum et pris dans tout venant, et sujets malades à grossesse ou en période de post partum et de post abortum.

Cette étude permettrait une meilleure connaissance des risques de survenue des pathologies de la puerpéralité et aboutirait à une prévention primaire, dans le cadre de la médecine sociale ; ceci en vue de minimiser les risques de survenue d'une maladie puerpérale. Mais pour un travail statistique réel, faudrait d'abord en 1<sup>er</sup> lieu s'imposer des observations plus rigoureuses.

## **BIBLIOGRAPHIE**

**1. – ABHE SANSAN ANTOINE**

Dynamique et influence des représentations culturelles au cours des troubles psychopathologiques en Côte d'Ivoire – (Mémoire clinique Maîtrise en psychologie)

**2. AMIEL. F-LEBIGRE**

Évènement de vie et risque psychopathologique (in Biologie et psychologie ; événement et psychopathologie, Guyotat et Fedida p.9 –16)

**3. AUDRAS DE LA BASTIE –M**

Comment le précocité de l'évènement peut s'inscrire dans le corps, l'espace, et le temps (psychologie et biologie ; événement et psychopathologie Guyotat et Fedida – p 222 – 224)

**4. BEETSCHEN. A –CHARVET. F.**

Psychologie et psychopathologie de la maternité- Psychose puerpérales (confrontations psychiatriques n°16, 1978 – Descendance et natalité p83 – 124)

**5. BELMONT.N**

Conception, grossesse et accouchement dans les sociétés non occidentales (confrontations psychiatriques, n° 16, 1978 – Descendance et natalité P 285 – 306)

**6. BENSOUNA. N et BOUCEBCI –M** Profil psychologique d'un groupe de mères célibataires en Algérie (Psychopathologie Africaine Vol XIII, N°3, 1977 – p. 337- 370)

**7. BIGRAS. J et GARON LEONARD.J.**

Propos psychanalytiques sur la grossesse et l'enfantement- (Confrontations psychiatriques, n°16, 1978 – Descendance et natalité p 319 – 341)

**8. BOUCEBCI-M**

Multiparité, mutation socio- culturelle et psychopathologie confrontations psychiatriques, n°21, 1982, - p. 103 - 143

**9. BOUCEBCL.M.**

L'événement naissance dans un monde en changement (Biologie et psychologie ; événement et psychopathologie – Guyotat et Fedida p. 68 – 73)

**10. – BOURNE.S.**

Enfant mort né, pensée mort-né

(Psychologie et biologie, événement et psychopathologie Guyotat et fedida P.225 –228)

**11.CLAUSIER NICOLE épouse CHEMINEAU Puerpéralité et psychose, étude détaillée d'un cas (thèse pour le doctorat en médecine- 1972)**

**12.DELAFOSSE R.CH. J**

Approche différentielle selon le sexe de l'évolution à court terme des bouffées délirantes - (Thèse pour doctorat en médecine, 11/1975)

**13.DEMANGEAT .M.**

Naissance et mort né dans la famille : retentissement clinique et psychothérapeutique

(Psychologie et biologie ; événement et psychopathologie Guyotat et Fedida p.229 – 238)

**14.DURANT – CAMIOT-MARIE LAURE**

La psychose puerpérale, étude en milieu Sénégalais (psychopathologie africaine vol.XIII, n°3, 1977 –p. 269 – 336

**15.EBTINGER.R.**

Aspects psychopathologiques de la paternité

(Confrontations pschiatriques n°16, 1978 –Descendance et natalité p. 149-190

**16.ERLENMEYER. L-KIMLING**

Fertilité des pschotiques- Démographie (confrontations psychiatriques n° 16, 1978- Descendance et natalité, p.47- 82)

**17.FOTSO DJEMO J.B.**

Le regard de l'autre (p 133- 150) : - la femme –la mère  
L'enfant dans le système traditionnel

**18.GILLIERON –E**

L'adoption comme événement (psychologie et biologie- événement et psychopathologie- Guyotat et Fedida p. 248- 254)

**19.GOUNONGBE. A, PIREAUX J.P ; PELC.I**

Représentation et place de l'événement en psychopathologie, en Europe et en Afrique- (Biologie et psychologie ; événement et psychopathologie- Guyotat et Fedida p. 74-79)

**20.GUYOTAT.J.**

Processus psychotique et filiation  
(confrontations psychiatriques, n°16, 1978 – Descendance et natalité p. 191 – 218)

**21.JEDDI-E**

Aspects culturels de l'événement (Biologie et psychologie ; événement et psychopathologie- Guyotat et FEDIDA p.80 –92)

**22. KOUAKOU- KOUASSI**

Naître en pays baoulé ou les bébés esprits (Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie n°4, p. 59 –67, 1985)

**23.– LEMPERIERE. T –ROUILLON. –LEPINE J.P**

Troubles psychiques liées à la puerpéralité  
(EMC Paris) 37 660 A. 10 7 , 1984)

**24.MARIE-CARDINE.M**

Evènement négatif et psychose

(psychologie et biologie : événement et psychopathologie- Guyotat et Fedida p 239 – 246)

**25.– OGRISEK-M.**

Mami Wata, de l'hystérie à la féminité en Afrique Noire

(Confrontations psychiatriques n°21, 1982, p 213 – 236)

**26. –PARIN.P.**

De l'importance des mythes, rites et coutumes pour la psychiatrie comparative

(Confrontations psychiatriques n° 21, 1982 – p. 241 – 257)

**27.– PARQUET PH.J**

Psychologie de la grossesse (précis de psychiatrie : KOUPERNIK- LOO-ZARIFIAN P.311-313)

**28. –PROTHEROE.C.**

Problèmes psychiatriques posés par les avortements

(confrontations psychiatriques, n°16, 1978 – descendance et natalité p. 125-148)

**29.– RANCUREL – G**

Psychoses puerpérales

(précis de psychiatrie : KOUPERNIK-LOO-ZARIFIAN p. 320-330)

**30.–THIS. B.**

Folie de l'un et mythe obstétrical

(confrontations psychiatriques n°16, 1978 – Descendance et natalité p. 307-318)