

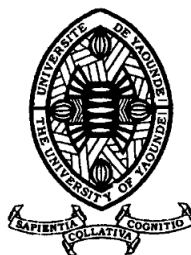
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

**MANIFESTATIONS CLINIQUES DES TROUBLES
PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE
DANS TROIS HOPITAUX DE LA VILLE DE
YAOUNDE**

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du doctorat en médecine
générale

Par :

ZANG NGUETSE Marguerite Synthia

Étudiante en 7^{ème} année de médecine générale

Matricule N° : 17M094

Directeur :

Pr NTONE ENYIME Félicien

Psychiatre

Codirecteurs :

Dr KAMGA OLEN Jean

Pierre

Chargé de Cours

Psychiatre

Dr EBONG Cliford

Chargé de Cours

Gynéco-Obstétricien

Année académique 2023-2024

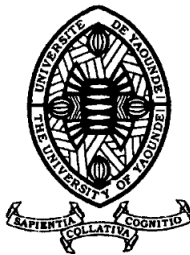
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix-Travail-Patrie

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES
BIOMEDICALES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace-Work-Fatherland

MINISTRY OF HIGHER EDUCATION

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF MEDICINE AND
BIOMEDICAL SCIENCES

DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES

**MANIFESTATIONS CLINIQUES DES TROUBLES
PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE
DANS TROIS HOPITAUX DE LA VILLE DE
YAOUNDE**

Thèse rédigée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du doctorat en médecine
générale

Par :

ZANG NGUETSE Marguerite Synthia

Étudiante en 7^{ème} année de médecine générale

Matricule N° : **17M094**

Date de soutenance : 28 Juin 2024

Jury de thèse

Président du jury

Pr FOUMANE Pascal

Rapporteur

Pr NTONE ENYIME Félicien

Membres

Pr ESSIBEN Félix

Dr ONDOUA

Équipe d'encadrement

Directeur :

Pr NTONE ENYIME Félicien

Codirecteurs :

Dr KAMGA OLEN Jean-Pierre

Dr EBONG Clifford

Année académique 2023-2024

SOMMAIRE

| | |
|--|------------------------------------|
| SOMMAIRE | Erreur ! Signet non défini. |
| DEDICACES | Erreur ! Signet non défini. |
| REMERCIEMENTS..... | Erreur ! Signet non défini. |
| LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ACADEMIQUE... | Erreur ! Signet non défini. |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | Erreur ! Signet non défini. |
| LISTE DES TABLEAUX | Erreur ! Signet non défini. |
| LISTE DES FIGURES..... | Erreur ! Signet non défini. |
| ABBREVIATIONS ACCRONYMES ET SIGLES | Erreur ! Signet non défini. |
| RESUME..... | Erreur ! Signet non défini. |
| SUMMARY..... | Erreur ! Signet non défini. |
| INTRODUCTION GENERALE | Erreur ! Signet non défini. |
| CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE..... | Erreur ! Signet non défini. |
| CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE | Erreur ! Signet non défini. |
| CHAPITRE III : METHODOLOGIE | Erreur ! Signet non défini. |
| CHAPITRE IV : RESULTATS | Erreur ! Signet non défini. |
| CHAPITRE V : DISCUSSION | Erreur ! Signet non défini. |
| CONCLUSION..... | Erreur ! Signet non défini. |
| RECOMMANDATIONS..... | Erreur ! Signet non défini. |
| REFERENCES..... | Erreur ! Signet non défini. |
| ANNEXES..... | Erreur ! Signet non défini. |
| TABLE DE MATIERES | Erreur ! Signet non défini. |

DEDICACES

Au *Seigneur DIEU* tout puissant
sans qui rien de tout ceci n'aurait été possible ;

À mes parents formidables et aimants
M. MEKI Jean Baptiste
Et son épouse
Mme NGUETSE TIOMENA Nathalie.

REMERCIEMENTS

Notre gratitude profonde va à l'endroit :

- Du Professeur **NTONE ENYIME Félicien**, enseignant de psychiatrie, qui a dirigé ce travail et a su nous conseiller et nous accompagner avec rigueur et une parfaite considération ;
- Du Docteur **KAMGA OLEN Jean-Pierre**, enseignant de psychiatrie, qui a codirigé ce travail dans la minutie avec des conseils précieux ;
- Du Docteur **EBONG CLIFORD**, enseignant de gynécologie et obstétrique, qui nous a guidés tout au long de la rédaction de ce travail avec discipline et assiduité ;
- Du Président et des membres du jury, pour le temps consacré à la lecture et la correction de notre travail ;
- Du Professeur **NGO UM Esther Juliette** épouse **MEKA** ; doyen de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1 : qui est non seulement une enseignante mais une mère pour chacun afin de nous assurer une formation de qualité ;
- De tout le service administratif et le corps enseignant de la FMSB pour leur accompagnement tout au long de notre formation ;
- Du directeur du CHU pour l'autorisation de recherche ;
- Du directeur de l'hôpital Central de Yaoundé pour l'autorisation de recherche ;
- Du directeur de l'HGOPY pour l'autorisation de recherche ;
- De tout le personnel des services de maternité des différentes structures pour leur aide et leur accompagnement ;
- De toutes les patientes qui ont consenti à participer à cette étude, vous êtes valeureuses et formidables ;
- De nos adorables parents pour m'avoir toujours soutenu, avoir cru en moi et me pousser à me surpasser et donner le meilleur de moi-même à chaque fois ;
- De M. **GUETSE Severinos Roger** et son épouse Mme **GUETSE Chantal** pour nous avoir accueillis et avoir pris soins de moi sans jamais rien attendre en retour ;
- Du **DGSN** et son **SP NGUELE** pour l'aide et la chance qu'ils nous ont accordée ;
- De notre grand-mère et mbombo **ZANG Marguerite** pour ses bénédictions, ses prières et son amour qui nous accompagnent chaque jour ;

- De la grande famille **FO'O PAUL NGUETSE** et son chef Dr **NGUETSE TEGOUM Pierre Joubert**, pour votre accompagnement et vos encouragements continuels ;
- De la grande famille **NDI ZANG** pour le soutien inestimable ;
- Du couple **GUETSE Serges** et Mme **AZOUAH Carole** pour votre soutien multiforme ;
- De notre complice de tous les temps **AURELIEN SANDJONG YOUNGANG**, pour ta présence, ta bonne humeur, ton accompagnement, tes conseils et ton amour incontesté ;
- De nos frères et sœurs **NGUETSE Hortense**, **BOCCO Sorelle**, **MANGA Carole**, **MEKI Justin Éric**, **MEKI ZANG**, **TCHOUANKAP Nelson**, **MEKI Pasquy**, **ZEBAZE Cabrel**, **MEKI Justin Bryan**, **AYEMELE Edith**, **MBIDA Péguy**, **MEKI Stéphanie** pour le soutien et l'accompagnement ;
- De notre parrain académique Dr **ABDOULAZIZ AOUDI** tu es le meilleur que nous aurions pu souhaiter avoir tu nous as toujours conseillé, accompagné et aidé dans tout ;
- De nos aînés Dr **NGUIMFACK Gildas**, Dr **MOBOUNG Prudence** pour les encouragements et conseils ;
- De nos amis **SIMEDJE Solyne**, Mme **NDEDI Nicaise**, **KAMSEU Murielle**, **MBOSSO William**, **ABBO Serange**, **FOKOUANG Marius**, **FOKA Leslie**, **FODOM Rita**, **MAKAM Ornella**, **MEGNE Hylarie** pour les fous rires et les bons moments partagés ;
- De mes camarades de stage, **YASSANG Rosine**, **ZE Donald**, **TSIMI Michelle**, **WISSENWA Léticia**, **YOUMBI Chanella**, **ZALIHATOU Maimouna**, **ZANTIA Gide**, **ZENABOU ABOU** pour le soutien sans faille ;
- De nos confrères **MBEKE Gilles** et **DIN BA Bello** pour les idées, l'aide mutuelle et l'accompagnement chaleureux ;
- De nos camarades de la **49^{ème} promotion** pour ces 7 années de partage, de dispute, réconciliation et de fraternité ;
- De nos cadets **NTYAM Leslie**, **KANTE Yollande**, **DONFACK Logane**, **ENGOU Carelle**, pour leur aide inestimable.

LISTE DU PERSONNEL

1. PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen : Pr NGO UM Esther Juliette épouse MEKA

Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques :

Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille

Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande

Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOU

Chris Nadège épouse GNINDJIO

Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche :

Dr VOUNDI VOUNDI Esther

Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis

Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU

Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH

Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse
ENGUENE

Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO
ép. TCHOUAWOU

Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA

Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina

Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline

Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO
AMINA épouse ONANA

Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU

Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance: Dr Mpono Emenguele
Pascale épouse NDONGO

Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire

Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU

2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIERES

Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles

Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine

Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne: Pr NGANDEU Madeleine

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale: Pr ONGOLO ZOGO Pierre

Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent

Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie

Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph

Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin

3. DIRECTEURS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)

Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)

Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB

Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)

Pr NDUMBE Peter (1999-2006)

Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)

Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)

5. PERSONNEL ENSEIGNANT

| N° | NOMS ET PRENOMS | GRADE | DISCIPLINE |
|--|------------------------------------|-------|--------------------|
| DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES | | | |
| 1 | SOSSO Maurice Aurélien (CD) | P | Chirurgie Générale |

| | | | |
|----|--|-----|--------------------------|
| 2 | DJIENTCHEU Vincent de Paul | P | Neurochirurgie |
| 3 | ESSOMBA Arthur (CD par Intérim) | P | Chirurgie Générale |
| 4 | HANDY EONE Daniel | P | Chirurgie Orthopédique |
| 5 | MOUAFO TAMBO Faustin | P | Chirurgie Pédiatrique |
| 6 | NGO NONGA Bernadette | P | Chirurgie Générale |
| 7 | NGOWE NGOWE Marcellin | P | Chirurgie Générale |
| 8 | OWONO ETOUNDI Paul | P | Anesthésie-Réanimation |
| 9 | ZE MINKANDE Jacqueline | P | Anesthésie-Réanimation |
| 10 | BAHEBECK Jean | MCA | Chirurgie Orthopédique |
| 11 | BANG GUY Aristide | MCA | Chirurgie Générale |
| 12 | BENGONO BENGONO Roddy Stéphan | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 13 | FARIKOU Ibrahima | MCA | Chirurgie Orthopédique |
| 14 | JEMEA Bonaventure | MCA | Anesthésie-Réanimation |
| 15 | BEYIHA Gérard | MC | Anesthésie-Réanimation |
| 16 | EYENGA Victor Claude | MC | Chirurgie/Neurochirurgie |
| 17 | GUIFO Marc Leroy | MC | Chirurgie Générale |
| 18 | NGO YAMBEN Marie Ange | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 19 | TSIAGADIGI Jean Gustave | MC | Chirurgie Orthopédique |
| 20 | BELLO FIGUIM | MA | Neurochirurgie |
| 21 | BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 22 | FONKOUÉ Loïc | MA | Chirurgie Orthopédique |
| 23 | KONA NGONDO François Stéphane | MA | Anesthésie-Réanimation |
| 24 | MBOUCHE Landry Oriole | MA | Urologie |
| 25 | MEKEME MEKEME Junior Barthelemy | MA | Urologie |
| 26 | MULUEM Olivier Kennedy | MA | Orthopédie-Traumatologie |
| 27 | SAVOM Eric Patrick | MA | Chirurgie Générale |
| 28 | AHANDA ASSIGA | CC | Chirurgie Générale |
| 29 | AMENGLE Albert Ludovic | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 30 | BIKONO ATANGANA Ernestine Renée | CC | Neurochirurgie |
| 31 | BWELE Georges | CC | Chirurgie Générale |
| 32 | EPOUPA NGALLE Frantz Guy | CC | Urologie |
| 33 | FOUDA Jean Cédric | CC | Urologie |

| | | | |
|---|---|----|--|
| 34 | IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 35 | MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel | CC | Chirurgie Orthopédique |
| 36 | NDIKONTAR KWINJI Raymond | CC | Anesthésie-Réanimation |
| 37 | NWAHA MAKON Axel Stéphane | CC | Urologie |
| 38 | NYANIT BOB Dorcas | CC | Chirurgie Pédiatrique |
| 39 | OUMAROU HAMAN NASSOUROU | CC | Neurochirurgie |
| 40 | ARROYE BETOU Fabrice Stéphane | AS | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire |
| 41 | ELA BELLA Amos Jean-Marie | AS | Chirurgie Thoracique |
| 42 | FOLA KOPONG Olivier | AS | Chirurgie |
| 43 | FOSSI KAMGA GACELLE | AS | Chirurgie Pédiatrique |
| 44 | GOUAG | AS | Anesthésie Réanimation |
| 45 | MBELE Richard II | AS | Chirurgie Thoracique |
| 46 | MFOUAPON EWANE Hervé Blaise | AS | Neurochirurgie |
| 47 | NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings | AS | Anesthésie-Réanimation |
| 48 | NYANKOUE MEBOUINZ Ferdinand | AS | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie |
| DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SPECIALITES | | | |
| 49 | SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD) | P | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 50 | ANKOUANE ANDOULO | P | Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie |
| 51 | ASHUNTANTANG Gloria Enow | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 52 | BISSEK Anne Cécile | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 53 | KAZE FOLEFACK François | P | Médecine Interne/Néphrologie |
| 54 | KUATE TEGUEU Calixte | P | Médecine Interne/Neurologie |
| 55 | KOUOTOU Emmanuel Armand | P | Médecine Interne/Dermatologie |
| 56 | MBANYA Jean Claude | P | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 57 | NDJITTOYAP NDAM Elie Claude | P | Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie |
| 58 | NDOM Paul | P | Médecine Interne/Oncologie |
| 59 | NJAMNSHI Alfred KONGNYU | P | Médecine Interne/Neurologie |

| | | | |
|----|--|-----|--|
| 60 | NJOYA OUDOU | P | Médecine Interne/Gastro-Entérologie |
| 61 | SOBNGWI Eugène | P | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 62 | PEFURA YONE Eric Walter | P | Médecine Interne/Pneumologie |
| 63 | BOOMBHI Jérôme | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 64 | FOUDA MENYE Hermine Danielle | MCA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 65 | HAMADOU BA | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 66 | MENANGA Alain Patrick | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 67 | NGANOU Chris Nadège | MCA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 68 | KOWO Mathurin Pierre | MC | Médecine Interne/ Hépto-Gastro-Entérologie |
| 69 | KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 70 | NDONGO AMOUGOU Sylvie | MC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 71 | NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE | MA | Médecine Interne/Gériatrie |
| 72 | DEHAYEM YEFOU Mesmin | MA | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 73 | ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG | MA | Médecine Interne/Oncologie Médicale |
| 74 | ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude | MA | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 75 | MAÏMOUNA MAHAMAT | MA | Médecine Interne/Néphrologie |
| 76 | MASSONGO MASSONGO | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 77 | MBONDA CHIMI Paul-Cédric | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 78 | NDJITOYAP NDAM Antonin Wilson | MA | Médecine Interne/Gastroentérologie |
| 79 | NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle | MA | Médecine Interne/Cardiologie |
| 80 | NGAH KOMO Elisabeth | MA | Médecine Interne/Pneumologie |
| 81 | NGARKA Léonard | MA | Médecine Interne/Neurologie |
| 82 | NKORO OMBEDE Grâce Anita | MA | Médecine Interne/Dermatologue |
| 83 | OWONO NGABEDE Amalia Ariane | MA | Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle |
| 84 | NTONE ENYIME Félicien | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |

| | | | |
|--|--|-----|--|
| 85 | ATENGUENA OBALEMBA Etienne | CC | Médecine Interne/Cancérologie Médicale |
| 86 | FOJO TALONGONG Baudelaire | CC | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 87 | KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier | CC | Médecine Interne/Psychiatrie |
| 88 | MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBENA | CC | Médecine Interne/Endocrinologie |
| 89 | MINTOM MEDJO Pierre Didier | CC | Médecine Interne/Cardiologie |
| 90 | NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH | CC | Médecine Interne/Néphrologie |
| 91 | ANABA MELINGUI Victor Yves | AS | Médecine Interne/Rhumatologie |
| 92 | EBENE MANON Guillaume | AS | Médecine Interne/Cardiologie |
| 93 | ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël | AS | Médecine Interne/Néphrologie |
| 94 | KUABAN Alain | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 95 | NKECK Jan René | AS | Médecine Interne |
| 96 | NSOUNFON ABDOU WOUOLIOU | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 97 | NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel | AS | Médecine Interne/Pneumologie |
| 98 | TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola | AS | Médecine Interne/Psychiatrie |
| DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE ET RADIOLOGIE | | | |
| 99 | ZEH Odile Fernande (CD) | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 100 | GUEGANG GOUJOU. Emilienne | P | Imagerie Médicale/Neuroradiologie |
| 101 | MOIFO Boniface | P | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 102 | ONGOLO ZOGO Pierre | MCA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 103 | SAMBA Odette NGANO | MC | Biophysique/Physique Médicale |
| 104 | MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA | MA | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 105 | MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine | MA | Radiothérapie |
| 106 | NWATSOCK Joseph Francis | CC | Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire |
| 107 | SEME ENGOUMOU Ambroise Merci | CC | Radiologie/Imagerie Médicale |
| 108 | ABO'O MELOM Adèle Tatiana | AS | Radiologie et Imagerie Médicale |
| DEPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE | | | |
| 109 | NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD) | MCA | Gynécologie Obstétrique |

| | | | |
|--|---------------------------------------|-----|-------------------------|
| 110 | FOUMANE Pascal | P | Gynécologie Obstétrique |
| 111 | KASIA Jean Marie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 112 | KEMFANG NGOWA Jean Dupont | P | Gynécologie Obstétrique |
| 113 | MBOUDOU Émile | P | Gynécologie Obstétrique |
| 114 | MBU ENOW Robinson | P | Gynécologie Obstétrique |
| 115 | NKWABONG Elie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 116 | TEBEU Pierre Marie | P | Gynécologie Obstétrique |
| 117 | BELINGA Etienne | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 118 | ESSIBEN Félix | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 119 | FOUEDJIO Jeanne Hortence | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 120 | NOA NDOUA Claude Cyrille | MCA | Gynécologie Obstétrique |
| 121 | DOHBIT Julius SAMA | MC | Gynécologie Obstétrique |
| 122 | MVE KOH Valère Salomon | MC | Gynécologie Obstétrique |
| 123 | METOGO NTSAMA Junie Annick | MA | Gynécologie Obstétrique |
| 124 | MBOUA BATOUM Véronique Sophie | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 125 | MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 126 | NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 127 | NYADA Serge Robert | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 128 | TOMPEEN Isidore | CC | Gynécologie Obstétrique |
| 129 | EBONG Cliford EBONTANE | AS | Gynécologie Obstétrique |
| 130 | MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO | AS | Gynécologie Obstétrique |
| 131 | NGONO AKAM Marga Vanina | AS | Gynécologie Obstétrique |
| DEPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE | | | |
| 132 | DJOMOU François (CD) | P | ORL |
| 133 | EBANA MVOGO Côme | P | Ophtalmologie |
| 134 | ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE | P | Ophtalmologie |
| 135 | KAGMENI Gilles | P | Ophtalmologie |
| 136 | NDJOLO Alexis | P | ORL |
| 137 | NJOCK Richard | P | ORL |
| 138 | OMGBWA EBALE André | P | Ophtalmologie |

| | | | |
|---------------------------------|---|-----|-------------------------------|
| 139 | BILLONG Yannick | MCA | Ophtalmologie |
| 140 | DOHVOMA Andin Viola | MCA | Ophtalmologie |
| 141 | EBANA MVOGO Stève Robert | MCA | Ophtalmologie |
| 142 | KOKI Godefroy | MCA | Ophtalmologie |
| 143 | MINDJA EKO David | MC | ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 144 | NGABA Olive | MC | ORL |
| 145 | ANDJOCK NKOUE Yves Christian | MA | ORL |
| 146 | MEVA'A BIOUELE Roger Christian | MA | ORL-CCF |
| 147 | MOSSUS Yannick | MA | ORL-CCF |
| 148 | MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline | MA | Ophtalmologie |
| 149 | NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA-BELL | MA | ORL-CCF |
| 150 | NOMO Arlette Francine | MA | Ophtalmologie |
| 151 | AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie | CC | Ophtalmologie |
| 152 | ASMAOU BOUBA Dalil | CC | ORL |
| 153 | ATANGA Léonel Christophe | CC | ORL-CCF |
| 154 | BOLA SIAFA Antoine | CC | ORL |
| 155 | NANFACK NGOUNE Chantal | CC | Ophtalmologie |
| DEPARTEMENT DE PEDIATRIE | | | |
| 156 | ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD) | P | Pédiatrie |
| 157 | KOKI NDOMBO Paul | P | Pédiatre |
| 158 | ABENA OBAMA Marie Thérèse | P | Pédiatrie |
| 159 | CHIABI Andreas | P | Pédiatrie |
| 160 | CHELO David | P | Pédiatrie |
| 161 | MAH Evelyn | P | Pédiatrie |
| 162 | NGUEFACK Séraphin | P | Pédiatrie |
| 163 | NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée | P | Pédiatrie |
| 164 | NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP | MCA | Pédiatrie |
| 165 | KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU | MC | Pédiatrie |

| | | | |
|--|--|----|--------------------------------|
| 166 | MBASSI AWA Hubert Désiré | MC | Pédiatrie |
| 167 | NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING | MC | Pédiatrie |
| 168 | EPEE épouse NGOUE Jeannette | MA | Pédiatrie |
| 169 | KAGO TAGUE Daniel Armand | MA | Pédiatrie |
| 170 | MEGUIEZE Claude-Audrey | MA | Pédiatrie |
| 171 | MEKONE NKWELE Isabelle | MA | Pédiatre |
| 172 | TONY NENGOM Jocelyn | MA | Pédiatrie |
| DEPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES | | | |
| 173 | MBOPI KEOU François-Xavier (CD) | P | Bactériologie/ Virologie |
| 174 | ADIOGO Dieudonné | P | Microbiologie/Virologie |
| 175 | GONSU née KAMGA Hortense | P | Bactériologie |
| 176 | LUMA Henry | P | Bactériologie/ Virologie |
| 177 | MBANYA Dora | P | Hématologie |
| 178 | OKOMO ASSOUMOU Marie Claire | P | Bactériologie/ Virologie |
| 179 | TAYOU TAGNY Claude | P | Microbiologie/Hématologie |
| 180 | CHETCHA CHEMEGNI Bernard | MC | Microbiologie/Hématologie |
| 181 | LYONGA Emilia ENJEMA | MC | Microbiologie Médicale |
| 182 | TOUKAM Michel | MC | Microbiologie |
| 183 | NGANDO Laure épouse MOUDOUTE | MA | Parasitologie |
| 184 | BEYALA Frédérique | CC | Maladies Infectieuses |
| 185 | BOUM II YAP | CC | Microbiologie |
| 186 | ESSOMBA René Ghislain | CC | Immunologie |
| 187 | MEDI SIKE Christiane Ingrid | CC | Maladies infectieuses |
| 188 | NGOGANG Marie Paule | CC | Biologie Clinique |
| 189 | NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA | CC | Hématologie |
| 190 | VOUNDI VOUNDI Esther | CC | Virologie |
| 191 | ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA | AS | Biologie Clinique /Hématologie |
| 192 | Georges MONDINDE IKOMEY | AS | Immunologie |
| 193 | MBOUYAP Pretty Rosereine | AS | Virologie |

| DEPARTEMENT DE SANTE PUBLIQUE | | | |
|--|---|-----|---|
| 194 | KAMGNO Joseph (CD) | P | Santé Publique /Epidémiologie |
| 195 | ESSI Marie José | P | Santé Publique/Anthropologie Médicale |
| 196 | TAKOUGANG Innocent | P | Santé Publique |
| 197 | BEDIANG Georges Wylfred | MCA | Informatique Médicale/Santé Publique |
| 198 | BILLONG Serges Clotaire | MC | Santé Publique |
| 199 | NGUEFACK TSAGUE | MC | Santé Publique /Biostatistiques |
| 200 | EYEBE EYEBE Serge Bertrand | CC | Santé Publique/Epidémiologie |
| 201 | KEMBE ASSAH Félix | CC | Epidémiologie |
| 202 | KWEDI JIPPE Anne Sylvie | CC | Epidémiologie |
| 203 | MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO | CC | Expert en Promotion de la Santé |
| 204 | NJOUMEMI ZAKARIAOU | CC | Santé Publique/Economie de la Santé |
| 205 | ABBA-KABIR Haamit-Mahamat | AS | Pharmacien |
| 206 | AMANI ADIDJA | AS | Santé Publique |
| 207 | ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia | AS | Santé Publique |
| 208 | MBA MAADJHOU Berjauline Camille | AS | Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle |
| DEPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE | | | |
| 209 | MENDIMI NKODO Joseph (CD) | P | Anatomie Pathologie |
| 210 | SANDO Zacharie | P | Anatomie Pathologie |
| 211 | BISSOU MAHOP Josue | MC | Médecine de Sport |
| 212 | KABEYENE OKONO Angèle Clarisse | MC | Histologie/Embryologie |
| 213 | AKABA Désiré | MC | Anatomie Humaine |
| 214 | NSEME ETOUCKEY Georges Eric | MC | Médecine Légale |
| 215 | NGONGANG Gilbert Frank Olivier | MA | Médecine Légale |
| 216 | MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épouse KOUOTOU | CC | Anatomopathologie |
| 217 | ESSAME Eric Fabrice | AS | Anatomopathologie |
| DEPARTEMENT DE BIOCHIMIE | | | |

| | | | |
|--|---|----|----------------------------------|
| 218 | NDONGO EMBOLA épouse TORIMIRO Judith (CD) | P | Biologie Moléculaire |
| 219 | PIEME Constant Anatole | P | Biochimie |
| 220 | AMA MOOR Vicky Joceline | P | Biologie Clinique/Biochimie |
| 221 | EUSTACE BONGHAN BERINYUY | CC | Biochimie |
| 222 | GUEWO FOKENG Magellan | CC | Biochimie |
| 223 | MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid | AS | Biochimie |
| DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE | | | |
| 224 | ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD) | P | Physiologie |
| 225 | ASSOMO NDEMBA Peguy Brice | MC | Physiologie |
| 226 | AZABJI KENFACK Marcel | CC | Physiologie |
| 227 | DZUDIE TAMDJIA Anastase | CC | Physiologie |
| 228 | EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé | CC | Physiologie humaine |
| DEPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MEDECINE TRADITIONNELLE | | | |
| 229 | NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD) | MC | Pharmaco-thérapeutique africaine |
| 230 | NDIKUM Valentine | CC | Pharmacologie |
| 231 | ONDOUA NGUELE Marc Olivier | AS | Pharmacologie |
| DEPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE | | | |
| 232 | BENGONDO MESSANGA Charles (CD) | P | Stomatologie |
| 233 | EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard | MA | Stomatologie et Chirurgie |
| 234 | LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE | CC | Odontologie Pédiatrique |
| 235 | MBEDE NGA MVONDO Rose | CC | Médecine Bucco-dentaire |
| 236 | MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense | CC | Odontologie Pédiatrique |
| 237 | NDJOH Jules Julien | CC | Chirurgien-Dentiste |
| 238 | NOKAM TAGUEMNE M.E. | CC | Médecine Dentaire |
| 239 | GAMGNE GUIADEM Catherine M | AS | Chirurgie Dentaire |
| 240 | KWEDI Karl Guy Grégoire | AS | Chirurgie Bucco-Dentaire |
| 241 | NIBEYE Yannick Carine Brice | AS | Bactériologie |
| 242 | NKOLO TOLO Francis Daniel | AS | Chirurgie Bucco-Dentaire |

| DEPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE | | | |
|---|---|----|--|
| 243 | NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD) | P | Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique |
| 244 | NGAMENI Bathélémy | P | Phytochimie/ Chimie Organique |
| 245 | NGOUPAYO Joseph | P | Phytochimie/Pharmacognosie |
| 246 | GUEDJE Nicole Marie | MC | Ethnopharmacologie/Biologie végétale |
| 247 | BAYAGA Hervé Narcisse | AS | Pharmacie |
| DEPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE | | | |
| 248 | ZINGUE Stéphane (CD) | MC | |
| 249 | FOKUNANG Charles | P | Biologie Moléculaire |
| 250 | TEMBE Estella épouse FOKUNANG | MC | Pharmacologie Clinique |
| 251 | ANGO Yves Patrick | AS | Chimie des substances naturelles |
| 252 | NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM | AS | Neuropharmacologie |
| DEPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE | | | |
| 253 | NNANGA NGA Emmanuel (CD) | P | Pharmacie Galénique |
| 254 | MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M. | CC | Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments |
| 255 | NYANGONO NDONGO Martin | CC | Pharmacie |
| 256 | SOPPO LOBE Charlotte Vanessa | CC | Contrôle qualité médicaments |
| 257 | ABA'A Marthe Dereine | AS | Analyse du Médicament |
| 258 | FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle | AS | Pharmacologie |
| 259 | MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH | AS | Réglementation Pharmaceutique |

P= Professeur

MCA= Maître de Conférences Agrégé

MC= Maître de Conférences

MA= Maître Assistant

CC = Chargé de Cours

AS = Assistant

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

LISTE DES TABLEAUX *« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|---|-----------|
| Tableau I : caractéristiques socio-économiques des participantes | 49 |
| Tableau II : antécédents des participantes | 50 |
| Tableau III : caractéristiques socio-économiques des conjoints | 52 |
| Tableau IV : période de survenue des troubles | 54 |
| Tableau V : facteurs gynécologiques | 56 |
| Tableau VI : facteurs liés à une vulnérabilité psychique | 57 |
| Tableau VII : facteurs psychosociaux et histoire personnelle | 58 |
| Tableau VIII : régression logistique univariée | 60 |
| Tableau IX : régression logistique multivariée | 62 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|--|-----------|
| Figure 1 : diagramme des effectifs des participantes..... | 47 |
| Figure 2 : diagramme de la distribution selon l'âge des patientes..... | 48 |
| Figure 3 : diagramme de la distribution selon l'âge des conjoints..... | 51 |
| Figure 4 : diagramme représentatif des effectifs des troubles psychiatriques. | 53 |
| Figure 5 : diagramme de répartition des manifestations des troubles psychiatriques. ... | 55 |

ABBREVIATIONS ACCRONYMES ET SIGLES

| | |
|----------------|--|
| AMM : | Association Médicale Mondiale |
| AAP : | Association Américaine de Psychiatrie |
| ATCD : | Antécédents |
| CHU : | Centre Hospitalier et Universitaire |
| CPN : | Consultation Périnatale |
| CPON : | Consultation Postnatale |
| DSM-V : | Manuel Diagnostic et Statistique des Troubles Mentaux 5 ^{ème} édition |
| DPN : | Dépression prénatale |
| DPP : | Dépression Postpartum |
| FMSB : | Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales |
| FSH: | Follicle Stimulating Hormone |
| HCG: | Human Chorionic Gonadotropin |
| HCY : | Hôpital Central De Yaoundé |
| HGOPY : | Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé |
| HTA : | Hypertension Artérielle |
| IMC : | Indice De Masse Corporel |
| IMF : | Infection Materno-Foetale |
| IRS : | inhibiteurs de la recapture de la sérotonine |
| LH : | Luteinizing Hormone |
| MFIU : | Mort Foetale In Utero |
| OMS : | Organisation Mondiale de la Sante |
| PEC : | Prise en charge |
| PP : | Post-Partum |
| PRL : | Prolactine |
| RGO : | Reflux Gastro-Œsophagien |
| SA : | Semaine D'aménorrhée |
| SSPT : | Syndrome De Stress Post Traumatique |
| TSH : | Tyroid Stimulating Hormone |
| UY1 : | Université de Yaoundé 1 |
| VHB : | Virus de l'Hépatite B |
| VHC : | Virus de l'Hépatite C |
| VIH : | Virus de l'Immunodéficience Humain |

RESUME

Introduction : la période périnatale s'étend du début de la grossesse jusqu'à un an post-partum. Durant cette période, l'organisme la femme est sujet à de nombreuses modifications sur les plans somatique et cognitif tout ceci pouvant entraîner des troubles psychiatriques caractérisés selon l'OMS par une altération majeure sur le plan cognitif de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu.

Objectif : décrire les manifestations cliniques des troubles psychiatriques chez les femmes en période périnatale.

Méthodologie : nous avons mené une étude transversale descriptive avec collecte des données rétrospective et prospective sur un période de 5ans allant de Juin 2019 à Juin 2024 pendant une durée de 08mois de Novembre 2023 à Juin 2024. Grace à une fiche technique, nous avons recueilli les données sociodémographiques, antécédents, données socioéconomiques du conjoint, accompagnant pour l'accouchement, période périnatale, facteurs gynécologiques et obstétricaux, facteurs psychosociaux et histoire personnelle, données cliniques, facteurs liés à une vulnérabilité psychique des patientes répondant aux critères d'inclusion. Les variables quantitatives ont été représentées par leurs moyennes et écarts types ou médianes. Les données qualitatives ont été présentées en effectifs et fréquences.

Résultats : l'âge des participantes variait entre 17 et 44 ans avec un âge médian de 28 ans pour un intervalle interquartile de 23,25 -33 ans. Les femmes étaient généralement célibataires (64,86 %), avec un niveau d'étude secondaire pour la plupart (51,80 %), et ayant comme principale occupation ménagère (32,43 %). La moitié (50,45 %) des participantes n'avaient aucun revenu économique. Le revenu financier moyen pour celles qui en avaient était <45 000 FCFA dans 57,14 % des cas. Parmi toutes les femmes, 49 (22,07 %) avaient des antécédents de chirurgies. L'antécédent de césarienne était le plus fréquent parmi celles qui avaient été opérées (84,00). 45,05 % des femmes avaient déjà été enceinte plus de 4 fois et 37,6 % avaient déjà accouchées entre deux et trois fois, 40,09 % avaient des antécédents d'avortement dont 87,21 % étaient des avortements spontanés. Pendant notre enquête, 18,47 % des femmes étaient enceintes et 82,8 % avaient déjà accouchées parmi lesquelles 82,07 % étaient en post-partum précoce. 50,90 % avaient déjà réalisées plus de 4 CPN. Le type d'accouchement le plus fréquent était eutocique (45,86 %). Pour celle qui avaient été opérées, les césariennes étaient généralement non programmées (91,67 %). 20 % des enfants nés de ces femmes étaient prématurés ou petit poids de naissance. 18,92 % avaient vécu une expérience des décès d'un enfant et pour 9,91 % des femmes, leur entourage avait vécu une expérience de décès périnatal.

L'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques selon la méthode de bayes était 38,34 %. Le baby blues était le trouble psychiatrique le plus rencontré avec 14,86 % des participantes, l'anxiété et la dépression étaient respectivement retrouvées à 12,16 % et 8,56 %, les cas de psychose et de stress posttraumatique étaient chacun rencontré à 4,05 %. Parmi les 41 femmes enceintes interrogées, 15 (37 %) avaient un trouble psychiatrique et parmi celles qui avaient déjà accouchées (183), 70 (soit 38 %) avaient un trouble psychiatrique majoritairement dans les 6 jours qui suivent l'accouchement (39 %).

Conclusions : Les troubles psychiatriques du péripartum sont fréquents dans notre contexte et constituent un problème de santé non négligeable. Les participantes étaient majoritairement des adultes dont la plupart étaient célibataires avec un niveau d'étude secondaire, les ménagères étant le plus représentées. La prévalence globale des troubles était de 38,34 %. La plupart des troubles psychiatriques apparaissaient pendant la période de post-partum. Les troubles étaient variés et comprenaient principalement : le blues du post-partum, l'anxiété, la dépression, le stress posttraumatique et la psychose du post-partum. De nombreux facteurs ont pu être associés à ces pathologies en particulier l'ATCD de décès d'un enfant.

Mots clés : période périnatale, trouble psychiatrique, enjeux de la parentalité, enjeux de la maternité.

SUMMARY

Introduction: The peripartal period extends from the beginning of pregnancy to one year postpartum. During this period, the woman's body is subject to numerous somatic and cognitive changes, all of which can lead to psychiatric disorders characterized according to the WHO by a major cognitive alteration in an individual's emotion regulation or behavior.

Objective: To describe the clinical manifestations of psychiatric disorders in peripartal women.

Methodology: we conducted a descriptive cross-sectional study with retrospective and prospective data collection over a period of 5 years from June 2019 to June 2024 for a period of 08 months from November 2023 to June 2024. Thanks to a technical sheet, we collected sociodemographic data, history, socioeconomic data of the spouse, accompanying person for childbirth, peripartal period, gynecological and obstetric factors, psychosocial factors and personal history, clinical data, factors related to the psychological vulnerability of patients meeting the inclusion criteria. Quantitative variables were represented by their means and standard or median deviations. Qualitative data were presented in terms of numbers and frequencies.

Results: The age of the participants ranged from 17 to 44 years. The median age was 28 years with the interquartile range of 23.25-33 years. The women were generally single (64.86 %), mostly with a secondary education (51.80 %), and having as their main household occupation (32.43 %). Half (50.45 %) of the participants had no economic income. The financial income was <45,000 CFA francs in 57.14 per cent of cases. Of all the women, 49 (22.07 %) had a history of surgeries. The history of caesarean section was the most frequent among those who had undergone surgery (84.00). 45.05 % of the women had already been pregnant more than 4 times and 37.6 % had already given birth between two and three times, 40.09 % had a history of abortion of which 87.21 % were spontaneous abortions. During our survey, 18.47 % of the women were pregnant and 82.8 had already given birth, of which 82.07 % were in the early postpartum period. 50.90 % had already had more than four ANC's. The most common type of delivery was eutocic (45.86 %). For those who had undergone surgery, caesarean sections were generally unscheduled (91.67%). 20 % of the children born to these women were premature or low birth weight. 18.92 % had had an experience of the death of a child and for 9,91 % of women, their entourage had had an experience of perinatal death. Estimating the prevalence of psychiatric disorders using the Bayes was 38.34 %. The baby blues was the most common psychiatric disorder with 14.86 % of participants, anxiety and depression were found at 12.16 % and 8.56 % respectively, and cases of psychosis and post-traumatic stress were each encountered at 4.05 %. Of the 41 pregnant women surveyed, 15 (37 %) had a psychiatric disorder and of those who had already given birth (183), 70 (38 %) had a psychiatric disorder, mostly within 6 days of delivery (39 %).

Conclusions: Peripartum mental disorders are common in our context and constitute a significant health problem. The majority of the participants were adults, most of whom were

single, with a secondary school educational level, with housewives being the most represented. The overall prevalence of the psychiatric disorders was 38.34%. Most psychiatric disorders occurred during the postpartum period. The psychiatric disorders were varied and mainly included: postpartum blues, anxiety, depression, post-traumatic stress and postpartum psychosis. Many factors may have been associated with these pathologies, in particular the history of the death of a child.

Keywords: peripartal period, psychiatric disorders, issues of parenting, issues of maternity.

INTRODUCTION GENERALE

La grossesse et le postpartum sont des périodes riches en remaniements psychiques et somatiques auxquels la femme doit faire face [2] . L'OMS définit la période périnatale comme la période qui s'étend de 28 semaines d'aménorrhées à 6 mois après accouchement, par contre Bydlowski affirme qu'elle s'étend du début de la grossesse à 1an après l'accouchement [3] . C'est une période clé chez la femme car son organisme subit des modifications assez importantes concourant au développement du fœtus, sa naissance et sa croissance. Elle s'accompagne de bouleversements à la fois somatiques et hormonaux mais aussi psychologiques, familiaux et sociaux [4] . Ils s'ajoutent à cela différents facteurs susceptibles de perturber le bon déroulement de cette période comme les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, une situation socio-économique précaire ou un entourage affectif instable ; D'après cette étude conduite par Bottermanne en 2023 les femmes en période périnatale peuvent être sujettes à présenter des troubles psychiatrique [2] . Les troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les états psychopathologiques liés à la période de la gravido-puerpéralité [5] . Les troubles psychiatriques les plus fréquemment rencontrés au Pays-Bas en période périnatale sont la dépression, les crises d'angoisse et la psychose [6] . En période postnatale au Sénégal Traoré a retrouvé principalement l'anxiété, la dépression, le blues du post-partum et la psychose du postpartum. Il dénombre de nombreux facteurs de risque associés à ces pathologies [7] .

La santé telle que définie par l'OMS est un état complet de bien-être physique, social et mental et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité. La composante mentale de la santé selon L'OMS est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser surmonter les tensions normales de la vie accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. Toute perturbation de cet état de bien-être peut entraîner des troubles psychiatriques que l'OMS caractérise par une altération majeure sur le plan clinique de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. D'après Annick Berard les troubles psychiatriques affectent une proportion non négligeable des femmes en âge de procréer [8] . Les facteurs qui ont le plus fort poids prédictif sont les antécédents de dépression notamment périnatale personnels ou familiaux comme le rapporte Dugnat en 2018 [9] .

Une étude menée en France rapportait que le baby-blues et la dépression étaient les troubles psychiatriques périnataux aigu les plus fréquemment retrouvés ; La prévalence de la dépression prénatale mineure est évaluée entre 7 % et 26 % chez les femmes enceintes avec des épisodes plus fréquents au premier et au dernier trimestre de la grossesse, la dépression prénatale majeure est évaluée entre 3,2 % et 11,5 % ; La dépression postnatale est le trouble psychiatrique

postnatal le plus fréquent avec une incidence de 10 à 15 % et survient entre le second mois et la fin de la première année de l'enfant avec environ 7 % des femmes qui font une dépression mineure et 3 % une dépression majeure [10] .

Une cohorte conduite au Sénégal en 2023 retrouvait une fréquence globale des troubles psychiatriques périnataux de 21,56 %. L'ensemble de ces troubles psychiques étaient respectivement de la dépression (36,36 %) ; de l'anxiété (29,54 %) ; de la psychose puerpérale (22,72 %) du postpartum Blues (6,81 %) ; du stress post traumatique (4,54 %) ; 21,56 % des troubles psychiatriques sont apparues entre une à trois semaines après l'accouchement, 18,75 % des cas de dépression ont évolué dans la période de trois à six semaines d'évolution parmi les troubles psychiques [7] .

Des données sociodémographiques rapportées dans une recherche effectuée au Cameroun par Menick Mbassa décrivent que sur les 40 patientes recrutées, les troubles sont apparus dans 5 cas (12,5 %) pendant la grossesse et 32 fois (80 %) après l'accouchement. La grande particularité de ce travail était l'importance des troubles entre vingt-neuf jours et six mois (40 %) après l'accouchement. Mais il avait observé 22,5 % de cas d'apparition de troubles dans le postpartum précoce. Les psychoses aiguës étaient les plus fréquentes (77,5 %) suivies des dépressions (15 %) et des accès maniaques (7,5 %) [11] . N'ayant retrouvé que très peu de données sur les manifestations cliniques des troubles psychiatriques survenus pendant le péripartum dans notre contexte, nous avons donc mené cette étude sur les **manifestations cliniques des troubles psychiatriques en période périnatale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé.**

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE

I.1. JUSTIFICATION

Selon un article publié par Esquirol, la santé mentale périnatale se situe à l'interface de nombreuses disciplines : psychiatrie, obstétrique, médecine familiale et pédiatrie. Les affections psychiatriques du péripartum constituent la plus commune des complications de la naissance, et la dépression est aujourd'hui un problème majeur de santé publique. Il convient donc d'améliorer la reconnaissance de la maladie mentale comme fléau clinique répandu et pourtant encore bien méconnu ou même dénié [12]. Dans le même sens Poulin déclare que les complications obstétricales les plus fréquentes dans les pays industrialisés sont maintenant psychiatriques [13]. Les troubles psychiatriques du péripartum seraient fréquents dans notre contexte et constituent un problème de santé non négligeable. Leur recherche systématique par les agents de santé est essentielle pour la prévention voir le dépistage précoce de ces troubles permettant ainsi une prise en charge optimale comme le montre Traoré [7]. Et malgré leur forte prévalence pendant le post-partum, de nombreux signes et symptômes de cette maladie sont considérés comme des changements physiologiques normaux associés à l'accouchement. Une reconnaissance et un traitement rapides sont impératifs afin de limiter l'impact négatif sur la mère et l'enfant [14]. Nous avons mené cette étude afin de déterminer le profil sociodémographique des femmes présentant des troubles psychiatriques et ressortir les entités cliniques les plus fréquemment observées à la clinique psychiatrique.

I.2. QUESTION DE RECHERCHE

Quelles sont les manifestations cliniques des troubles psychiatriques chez les femmes en période périnatale à propos de trois hôpitaux de la ville de Yaoundé ?

I.3. HYPOTHESE

Il existerait des troubles psychiatriques pendant la période périnatale.

I.4. OBJECTIFS

I.4.1. Objectif général

Étudier les manifestations cliniques des troubles psychiatriques des femmes en période périnatale.

I.4.2. Objectifs spécifiques

1. Décrire les données sociodémographiques de notre population d'étude ;

2. Déterminer la prévalence globale des troubles psychiatriques dans notre échantillon ;
3. Décrire la période de survenue des troubles psychiatriques de notre échantillon ;
4. Décrire les différentes manifestations cliniques psychiatriques observés dans notre échantillon ;
5. Identifier les facteurs associés à la survenue des troubles psychiatriques de notre échantillon.

I.5. INTERET DE LA RECHERCHE

Ce travail de recherche nous a permis :

- Sur le plan scientifique, de décrire les manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale ;
- Sur le plan social, de lever le voile sur les troubles psychiatriques de la période périnatale ;
- Sur le plan personnel, de pouvoir mieux appréhender les troubles psychiatriques de la péripartalité.

I.6. DEFINITION DES TERMES OPERATIONNELS

- Grossesse : ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel [7].
- Période périnatale : période qui s'étend du début de la grossesse jusqu'à 06 mois après l'accouchement
- Post-partum : période qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales), mais aussi physique avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères d'une femme en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, et qui mérite pour ces raisons un suivi et une attention particulière [15].

- Santé est définie par l'OMS comme un état complet de bien-être physique, social et mental et pas seulement une absence de maladie ou d'infirmité.
- Santé mentale : état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser surmonter les tensions normales de la vie accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa société d'après l'OMS.
- Les troubles psychiatriques selon l'OMS sont caractérisés par une altération majeure sur le plan clinique de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu.
- La dépression selon l'OMS est un trouble mental caractérisé par une tristesse persistante et un manque d'intérêt ou de plaisir pour les activités auparavant enrichissantes ou agréables.
- La dépression postnatale (aussi appelée dépression maternelle du post-partum) est un trouble de l'humeur se traduisant par un état de tristesse extrême associé à une perte d'intérêt pour les activités habituelles au cours des premières semaines ou premiers mois après l'accouchement [16] .
- Psychose : représente un ensemble de troubles du comportement, marqué par une perte de contact avec la réalité. La psychose est souvent associée à une maladie mentale sous-jacente, comme la maladie d'Alzheimer, la schizophrénie ou le trouble bipolaire et peut aussi être liée à un abus d'alcool ou de drogues [17] .
- Psychose puerpérale ou psychose périnatale : ensemble de troubles psychotiques apparaissant chez la mère avant l'accouchement, plus rares que ceux apparaissant après, et qui se présentent généralement sous forme de bouffée délirante dans les jours qui suivent l'accouchement. Elle associe des délires centrés sur la naissance et la relation à l'enfant à un état confuso-onirique et à des troubles thymiques. Ces psychoses peuvent aussi révéler un trouble structurel plus ancien. Elles peuvent parfois se résorber en quelques semaines mais elles laissent souvent des traces qu'il s'agit de ne pas négliger [15] .
- L'anxiété spécifique de la grossesse se définit comme des inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse. Elle est plus fréquente aux premier et dernier trimestres de la grossesse [3] .
- Le déni de grossesse se définit comme le refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement [3] .
- Angoisse : sentiment de danger imminent indéterminé s'accompagnant d'un état de malaise, d'agitation, de désarroi, voire d'anéantissement. OMS

- Irritabilité : ce concept se définit comme une tendance à ressentir de la colère et à réagir de façon colérique [18] .
- La labilité émotionnelle se définit comme un ensemble de manifestations émotionnelles soudaines, disproportionnées, instables, versatiles et variant rapidement, d'irritabilité, de tempérament « chaud » et d'intolérance à la frustration. Il est normal d'avoir des jours où vous vous sentez triste ou des jours où vous êtes ravi [18] .
- Le stress : état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. Il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui nous incite à relever les défis et à faire face aux menaces auxquels on est confronté dans notre vie (OMS).
- Syndrome de stress post traumatique : peut se déclencher lorsqu'une personne est confrontée à un événement au cours duquel elle a le sentiment que sa vie ou sa sécurité est menacée. Les personnes touchées peuvent avoir l'impression de revivre l'événement et éviter les personnes ou les lieux qui rappellent cet événement. Les personnes ayant vécu une grossesse qui se passe mal ou un accouchement traumatisant peuvent être sujettes au SSPT du post-partum. Une personne souffrant de SSPT du post-partum peut décider de ne pas avoir d'autres enfants, de retarder la conception d'autres enfants ou de choisir une césarienne lors de son prochain accouchement en raison de son expérience traumatique. Le SSPT du post-partum touche souvent les personnes qui souffrent aussi de dépression du post-partum [7] .

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTÉRATURE

II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

II.1.1. Définitions

Les troubles psychologiques selon l'OMS sont caractérisés par une altération majeure sur le plan clinique de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu.

L'OMS définit la période périnatale comme étant la période qui s'étend de 28 SA jusqu'à 6 mois après l'accouchement. Selon Bydlowski cette période s'étend du début de la grossesse jusqu'à 1an postpartum [3] .

II.1.2. Rappels sur la physiologie de la grossesse et du post-partum

Au cours de la période périnatale, l'organisme de la mère subit de nombreuses modifications afin de s'adapter pour pouvoir accueillir le fœtus et lui donner naissance. Ces modifications se font tant sur les plans somatiques, hormonaux, psychologique.

a. Plan somatique

○ Pendant la grossesse

Nous observons :

- Un gain pondéral. Le poids de la femme enceinte augmente à raison de 1Kg par mois jusqu'au 6ème mois, puis 2Kg par mois au 3ème trimestre. Pour un gain pondéral total entre 9 et 12 Kg pour une femme avec un IMC normal (entre 19 et 24) soit 5Kg de tissus nouveaux, 3kg de tissus dont la taille augmente, 4 Kg de dépôts lipidiques.
- Utérus. Augmentation de la masse utérine (50-70g à 1000g en fin de grossesse) ; augmentation de la perfusion utéroplacentaire (1/6 volume sanguin en fin de grossesse) ; épaississement de la paroi utérine dans le 1^{er} mois puis amincissement vers la fin de grossesse (1,5 cm) ; apparition des contractions de Braxton Hicks (24-26 SA) plus intenses et plus fréquente en fin de grossesse.
- Le col. Hyperplasie et hypertrophie des glandes cervicales entraînant la production du bouchon muqueux ; le signe de Chadwick (coloration violacée du col et des lèvres vaginales due à l'augmentation de la vascularisation, signe de grossesse) ; assouplissement du col en fin de grossesse ; érosion de l'endocol.
- Les trompes. Légère hypertrophie de la musculature ; étirement de la trompe.

- Les ovaires. Cessation de l'ovulation et arrêt de maturation de nouveaux follicules ; augmentation légère de son volume ; production de la relaxine par les ovaires, le tissu mammaire, le placenta les semaines qui précèdent l'accouchement (permettant l'assouplissement du col, relaxation de l'utérus et des ligaments, et de la symphyse pubienne qui facilitera l'expulsion du fœtus).
- Le vagin. Augmentation de la vascularisation et hypertrophie ; relâchement du tissu conjonctif ; épaissement de la muqueuse ; augmentation de la longueur vaginale ; production de l'acide lactique à partir du glycogène (*Lactobacillus acidophilus*).
- Les seins. Au début sensibilité et picotement, prenant du volume au 2^{ème} mois (8^{ème}-10^{ème} SA) due à l'hypertrophie des aréoles ; aréoles plus larges et plus pigmentées ; les tubercules de Montgomery présents sur l'aréole augmentent durant la grossesse.
- Hypophyse. Elle augmente de taille 0,4 à 0,8 en fin de grossesse puis reprend peu à peu sa taille à la fin de la lactation.
- La thyroïde. Possibilité de goitre maternel par carence en iode ; augmentation de la filtration glomérulaire et de l'excrétion rénale de l'iode ; supplémentation de 100 à 150µg/jour d'iode ; privilégier les sources essentielles d'iode (poisson, lait, œufs...)
- Métabolisme basal. Augmente de 15 à 30 % (1/4 lié au travail augmenté du cœur et du poumon, 1/4 destiné à fournir l'énergie à l'unité foeto-placentaire.
- Digestif. Augmentation de l'appétit et des apports alimentaires d'environ 200 Kcal/jour ; nausée et vomissement fréquents entre 4 et 12 SA (considérés comme pathologiques au-delà de 20 SA) ; hypertrophie et hyperhémie des gencives qui deviennent spongieuse et fragiles (gingivorragies) ; dilatation et relaxation du sphincter du cardia d'où RGO (pyrosis), plus marqué en fin de grossesse (compression par l'utérus) ; augmentation du temps de transit.
- Dermatologique, hyperpigmentation de l'aréole mammaire, la région génito-anale, la région péri ombilicale, la ligne médiane abdominale ; mélanasma ou chloasma (masque de grossesse) s'atténue 6 à 18 mois après l'accouchement ; œdèmes du visage prenant le godet prédominant le matin ; marbrure des membres inférieurs favorisées par le froid ; varices liées à l'hypertrophie veineuse ; transpiration plus intense ; vergeture apparaissant vers le 3^{ème} trimestre de grossesse (abdomen, cuisses, seins, sacrum, creux axillaire) rouges violacées pendant la grossesse et s'atténuent et palissent dans le pp mais ne disparaissent pas.

- Appareil locomoteur. Équilibre modifié ; déstabilisation à la marche, mobilisation de la symphyse pubienne douloureuse ; sciatalgie, douleurs lombo-sacrées ; crampes des membres inférieurs.

Au 1^{er} trimestre

Le 1^{er} trimestre est en fait une phase d'adaptation de la femme à la grossesse et au futur enfant. Durant les premiers mois de grossesse, la femme vit un état « d'être enceinte » : les modifications corporelles sont minimales et elle n'a pas de représentations de l'enfant. Néanmoins, les 3 premiers mois sont très riches en émotions. La future maman passe par la joie d'être enceinte, les appréhensions face à cette nouvelle aventure voire la peur d'une éventuelle fausse couche. Il est souvent source d'angoisses ainsi que de pertes de repères identitaires et corporels. La future maman peut aussi être prise par divers doutes tels que : « Est-ce le bon moment ? » ou « Suis-je vraiment prête ? ». Au bout de quelques mois, chez une femme qui va assez bien, ces symptômes disparaissent.

Au 2^{ème} trimestre :

Au 2nd trimestre, les modifications corporelles sont plus visibles et les symptômes physiques du 1^{er} trimestre disparaissent. Le corps s'est adapté à la grossesse et la femme enceinte ressent en général un bien-être physique. Cette 2^{ème} partie de la grossesse est souvent une période de sérénité relative pour la future mère qui a bien accepté la présence de ce bébé dans son ventre et qui commence également à se mettre d'accord avec le père sur l'organisation à suivre lors de l'arrivée du bébé à la maison.

On voit naître « l'attente d'un enfant » qui se caractérise par les projections imaginaires de la mère et du père, accentuées par la perception des mouvements vus sur les échographies. Le bébé désiré par les futurs parents est pensé, imaginé et projeté vers l'avenir. Les parents pensent alors au sexe du bébé, à son prénom ou à une éventuelle ressemblance avec l'un d'eux. Ces représentations permettent une véritable anticipation de l'enfant. Elles favoriseront une « rencontre fructueuse avec l'enfant au moment de la naissance et offriront les conditions de la mise en place d'une bonne interaction ».

Au 3^{ème} trimestre :

Au cours du 3^{ème} trimestre les représentations de séparation apparaissent : la maman identifie des rythmes différents entre elle et son bébé. Des phrases telles que « je veux me reposer mais il n'arrête pas de bouger dans tous les sens » sont souvent exprimées de la part des futures mamans. Peu à peu, au cours de la grossesse, la mère évolue vers un état spécifique que le psychanalyste anglais, Winnicott, a nommé « la préoccupation maternelle primaire ». C'est un

état psychique qui s'accroît vers la fin de la grossesse et les premiers mois de la vie du bébé et qui préparerait la future mère à s'occuper de son bébé [19].

○ **Pendant le post-partum**

- L'utérus. Il y a involution utérine, l'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement après la délivrance (favorisé par la lactation immédiate après l'accouchement grâce aux taux circulants élevés d'ocytocine) son volume et son poids diminuent rapidement (de 1,5 Kg après l'accouchement à 70g au 8^{ème} jour), le segment inférieur disparaît l'orifice interne se referme tandis que l'orifice externe demeure légèrement déhiscent jusqu'au 20^{ème} jour probablement due à la disparition des œdèmes et le retour à la normale des fibres musculaires et la dégénérescence des fibres musculaires néoformées ; la régénération de la muqueuse endométriale en quatre phases (phase de régression : de l'accouchement au 5^{ème} jour, phase de cicatrisation : du 6^{ème} au 25^{ème} jour elle est indépendante des sécrétions hormonales, phase hormonale de régénération : du 25^{ème} au 45^{ème} jour sous l'effet de la stimulation oestrogéniques, phase de reprise du cycle : à partir du 45^{ème} jour en absence de lactation).
- Voies génitales basses. L'épithélium vaginal régresse entraînant une atrophie mais retrouve rapidement sa tonicité et sa trophicité sous l'effet des œstrogènes. La vulve peut rester béante quelques jours mais reprend sa tonicité et perd son aspect congestif dès le 2^{ème} jour ; l'hymen dilacéré lors du passage du fœtus est remplacé par des cicatrices appelées caroncules myrtiliformes ; les muscles périnéaux et les releveurs reprennent leur tonicité en 6-8 semaines s'ils n'ont pas été lésés lors de l'accouchement.
- Les glandes mammaires. L'allaitement se fait sous contrôle hormonal, la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon va engendrer une sécrétion de prolactine et d'ocytocine hypophysaires permettant la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum.
- Dermatologiques. Les angiomes stellaires et l'érythrose palmaire disparaissent en quelques semaines, le mélanasma s'atténue en 6 à 8 mois et disparaît totalement dans 70% des cas ; les vergetures s'atténuent et persistent mais ne disparaissent pas ; hyperpilosité des poils sexuels, des jambes, des bras, de la lèvre supérieure de la ligne médiane abdominale diminue progressivement et partiellement ; passage en phase télogène des cheveux 1 à 5 mois postpartum entraînant une chute de cheveux pouvant durer plusieurs mois avec une récupération quasi complète en 1 à 2 ans.

- Digestif. Alimentation peut être reprise deux heures après accouchement en absence de complication ; appétit normal voire augmenté en cas d'allaitement ; constipation fréquente et transitoire liée aux facteurs mécaniques et hormonaux de la grossesse et de l'accouchement ou due à une peur de pousser en raison de la présence de suture périnéale ; crise hémorroïdaire favorisée par la constipation et la stase veineuse de la fin de grossesse possible et en relation avec les efforts de poussée développés pendant l'accouchement.
- Ophtalmologiques. Troubles de la réfraction en particulier la myopisation de fin de grossesse régresse en quelques semaines.

b. Plan hormonal

○ Pendant la grossesse

Les 1ers mois de grossesse sont souvent les plus difficiles pour la femme car ils impliquent des changements hormonaux considérables.

- adrénaline = sensation de stress ou d'énervement
- endorphines = sensation de bien-être
- oestrogènes = vertus excitantes
- progestérone = effet sédatif
- Hypophyse. La TSH plasmatique diminue s'il y a un pic de HCG placentaire puis augmente en restant dans la normale ; la prolactine est 5 à 10 fois plus élevée en fin de grossesse (plus elle augmente plus la FSH et la LH diminuent) ; l'ocytocine augmente jusqu'à 165 µg/ml et aurait un rôle dans le déclenchement physiologique du travail (il y a une fréquence de pics au fur et à mesure que le travail avance) ; la vasopressine ne change pas mais il y a un abaissement du seuil osmotique de sa sécrétion d'où l'augmentation possible de la rétention d'eau en fin de grossesse (œdèmes).

○ Pendant le post-partum

Chute brutale du taux d'hormone d'origine placentaire (progestérone, œstrogène) en revanche taux de prolactine élevé.

- Chez la femme non allaitante, la prolactine disparaît au bout de 10 à 12 jours ; le taux de FSH très bas après accouchement, augmente pour atteindre un taux normal vers la fin de la 3^{ème} semaine induisant une sécrétion progressive des œstrogènes ; le taux de LH augmente progressivement au bout d'1 mois, le pic de LH et l'ovulation se produisent en moyenne 45 jours après accouchement

- Chez la femme allaitante, la tétée induit les pics de PRL qui retardent l'apparition de la 1^{ère} menstruation mais cette réponse diminue pour disparaître au bout de 60 jours, les taux de PRL se normalisent en général au bout de 112 jours permettant la libération de l'axe hypophysaire ; la première ovulation sera donc possible vers 4 mois.

c. Plan psychologique

○ Pendant la grossesse

- Somnolence
- Asthénie
- Anxiété
- Aversion alimentaire
- Réactivation des conflits latents avec sa propre mère
- Transformation de l'identité personnelle avec émergence du sentiment de devenir mère
- Processus de régression

○ Pendant le post-partum

- Larmes
- Irritabilité
- Trouble du sommeil
- Trouble de l'appétit
- Troubles obsessionnels et compulsifs
- Psychose
- Fatigue
- Réadaptation aux nouvelles positions familiales et sociales

II.1.3. Épidémiologie des troubles psychiatriques de la période périnatale.

La psychiatrie périnatale est un champ récent de la psychiatrie, dont il ne semble plus possible de douter de la nécessité de son approche spécifique. Ses nombreuses particularités en font un paradigme de la complexité du « syndrome psychiatrique ». La prise en compte simultanée, sur une période définie, des perspectives développementales, psychologiques, sociologiques et culturelles, associée au fonctionnement interpersonnel, réimpose l'idée, qu'un trouble mental

ne peut être considéré qu'en regard de son contexte de survenue et de ses liens avec le fonctionnement psychique du sujet. La compréhension multifactorielle des troubles nécessite de considérer les logiques multiples de ces situations, conduisant les professionnels de la santé mentale périnatale à développer des projets de soins multifocaux [20] . D'après Robert Langan et Andrew J. Goodbred , la dépression périnatale touche jusqu'à une femme sur sept et est associée à une morbidité maternelle et néonatale importante si elle n'est pas traitée [21] .

Bettina Hübner-Liebermann, Helmut Hausner et Markus Wittmann affirment que, la dépression est la maladie périnatale la plus fréquente : La prévalence des troubles dépressifs est de 18,4 % pendant la grossesse et de 19,2 % pendant la puerpéralité [22] .

Une étude rétrospective a été conduite du 1er janvier 2002 au 31 mai 2004 pour déterminer le profil sociodémographique des femmes présentant le diagnostic de psychose puerpérale et ressortir les entités cliniques les plus fréquemment observées à la clinique psychiatrique de l'Hôpital Jamot de Yaoundé. Elle a porté sur 40 parturientes ayant présenté un accident psychiatrique de la grossesse, du post-partum, de l'avortement ou de la lactation. La majorité des patientes recrutées avaient entre 20 et 34 ans (80 %) dont 50 % au-dessous de 20 ans. Ces accidents psychiatriques atteignent souvent les femmes mariées (62,5 %) mais toutefois, dans notre étude 1 femme sur 3 qui en souffre est célibataire (30 %). Parmi ces femmes, 85 % n'ont aucun revenu. Les primipares sont les plus concernées avec 35 % de la cohorte. Les troubles apparaissent généralement après l'accouchement (80 %), mais l'on observe quand même quelques cas pendant la grossesse (12,5 %). La grande particularité de cette étude est l'importance des psychoses du post-partum tardif ou psychoses de la lactation. Dans 40 % des cas elles apparaissent entre 1 et 6 mois après l'accouchement. Les psychoses aiguës sont de loin les plus fréquentes (77,5 %) suivies des dépressions (15 %) et des accès maniaques (7,5 %) [11] .

II.1.4. Psychopathogénie des troubles psychiatriques de la période périnatale.

Namêche affirme que les troubles psychiques rencontrés pendant la grossesse ont deux origines possibles: (1) la décompensation d'une pathologie antérieure (comme lors d'une psychose maniaco-dépressive ou d'une schizophrénie préexistante) ou (2) la survenue d'une pathologie de novo au cours de la puerpéralité. Pour cette dernière origine, trois dimensions (biologique, psychique, socioculturelle) sont à souligner [23] .

a. Facteurs de risques

Les troubles mentaux peuvent résulter d'un trouble existant ou être une première manifestation d'un trouble psychiatrique grave après la grossesse [24]. Selon Ned Tijdschr Geneeskd dans un article paru en 2006, le facteur de risque le plus important est l'antécédent de troubles psychiatriques. Les facteurs de risque obstétricaux de dépression sont les grossesses non planifiées ou non désirées, l'hypertension liée à la grossesse, la césarienne d'urgence et la sortie prématurée de l'hôpital [6]. Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et les discordes conjugales semblent jouer un rôle majeur dans l'étiologie de ces troubles dans notre pratique [25]. D'autres facteurs sont le faible statut socio-économique, un événement récent de la vie, une image de soi négative, le peu de soutien social, l'immigration au cours des 5 dernières années, un sentiment de perte de contrôle pendant la grossesse et des problèmes d'alimentation avec l'enfant [6].

- Grossesse non désirée avec discussion autour d'une éventuelle IVG,
- Attitude négative, voire dénégaration pendant la grossesse,
- Isolement affectif, liens conflictuels mère-fille, absence de la grand-mère maternelle, du père de l'enfant, décès d'un enfant précédent,
- Facteurs de stress (conditions d'accouchement, douleurs intenses, prématurité, maladie ou malformation du bébé, deuil d'un enfant mort antérieurement, etc.),
- Enfants malformés, né prématuré et/ou ayant présenté des complications néonatales (hospitalisation, séparations),
- Antécédents familiaux majeurs dans l'enfance : deuil(s), séparation(s), placement(s),
- Grossesse à l'adolescence,
- Primipare âgée,
- Difficultés affectives ou maternelles,
- ATCD personnels ou familiaux de troubles psychiatriques,
- Conflits conjugaux,
- Mauvaise histoire obstétricale,
- ATCD psychopathologiques ou psychiatriques personnels sévères : troubles de l'humeur, psychose puerpérale,
- Traumatisme dans l'enfance (séviences sexuels).

Il faut les identifier en début de grossesse, en cas d'événements pathologiques gravidiques et au moment de l'accouchement. L'entretien précoce maintenant obligatoire (plan périnatalité), dit « entretien du 4e mois », doit permettre de repérer ces facteurs de risque.

On recherchera :

□ En début de grossesse :

- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux,
- Antécédents à risque pour le fœtus ou la grossesse (maladie héréditaire, diabète, HTA, ...),
- Antécédents obstétricaux pathologiques : Mort Fœtale In Utéro (MFIU), malformations fœtales, IMG, enfant de petits poids, enfants hospitalisés longtemps, enfants porteurs d'un handicap sévère, troubles psychiatriques au cours de la grossesse ou du post-partum,
- Séparation de la famille,
- Parent isolé,
- Personnalité immature,
- Toxicomanie,
- Situation de conflit conjugal,
- Grossesse non désirée, non suivie,
- Stérilité,
- Grossesse multiple.

□ Au cours de la grossesse :

- Découverte de malformations ou d'anomalies faisant craindre une malformation,
- Grossesse pathologique,
- Éloignement familial (TIU ou hospitalisation prolongée).
- Après la naissance :
 - Difficultés d'accouchement, morbidité maternelle sévère,
 - Morbidité néonatale,
 - Séparation mère-enfant (enfant transféré...) [15] .

b. Influences réciproques

L'influence de la grossesse sur la maladie psychiatrique dépend du type et de son intensité. Même sous traitement, la décompensation est possible.

L'anorexie et la boulimie sont améliorées pendant la grossesse.

Les troubles psychiatriques pendant la grossesse sont beaucoup moins fréquents que pendant le post-partum (6 à 7 fois plus fréquents). Ils sont surtout observés en début et en fin de grossesse. Il n'y a pas nécessairement d'aggravation d'un trouble préexistant lors de la grossesse; au contraire, certains troubles psychiatriques chroniques comme les psychoses évolutives ont tendance à être positivement influencés par celle-ci [23] .

II.1.5. Présentation clinique des troubles psychiatriques du péripartum.

a. Type de description :

❖ La dépression post-partum

○ Définition de la dépression post-partum

D'après la définition du DSM IV, célèbre manuel de classification des troubles mentaux, les troubles de l'humeur « avec un début dans le post-partum » peuvent s'appliquer à la fois :

- A l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur ;
- A un trouble bipolaire ;
- A un trouble psychotique bref.

○ Épidémiologie

Du point de vue épidémiologique, la dépression du post-partum est très fréquente, elle touche au moins 10% de l'ensemble des accouchées; certains auteurs avancent même le chiffre de 15% [28] . La dépression du post-partum représente un véritable problème de santé publique concernant 10 à 20% des accouchées, et pouvant survenir à tout moment dans l'année suivant la naissance de l'enfant. Deux pics de fréquence ont été observés : les 4 et 6 premières semaines puis entre le 9ème et le 15ème mois qui suivent la naissance [29] . Ce trouble apparaît soit à la suite du baby-blues où les symptômes tendent à s'amplifier, soit entre 2 et 8 semaines après l'accouchement [30] . Elles ne sont pas souvent reconnues par la mère ainsi que par l'entourage, car la naissance d'un enfant est par définition un évènement heureux. Cette pathologie a un retentissement négatif sur la dyade mère-enfant mais également sur la relation de couple [29] .

○ Tableaux cliniques

La symptomatologie de la dépression post-natale associe, à un degré plus ou moins important, les signes classiques de dépression. Il n'existe pas de symptomatologie bien définie, nous pouvons aussi bien rencontrer des épisodes de simple dysphorie que des tableaux de mélancolie délirante. Le début est le plus souvent insidieux et apparaît généralement après une phase de latence de durée variable.

En règle générale, on y retrouve :

- Une asthénie avec des troubles du sommeil;
- Une labilité de l'humeur avec irritabilité et une aggravation symptomatique le soir ;
- Les soins prodigués à l'enfant sont réalisés sans plaisir ;
- Anxiété fréquente déplacée vers le bébé ;

- Une culpabilité avec des auto-accusations en relation avec l'enfant : une impression de « ne pas remplir les fonctions maternelles » ;
- Un sentiment d'incapacité avec une perte d'estime de soi ;
- La mère a des difficultés à exprimer ce qu'elle ressent ;
- Rares idées suicidaires ;
- Il peut exister des phobies d'impulsion ce qui entraîne la mise à distance de l'enfant et donc un appauvrissement des contacts.

Si la patiente exprime son mal être, elle ne l'exprimera, le plus souvent, qu'à travers des plaintes somatiques comme l'insomnie, une prise ou perte de poids, des céphalées, une asthénie, des douleurs.

Il est de notre devoir de démasquer ces plaintes si la patiente n'en parle pas d'elle-même. La consultation post-natale, qui a lieu 6 à 8 semaines après l'accouchement correspondant au 1^{er} pic de dépression du post-partum, peut être une bonne occasion de l'écouter et de l'interroger. Il est également possible d'intégrer à cette consultation un test de dépistage de la DPP par l'Echelle Postnatale d'Edimbourg (EPDS), grille validée à cet effet.

Ces symptômes sont, en règle général, minimisés par la patiente par peur de décevoir l'entourage.

Le problème étant que ces troubles peuvent être également sous-estimés par les professionnels de santé entourant la femme dans l'année suivant l'accouchement. D'après la littérature, environ 50% de ces dépressions ne sont pas reconnues par le médecin généraliste ou autres professionnels. Il est également à noter que dans environ 30% des cas, la dépression du postpartum a débuté durant la grossesse et pouvait, de ce fait, être dépistée. Il est possible de faire le diagnostic à travers la relation mère-enfant : cette forme de pathologie pouvant s'exprimer à travers des craintes au sujet de l'enfant mais également des consultations pédiatriques répétées, sans qu'il n'y ait de motifs valables.

○ **Facteurs étiologiques**

Les facteurs déclenchants peuvent s'inclure et interagir dans un modèle complexe, dit bio-psycho-social des DPP: la cause exacte de la dépression postpartum est inconnue, il n'existe donc pas d'élément déclencheur unique.

Les causes exactes de la DPN semblent difficiles à démontrer, néanmoins, de nombreuses études ont permis de dégager les différents facteurs de risque chez une femme de développer une DPN :

- Épisodes antérieurs de dépression (puerpérale ou non) ;

- Dépression anténatale ou des manifestations intenses d'anxiété à la fin de la grossesse ;
- Antécédent familial de dépression, de DPN, ou de bipolarité ;
- Antécédent personnel de trouble de la personnalité, vulnérabilité psychologique (dépression, troubles anxieux, troubles bipolaires...) ;
- Primiparité tardive ou précoce, ainsi que la grande multiparité ;
- Parcours d'aide médicale à la procréation ;
- Difficultés conjugales, situations de violences conjugales ;
- Difficultés socio-économiques, précarité, absence de logement stable ;
- Isolement affectif, social, manque de soutien attentif, bienveillant, contenant et protecteur (absence de partenaire, rupture avec la famille, absence de grand-mère maternelle...);
- Accouchement dans des rites socio-culturels différents de ceux de la femme ;
- Facteurs concernant la grossesse en elle-même : grossesse non désirée, non suivie, non déclarée, déni de grossesse ;
- Impression de négligence par l'entourage, tendance à l'autodépréciation ;
- Abus sexuels ou maltraitance dans l'enfance.

Les causes hormonales n'ont, à ce jour, pas pu être clairement établies. Des recherches ont porté sur l'influence du taux de progestérone, d'estradiol, et de cortisol mais n'ont pas montré de résultats significatifs. Seules certaines hypothyroïdies transitoires pourraient avoir une influence.

○ Évolution

Leur évolution est traînante. Un an après l'accouchement, 50 % des femmes atteintes de DPP ne sont pas guéries, avec le risque que certaines développent par la suite un trouble dépressif chronique ou récurrent. Cependant, l'évolution peut se faire vers la résolution spontanée après 3 à 6 mois avec des récurrences en dehors du contexte puerpéral et un risque de retentissement sur les interactions mère- enfant ainsi que sur le développement de l'enfant. D'après Dr Poinso, psychiatre, cette affection représenterait une menace pour la fonction maternelle, grevant ainsi les possibilités de holding dans le sens général que lui donne Winnicott (1975). De plus, il semble que du côté des soignants, le holding que l'on peut offrir aux mères est également mis en défaut, entre une stigmatisation d'une part, ou une dénégation et banalisation d'autre part. On estime le risque de récurrence d'une dépression postnatale maternelle lors d'une grossesse suivante à 30 % et hors grossesse, le risque dépressif serait d'environ 50 %, rejoignant le risque habituel, après un premier épisode dépressif.

Il semble donc indispensable de connaître les antécédents des patientes afin d'optimiser la prise en charge tout au long de sa grossesse et dans les suites de couches. Les femmes dans cette situation devraient en discuter avec leur médecin afin de recevoir des traitements adéquats le cas échéant.

- **Les conséquences de la dépression du post-partum**

- **Sur le couple**

Un lien entre dépression maternelle et discordance au sein du couple a été retrouvé mais également un risque plus important que le conjoint développe une dépression à son tour.

- **Sur la relation mère-enfant**

D'après Shore : « Les premières relations que les nourrissons développent avec leurs partenaires privilégiés et principalement leur mère sont les bases du développement d'une personnalité unique, avec ses capacités adaptatives comme ses vulnérabilités et ses résistances contre les formes particulières de pathologies futures. ».

Certains auteurs ont mis en évidence le fait que, d'une façon générale, le point commun entre toutes ces femmes est qu'elles exprimaient tristesse, désintérêt et irritabilité : c'est la raison pour laquelle un grand nombre de dépressions est repéré à travers un dysfonctionnement du lien mère- enfant et donc principalement par les pédiatres. Dans la relation instaurée entre les deux acteurs de cette dyade, les mères dépressives se différencient des mères non dépressives par certains de leurs comportements. Cependant, il existe une grande variabilité dans les « profils interactifs » des mères dépressives, rendant difficile la mise en lumière d'une symptomatologie commune contrairement aux mères non dépressives qui présentent entre elles plus de points communs dans leurs interactions avec le bébé. La diversité des types d'interactions des mères dépressives peut être expliquée par la diversité des profils dépressifs.

Malgré ces différences, Cohn et al ont pu dégager quatre profils distincts :

- La mère fuyant l'interaction : on parle alors de profil « désengagé »,
- La mère agressive, en colère et hyper stimulante : on parle de profil « intrusif ».
- La mère adopte une attitude de jeu : on parle alors de profil « positif »,
- Un dernier qui regroupe les 3 catégories que l'on appelle « mixte ».

Dans ce cas, la dépression du post-partum serait l'étiologie d'un dysfonctionnement du lien mère-enfant. Cependant, certains auteurs partent du principe que la dépression est une conséquence du dysfonctionnement relationnel mère-enfant. En règle générale, les mères dépressives décrivent leur enfant comme « plus difficiles » que les mères non dépressives. Murray a montré que l'immaturité motrice et une irritabilité accrue des nouveau-nés (de ce fait

difficiles à contenir par leur mère) ont un effet dépressogène sur celles-ci, indépendamment de tout autre facteur de risque.

Si l'attachement est de mauvaise qualité, l'enfant sera « insécure » et pourra présenter des troubles du sommeil, de l'alimentation, une grande nervosité ainsi qu'une angoisse de séparation importante.

Nous rejoignons le point de vue de Golse, qui définit « les dépressions maternelles non pas seulement du côté de la mère, mais comme un véritable désordre de la relation mère-enfant, désordre à fondement interactif et servant de point d'encrage au concept de psychiatrie périnatale. ».

- Sur l'enfant

Les études de l'ONED confirment que la principale cause de placement des enfants réside dans les troubles psychiatriques maternels. Les conséquences de la dépression sur l'adolescent et l'adulte sont très difficiles à mettre en évidence objectivement ; cependant nous connaissons l'importance des premières années de vie dans la construction de l'identité. D'après la littérature, plusieurs caractéristiques peuvent se retrouver chez un enfant ou adolescent de mère déprimée :

- Dépression
- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles du comportement
- Difficultés scolaires
- Troubles de l'attention
- Personnalité pathologique

Une étude menée auprès d'enfants de mères dépressives, âgés de 18 mois, affirme qu'aucun n'a développé de troubles intellectuels ou relationnels sérieux. Ils présentaient, cependant, des différences significatives par rapport aux enfants de mères non déprimées: se montrant plus évitant, se livrant à moins d'interactions à distance, d'échanges vocaux et visuels; moins souvent souriants; ayant une capacité d'attention moins soutenue et avec un certain retard dans l'expression verbale.

Une étude longitudinale, menée par Lynn Murray, sur des enfants plus âgés est toutefois plus négative. Elle a ainsi montré que des enfants de femmes qui avaient été déprimées après la naissance présentaient non seulement une insécurité d'attachement plus importante que les bébés de mères non déprimées, mais un risque plus important de perturbations émotionnelles

et cognitives : "Une mère dépressive instaure des interactions pathogènes avec son nourrisson or, même s'il est peut-être excessif de parler de période sensible, la qualité des premiers échanges mère-bébé est posée comme primordiale pour le devenir psychique de l'enfant".

- **Traitements**

À la suite des travaux de Racamier, « l'introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique » a été préconisée.

Le traitement des troubles anxiodépressifs caractérisés lors de la période périnatale repose sur l'usage de méthodes psychothérapiques auxquelles il peut être utile et parfois nécessaire d'adjoindre la prescription de psychotropes. Le traitement de l'état dépressif associe :

- **Moyens thérapeutiques médicamenteux : chimiothérapie**

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont le premier choix de traitement par antidépresseurs chez la femme enceinte ou allaitante car ils sont sécuritaires, bien documentés, causent peu d'effets indésirables et ont peu d'interactions. Concernant les antidépresseurs, les tricycliques (TC), peuvent également être prescrit durant la grossesse et dans le post-partum. Pour une patiente sous traitement antidépresseurs qui désire allaiter : les antidépresseurs appartiennent à la classe de psychotropes la plus étudiée pendant la période de l'allaitement. Plusieurs études ont montré que les taux plasmatiques néonataux étaient souvent nuls ou indétectables avec les médicaments suivants : nortriptyline (appartenant au TC), paroxétine utilisable après 10 semaines d'aménorrhée selon le CRAT (ISRS), sertraline. Avec la fluoxétine (ISRS) ou encore la clomipramine (TC), des complications ont été retrouvées chez le nouveau-né : problèmes digestifs à type de coliques, mais également des probables syndromes de sevrage. Les anxiolytiques sont également donnés.

- **Moyens thérapeutiques non médicamenteux**

- Psychothérapie mère-enfant.

Historiquement, René Spitz a effectué, dans les années 1940, des travaux concernant la dépression chez le nourrisson. Ces études ont révélé la nécessité d'une prise en charge précoce. Certains auteurs ont mis au point des protocoles thérapeutiques spécifiques incluant les relations père/mère/enfant. Les traitements peuvent être d'une durée variable de six mois à plusieurs années avec fréquemment un premier temps où père, mère et bébé viennent aux séances ensemble, avec parfois mère et bébé seuls et parfois père et bébé seuls, puis un deuxième temps où le bébé guéri disparaît des séances.

- Un soutien psycho-social dans le cadre d'un travail en réseau entre la maternité, la PMI, les services sociaux, les services de psychiatrie (enfant et adulte).

Ces interventions réalisées par un professionnel de santé comme une sage-femme, une infirmière ou encore une psychologue représentent un complément à la psychothérapie ou encore à l'utilisation de psychotropes. En effet, « utilisées seules » elles n'ont pas démontré leur efficacité sur les troubles dépressifs caractérisés du pré- ou post-partum, ni à titre thérapeutique ni même à titre de prévention. Elles pourraient toutefois faire preuve de leur efficacité préventive dans certains cas :

- Ciblées sur des sujets à risque,
- En continuité dans le pré- et post-partum,
- Avec un rythme soutenu,
- Notion de personne « référente »

Les entretiens dits « de prévention » apportent une écoute et un soutien bienveillant et apaisant, pouvant ainsi permettre de créer un lien, un sentiment rassurant de familiarité rendant plus facile l'acceptation de visites au domicile, qui en général ne sont guère vécues comme « intrusives » par les mères.

- Une hospitalisation en milieu spécialisé si nécessaire et si possible en hospitalisation conjointe : les unités d'hospitalisation mère-enfant.

Dans les années 1950, Main et Douglas expérimentent les premières hospitalisations mère-enfant pour des mères atteintes de maladies psychiatriques. Dix ans plus tard, Baker crée au Royaume-Uni la première unité mère-enfant comprenant huit lits et compare l'évolution d'un groupe de mères hospitalisées sans enfant avec un groupe de mères hospitalisées avec leur enfant : ces femmes étant hospitalisées pour les mêmes pathologies.

Les résultats de cette étude sont concluants : les femmes hospitalisées en unité mère-enfant ont une durée moyenne d'hospitalisation raccourcie et des rechutes à six mois moins fréquentes. En France, c'est en 1979 que la première unité mère-enfant a vu le jour, à Créteil, dans un service de pédopsychiatrie, avec 4 lits de mères et 4 berceaux. Les hospitalisations mère-enfant appelées les unités mère-bébé (UMB) accueillent conjointement des nourrissons avec leurs mères dont le trouble psychique actuelle ou ancien (psychose puerpérale, dépression postnatale, pathologies psychotiques chroniques, troubles graves de la personnalité...) risque de fragiliser l'établissement des premiers liens et, par conséquent, de mettre en jeu le développement psychoaffectif du bébé.

Les demandes d'hospitalisation mère-bébé peuvent provenir de différents protagonistes : la mère elle-même, la famille, le secteur psychiatrique, le service d'obstétrique, les réseaux médicosociaux. Il est essentiel de préciser que l'hospitalisation mère-enfant est un outil de soin et de prévention. L'accueil en UMB doit s'inscrire dans un projet global de soins, et « ne prend

sens qu'articulé aux autres dispositifs de soin et de prévention organisés autour de la famille et du bébé ».

L'administration d'un traitement, dans certaines formes, s'avère indispensable. En effet, sous traitements, nous observons 70% de guérison définitive en quelques semaines ou quelques mois. Il est rare de voir évoluer ce trouble en une psychose maniaco-dépressive.

❖ **Psychose puerpérale aiguë**

○ **Épidémiologie**

- La notion de psychose puerpérale est reconnue par les cliniciens français qui soulignent sa spécificité, il n'en est pas de même dans les nosographies étrangères. Ce terme définit « un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur », il apparaît typiquement dans les 15 jours qui suivent l'accouchement. Cette pathologie est rare, touchant environ 1 à 2 femmes pour 1000 accouchements. La psychose puerpérale est plus rare et surviendrait chez 0,2 % des accouchées. Elle peut se manifester précocement après la naissance et jusqu'à quelques semaines postpartum. Elle s'apparente souvent à une dépression grave délirante centrée sur le bébé. La forme précoce débute entre le 5^{ème} et le 30^{ème} jour suivant l'accouchement. Elle a une présentation clinique proche la psychose délirante aiguë avec comme particularités l'absence d'antécédents, des éléments confusionnels et oniriques, des troubles de l'humeur, des fluctuations de la symptomatologie chez une même patiente dans le temps et d'une patiente à l'autre. Les thèmes du délire centrés autour de la grossesse (dénî) ou du nouveau-né (persécution). L'évolution de la forme précoce est très favorable avec un retour *ad-integrum* dans 70 à 80 % et une efficacité des antidépresseurs. Il en est tout à fait autrement de la forme tardive de la psychose puerpérale. On retrouve souvent des éléments précurseurs durant la grossesse, voire antérieurement à la grossesse, une symptomatologie clinique beaucoup plus pauvre (thèmes et mécanismes) et une évolution plus péjorative avec une décompensation ou un mode d'entrée dans un processus schizophrénique [31] .

○ **Circonstance de découverte**

Début brutal : 3 premières semaines postpartum avec un pic à J10.

○ **Anamnèse**

Recherche des facteurs de risques :

- Primiparité,
- Césarienne d'urgence,

- Deuil périnatal,
- ATCD psychopathologiques ou psychiatriques sévères, troubles de l'humeur, psychose puerpérale,
- Traumatismes dans l'enfance (séviages sexuels) ;
- Secrets de filiation et/ou relations mère/fille gravement perturbées
- Age supérieur à 30 ans,
- Primiparité : la majorité (jusqu'à 70 %) des psychoses surviennent chez des primipares,
- Accouchement difficile, complications obstétricales,
- Antécédent personnel d'accès psychotique aigu ou bouffée délirante,
- Antécédent familial de schizophrénie,
- Mauvaise situation socio-économique,
- Environ 75 % des sujets présenteraient, dès la grossesse, des manifestations anxiodépressives (contre 25 % des témoins).

Il est important de rappeler que, selon les auteurs, 15 à 30% des mères atteintes d'un trouble bipolaire ont eu leur premier épisode en post-partum, à la suite du premier accouchement.

- **Examen clinique**

- **Phase prodromique**

Elle est brève et associée : pleurs, plaintes somatiques (hypochondriaques), asthénie, rumination anxieuse, agitation nocturne et insomnie progressive s'aggravant de cauchemars. La confusion mentale s'installe progressivement avec doutes sur la naissance et sur l'intégrité corporelle (utérus en particulier), et fluctuation de l'état de conscience. Puis le désintérêt croissant pour l'enfant et rejet progressif du contact physique avec celui-ci.

- **Phase d'état**

Il s'agit d'un tableau polymorphe :

- Explosion délirante avec illusions perceptives ;
 - Hallucinations auditives et visuelles associées à une perturbation de la conscience (confusion) ;
 - Délire de type oniroïde, mal structuré avec recrudescence vespérale, fluctuant en intensité dans son expression, généralement persécutoire et terrifiant ;
 - Grande instabilité de l'humeur et passage rapide de la stupeur à l'agitation ;
 - Thèmes délirants centrés sur la relation mère/enfant et/ou sur conjoint ;
 - Thèmes mystique ou mégalomaniacques, déni de la maternité, idées de substitution ou de subtilisation du bébé, déni du lien d'alliance ou de paternité avec le conjoint devenu

un sosie, conviction que l'enfant est malade, va mourir ; sentiments d'étrangeté et de dépersonnalisation ;

- Angoisse majeure de même que la labilité thymique qui peut prendre le devant du tableau ;
- Mère dans l'incapacité de s'occuper de son enfant et d'avoir une relation affective avec lui ;
- Risque d'infanticide et/ou suicidaire important.

- **Évolution**

Les psychoses puerpérales représentent une véritable urgence psychiatrique. Une majorité de ces épisodes aigus pourrait se rattacher à l'émergence de troubles maniaco-dépressifs chez des femmes jeunes. Si le danger initial est grand, pour la mère comme pour l'enfant (infanticide, suicide.), le pronostic de l'épisode lui-même est bon en quelques mois, mais la réelle question reste celle du maintien du lien mère-nourrisson malgré l'hospitalisation de la mère, afin de prévenir des troubles graves de l'attachement.

Le pronostic maternel à long terme est favorable ; cependant nous pouvons dégager plusieurs évolutions possibles :

- Le plus fréquent : absence de troubles par la suite (40 à 50 %) avec une rechute en post-partum pour les grossesses futures (20 à 30 %).
- Également fréquent : l'apparition de troubles bipolaires (environ 20 %).
- Évolution vers la schizophrénie rare.

Cette pathologie doit nécessiter l'institution d'un traitement alliant un neuroleptique à un antidépresseur. En effet, sans traitement, la psychose puerpérale peut évoluer vers la chronicité et des risques de suicide et d'infanticide sont à craindre. La prévention des récurrences doit se faire de deux façons :

- Conseiller la patiente d'attendre avant de faire un autre enfant, le temps que s'instaure une relation suffisamment stable avec le premier,
- Il est parfois préférable d'hospitaliser systématiquement la mère et son bébé en unité mère-bébé lors de la prochaine grossesse.

b. Autres formes cliniques

Pendant la grossesse

Troubles mineurs : trouble du comportement alimentaire (envies inhabituelles et intempestives), vomissements fréquents en début de grossesse (10 % de pathologies).

Syndrome dépressif majeur et mineur (10 %) avec comme facteur favorisants : la grossesse à l'adolescence, difficultés affectives ou matérielles, ATCD personnels ou familiaux.

Syndrome dépressif mineur : dure 1 semaine, dysphorie, asthénie, ruminations anxieuses, insomnie, plaintes somatiques, vomissements parfois incoercibles, perte ou prise de poids.

Syndrome dépressif majeur. Plus rare avec des signes de dépression classiques : ralentissement psychomoteur, asthénie, anorexie, crise de larmes itératives, sentiment d'impuissance et d'incapacité, de honte, de culpabilité, crainte que ce malaise ne nuise au fœtus et/ou n'aboutisse à un avortement +/- idées suicidaires.

- Facteurs de risque prédictifs de DPP visibles en prépartum

Il est important de connaître le tableau clinique d'une dépression, mais il est également du devoir des professionnels de savoir repérer les femmes vulnérables et donc à « risque » de développer une dépression en période postnatale. Certains facteurs de risque doivent alerter le praticien qui pourra orienter ou non cette patiente vers un spécialiste de l'écoute ou bien décider de la revoir avant la consultation mensuelle prévue. Rappelons qu'il est difficile de dresser une liste théorique et précise de l'ensemble des facteurs de risques existants et que des facteurs de risque isolés ne sont pas prédictifs de dépression future. De plus, il est essentiel de rappeler que l'accouchement, l'accueil du bébé, la présence ou non de complications jouent un rôle important et peuvent favoriser l'installation d'une dépression post-natale.

Les facteurs de risque ou dit de « vulnérabilité » que nous devons repérer dans le prépartum sont les suivants :

- Histoire personnelle de dépression ou de dépression du post-partum,
- Dépression ou importante anxiété durant la grossesse,
- Antécédents familiaux de troubles de l'humeur,
- Manque d'estime de soi,
- Relation de couple conflictuelle ou insatisfaisante, dépression du partenaire,
- Relation conflictuelle avec sa propre mère, décès, séparation,
- Manque de soutien de la part de l'entourage (partenaire, parents, amis),
- Événements de vie négatifs (viols, abus dans l'enfance, décès, perte d'emploi.),
- Grossesse non désirée, ambivalence par rapport à la grossesse, antécédents d'avortements répétés,
- Difficultés socio-économiques : absence de partenaire ou d'emploi, problèmes financiers,
- Âges extrêmes,

- Problème d'infertilité retrouvé dans les états dépressifs prénataux,
- Antécédents obstétricaux (mort fœtale, IMG...),
- Migration géographique, barrage de la langue (français non parlé ou non compris).

Les études rétrospectives notent que chez les 10 à 20 % des femmes qui souffrent de dépression du post-partum, 40 % souffraient de manifestations dépressives pendant la grossesse.

Les symptômes de la dépression sont les suivants:

- Anxiété
- Nausées et vomissements incoercibles persistants après le 1er trimestre,
- Tristesse et/ou irritabilité extrême,
- Ne peut penser clairement ou prendre de décisions
- Manque d'intérêt ou de plaisir dans les activités
- Sentiments de culpabilité, particulièrement au sujet du bébé
- Inquiétudes pour le futur
- Appétit accru ou diminué
- Se sent inadéquate, particulièrement en tant que mère,
- Besoin de sommeil accru ou diminué,
- Rares pensées de suicide ou d'actes autodestructeurs,
- Fatigue extrême,
- Non-respect des conseils médicaux,
- Absence de ménagement pour elle-même.

Le nombre de congés de maladie pris pendant la grossesse et la fréquence des consultations médicales peuvent également être des signes avant-coureurs. Certains auteurs se sont intéressés au syndrome prémenstruel (SPM) : les femmes présentant des troubles psychiatriques auraient plus souvent des SPM sévères et des symptômes dépressifs que les femmes de la population générale.

❖ Troubles anxieux

Les troubles anxieux touchent entre 5 et 15 % des femmes dans la période prénatale. L'anxiété spécifique de la grossesse se définit comme des inquiétudes et préoccupations se rapportant directement à la grossesse. Elle est plus fréquente au premier et au dernier trimestre de la grossesse. Elle est favorisée par des antécédents de complications lors d'une grossesse antérieure. Elle a pour thèmes les modifications corporelles, l'état du fœtus (malformation, mort), le déroulement du travail et de l'accouchement, les conduites de maternage auprès du bébé. Elle participe aux changements de caractère, à une certaine irritabilité, à des envies alimentaires mais aussi à des troubles du sommeil. Au-delà de ces signes attendus, les angoisses

peuvent s'organiser, devenir plus intenses et persister autour de ces mêmes thèmes. Elles retentissent sur la vie du sujet et sont alors l'expression d'un véritable trouble anxieux inaugural ou antérieur à la grossesse. Ces angoisses peuvent avoir une expression somatique. Elles peuvent favoriser le déclenchement de contractions utérines, avec parfois menace d'un accouchement prématuré. En général, les troubles anxieux ont tendance à s'aggraver dans le post-partum [32] .

❖ Troubles de l'humeur

La dépression anténatale touche environ 10 à 20 % des femmes enceintes. Elle est le plus souvent d'intensité légère ou moyenne. La symptomatologie n'est pas spécifique de la grossesse, si ce n'est la culpabilité centrée sur le fœtus et le sentiment d'incapacité concernant la maternité. Le diagnostic peut être difficile à poser du fait de symptômes atypiques à type de plaintes somatiques, notamment algiques, symptômes fonctionnels (asthénie, insomnie...). La dépression anténatale est un facteur de risque de complications obstétricales. Par ailleurs, elle peut faire le lit d'une dépression post-natale. On comprend alors l'importance d'un dépistage, d'un diagnostic et de soins précoces. Les dépressions sévères, voire mélancoliques, sont rares durant la grossesse. Des troubles bipolaires peuvent débiter sous la forme d'un état mixte [32].

❖ Troubles psychotiques

Une grossesse chez une femme psychotique chronique impose une surveillance stricte à la fois somatique et psychique. En effet, le terrain est à risque du fait du peu d'observance aux suivis nécessaires, de la prise de médicaments antipsychotiques, de l'existence d'addictions multiples, de conditions de vie précaires. Tout cela favorise les complications obstétricales. Globalement, les décompensations de troubles psychotiques chroniques sont plus rares pendant la grossesse que lors du postpartum [32] .

❖ Déné de grossesse

Le déni de grossesse concerne environ 3 femmes enceintes sur 1 000. Il se définit comme le refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement. Il se différencie du phénomène conscient de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesses chez une adolescente ou au sein d'un environnement hostile. Il est à l'origine d'une complaisance somatique, c'est-à-dire du peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse. La découverte de la grossesse est souvent fortuite ; elle est brutale et déroutante pour la femme qui y réagit de façon parfois bruyante (angoisse, dépression, délire, fuite). L'état psychique maternel, l'absence de précautions et de suivi médical de la grossesse favorisent les complications : retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero, malformations, accouchement dans des conditions d'urgence, infanticide et interactions

précoces perturbées. Les circonstances de ce déni sont diverses, avec cependant des caractéristiques communes : une ambivalence concernant le désir de grossesse et le désir d'enfant, une culpabilité majeure liée à des interdits concernant la sexualité ; enfin, un environnement affectif et social souvent peu propice à l'arrivée d'un enfant [32] .

❖ **Alcoolisme et toxicomanies**

La survenue d'une grossesse chez une femme alcoolique et/ou toxicomane est à haut risque. Tous les types de produits utilisés franchissent la barrière hémato-placentaire, avec un risque de toxicité pour l'embryon puis le fœtus. Ils passent de même en plus ou moins grande quantité dans le lait maternel. La consommation est souvent difficile à évaluer, minorée par les patientes. Les poly-intoxications sont fréquentes. Outre le produit, d'autres éléments représentent des facteurs de gravité lors de cette grossesse : survenue accidentelle, découverte tardive, consultations obstétricales absentes ou irrégulières. Il faut rechercher des antécédents de grossesses compliquées, des infections associées (VHB, VHC, VIH...). Les conditions de vie de la femme sont souvent précaires, conjuguant isolement et marginalisation. Le quotidien est soumis à l'instabilité. Lors du suivi de cette grossesse, il faudra prendre en compte des troubles psychiatriques liés à l'utilisation de substances, ainsi qu'un parcours de vie marqué par les ruptures, la maltraitance physique ou les abus sexuels. La consommation de toxiques est une cause de certaines complications obstétricales : avortement spontané et accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort périnatale. Elle est à l'origine de complications néonatales, tout particulièrement de syndromes d'imprégnation fœtale ou au contraire de manque fœtal, lors d'une consommation régulière en fin de grossesse. Par la suite, l'addiction est souvent associée à des dysfonctionnements interactifs entre la mère et le bébé dont le développement psychoaffectif peut être alors entravé [32] .

❖ **Troubles psychiques du travail et de l'accouchement**

Lors de la rencontre avec le bébé, les premiers échanges sont chargés d'émotion. On peut observer des états de confusion lors des dernières étapes du travail, associés parfois à une excitation maniaque ou des propos délirants. Leur résolution spontanée est habituellement rapide. En effet, l'accouchement est une épreuve physique et psychique. Le corps est soumis à des efforts et des douleurs intenses et il échappe alors totalement. La naissance est un événement bouleversant qui peut prendre un caractère étrange alors que la femme est épuisée, en manque de repères familiers. Les manifestations psychiques sont majorées par l'urgence de l'accouchement, par d'éventuelles complications obstétricales. En fin de grossesse, les premiers signes de troubles psychiques du post-partum peuvent apparaître à bas bruit [32] .

Pendant le post-partum

D'après Bydlowski, les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents. Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux. Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être tenu de sa prévalence (environ 13 %) et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé [3] .

Post-partum blues ou baby blues : 2^e - 5^e jour, observées dans 50 à 80 % des cas.

Manifestations psychiques et somatiques mineures, contemporaines de la montée laiteuse, des cas en principe transitoires : asthénie, crises de larmes (légère tendance dépressive), labilité de l'humeur, anxiété relative aux soins à apporter au bébé et aux capacités maternelles.

Plaintes somatiques : irritabilité envers l'entourage, trouble du sommeil.

❖ **Le blues du post-partum ou « baby blues »**

○ **Définition**

Il s'agit d'une expérience émotionnelle normale et transitoire vécue par 50 à 80 % des nouvelles mamans. Typiquement, les symptômes incluent de l'irritabilité, de l'anxiété, des crises de larmes, une humeur labile et des difficultés de sommeil. Le baby blues survient trois ou quatre jours après la naissance et dure de quelques jours à deux semaines. Ce syndrome est bénin, ne nécessite pas de traitement et l'habileté de la mère à s'occuper de son enfant n'est pas changée. À noter que 20 % de ces mères évolueront toutefois vers une dépression majeure, surtout si le tableau clinique se poursuit après le 14^e jour. Le soutien de l'entourage est donc très important. De plus, un antécédent de dépression devrait augmenter notre vigilance devant des symptômes précoces [33] .

○ **Épidémiologie**

Sa prévalence se situe entre 50 et 80 %.

○ **Facteurs étiologiques**

Commun à tous les troubles psychiques, une conjonction de facteurs à la fois somatiques mais surtout psychologiques doit être envisagée :

- Chute des hormones,
- Épuisement de l'accouchement,
- Deuil de « l'enfant imaginaire » et rencontre avec l'enfant réel,
- Sentiment de ne plus être « au centre » des préoccupations au profit de l'enfant,
- Ainsi que la prise de conscience des responsabilités accrues de la maternité.

Aucun rôle spécifique n'a pu être attribué à une substance particulière (hormone thyroïdienne, œstradiol, progestérone.). Au total, les mécanismes biologiques qui sous-tendraient le blues sont encore imparfaitement connus malgré les nombreuses études effectuées.

- **Facteurs culturels**

La fréquence du baby blues est sensiblement la même dans les différents pays du monde.

- **Tableau clinique**

Historiquement nommé « syndrome du 3ème jour », il est caractérisé par sa survenue précoce (au 2ème- 5ème jour). Il n'est pas pathologique au sens strict du terme, en effet, sa grande fréquence ainsi que sa bénignité plaident en faveur de la normalité du phénomène.

Il s'agit de manifestations psychiques et somatiques mineures, contemporaines de la montée laiteuse et en principe transitoires. Sa symptomatologie, bien connue du milieu obstétrical, se définit par :

- Une grande tristesse, des crises de larmes brutales, on parle « d'humeur labile »
- Une anxiété
- Des difficultés à dormir peuvent être relevées ; cependant, les troubles du sommeil sont difficiles à mettre en évidence car le sommeil en post-partum est généralement perturbé
- Une irritabilité envers l'entourage peut être perçue
- Des plaintes somatiques sont également rapportées
- Un sentiment d'incapacité à s'occuper du nourrisson

- **Évolution**

Son évolution est favorable en quelques heures à quelques jours sans traitement spécifique. Seul un accompagnement par le personnel de la maternité ainsi que le support de l'entourage maternelle sont préconisés. Cependant, un baby blues qui se poursuit au-delà de 10 jours nécessite une surveillance particulière car il peut révéler une dépression précoce du post-partum sans pour autant affirmer qu'il en est un précurseur. En effet, la présence d'un baby blues n'est pas prédictive d'une dépression. En revanche, sa durée et son intensité le sont.

- ❖ **Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

Le stress post-traumatique est un sujet très débattu: en effet, il est difficile de faire la distinction entre la réactivation de traumatismes et le vécu de l'accouchement.

D'après la définition du TSPT selon le DSM IV : il est décrit comme « un événement au cours duquel le sujet a, soit été témoin de la mort ou de la grave blessure d'un individu ; soit, a été menacé lui-même de mort ou de grave blessure ; soit son intégrité physique a été menacée. Cet événement aura été suivi de réactions de « peur intense, d'impuissance ou d'horreur ». En effet,

il y aurait deux facteurs fréquents dans l'accouchement qui le rendrait potentiellement traumatisant: une douleur extrême et le sentiment de perte de contrôle.

La qualification ainsi que la reconnaissance de l'accouchement en tant qu'évènement pouvant être traumatique est récente. Peu d'études se sont encore intéressées à la prise en charge possible du trouble.

II.1.6. Prise en charge

La prise en charge passe par la prévention et la reconnaissance des troubles psychiatriques dans une étude menée sur la dépression chez les femmes pendant la grossesse et au début de la période post-natale, Elizabeth Littlewood et al. déclarent que, la dépression périnatale est bien reconnue comme un problème de santé mentale, mais moins de 50 % des cas sont identifiés par les professionnels de la santé dans la pratique clinique de routine [34] . Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes pour les mères d'une part (persistance des symptômes sur le long terme) mais également à l'origine d'un risque psychosocial pour leur enfant et leur entourage [35] . Il est donc nécessaire de savoir les reconnaître assez tôt pour pouvoir en assurer une meilleure prise en charge.

Buts :

- Soigner la pathologie maternelle ;
- Éviter que cette pathologie ait de lourdes conséquences sur le développement psychique de l'enfant.

Moyens :

- **Médicamenteux**

Botterman et AL. Affirment que la période périnatale constitue une phase de transition majeure entraînant de multiples changements morphologiques, hormonaux, familiaux et psychique. Ces changements participent à fragiliser la santé mentale pendant cette période cruciale, et compliquent la prise en charge pharmacologique des troubles psychiatriques périnataux [2] . Cependant, dans un article paru en 2020 Emily B. Kroska et Zachary N Stowe affirment que diverses études thérapeutiques utilisant des antidépresseurs, des interactions non pharmacologiques et, plus récemment, une perfusion d'allopregnanolone (Brexanolone) ont montré des avantages [36] . Ainsi l'utilisation des psychotropes est recommandée selon les indications.

- **Non médicamenteux**

- Écoute
- Psychothérapie mère/bébé
- Soutien psycho social
- Hospitalisation

- **Indications**

- Troubles anxieux : benzodiazépines.
- Troubles thymiques : antidépresseurs (antidépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)).
- Les thymorégulateurs (les sels de lithium, la carbamazépine et l'acide valproïque).
- Les neuroleptiques classiques.

II.2. ETAT DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES SUR LE SUJET

II.2.1. Dans le monde

En 2015 en France une publication rapporte que Les troubles anxieux ont plutôt tendance à s'aggraver dans le post-partum plutôt que pendant la grossesse. Ils touchent entre 5 et 15 % des femmes dans la période prénatale ; La dépression anténatale quant à elle touche environ 10 à 20 % des femmes enceintes. Elle est le plus souvent d'intensité légère ou moyenne et Le déni de grossesse concerne 2 à 3 femmes enceintes pour 1 000 ; on y retrouve par ailleurs que les décompensations de troubles psychotiques chroniques sont plus rares pendant la grossesse que lors du post-partum [3] .

En Allemagne en 2003, Les troubles psychiatriques du post-partum peuvent être principalement divisés en 3 groupes : ce qu'on appelle le blues du post-partum, la dépression post-partum et la psychose post-partum. Le blues post-partum survient 3 à 5 jours après l'accouchement dans 50 à 70 % des accouchements et disparaît la plupart du temps après une semaine sans traitement spécifique. Cependant, 20 à 30 % des patientes développeront une dépression au cours de leur évolution post-partum, de sorte qu'une évaluation approfondie de la dépression est justifiée si les symptômes du blues persistent plus de 2 semaines. La dépression post-partum peut être

retrouvée dans 10 à 15 % des accouchements et survient généralement plusieurs semaines ou mois après l'accouchement avec des symptômes d'humeur dépressive, de troubles du sommeil, d'anxiété, de perte d'intérêt et d'entente et de sentiments de culpabilité pouvant aller jusqu'à des idées suicidaires [26] .

II.2.2. En Afrique

En Côte d'Ivoire des données montrent que les troubles psychiatriques de la périnatalité touchaient pratiquement autant les primipares que les multipares avec ou sans antécédent psychiatrique dans les proportions respectives de 49,1 % et 50,9 %. La grossesse était désirée chez 68 % des patientes ; ces troubles apparaissaient essentiellement au cours du post-partum précoce (49,1 %) et tardif (28,8 %) ; sur le plan clinique, les troubles psychiques de la périnatalité étaient principalement représentés par les psychoses délirantes aiguës (66,7 %) et les accès maniaques (17,5 %) ; l'hospitalisation sans le nouveau-né avait été notée en psychiatrie dans 71,9 % des cas contre 28,1 % [27] .

II.2.3. Au Cameroun.

En 2005 dans une étude menée à l'hôpital Jamot de Yaoundé, a constaté que les accidents psychiatriques de la gravidité-puerpéralité sont loin d'être rares. Ils concernent essentiellement une population jeune (80 %) entre 20 et 34 ans dont 50 % au-dessous de 30 ans. Ils atteignent le plus souvent la femme mariée, mais une femme sur trois qui en souffre est célibataire. Les primipares sont les plus concernées (35 %) et les troubles apparaissent généralement dans 80 % des cas après l'accouchement et dans 12,5 % pendant la grossesse. Les psychoses aiguës sont le mode de décompensation privilégié avec la particularité d'une forte participation des psychoses de la lactation [11] .

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

III.1. TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude transversale descriptive avec collecte des données rétrospective et prospective.

III.2. SITE DE L'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, à la maternité principale de l'Hôpital Central de Yaoundé, et ainsi qu'au service de gynécologie du Centre Hospitalier Universitaire étant les principales maternités de la ville, elles sont très fréquentées.

➤ L'HGOPY est une formation sanitaire situé au quartier Ngoussou à Yaoundé ouvert en mars 2022. Il fait partie des hôpitaux de 1ère catégorie du système de sante camerounais et est l'un des fruits de la coopération sino-camerounaise. Il offre aux populations des soins de santé spécialisés. On y retrouve des services tels que :

- Anatomie et cytologie pathologique ;
- Anesthésie et réanimation ;
- Biologie clinique ;
- Dermatologie et maladie infectieuse ;
- Radiologie et imagerie médicale ;
- Gynécologie-Obstétrique et sous spécialités ;
- Pédiatrie et sous spécialités ;
- Ophtalmologie, Odontostomatologie et Oto-Rhino-Laryngologie.

Le service de Gynécologie et obstétrique de l'HGOPY est divisé en trois parties à savoir :

- La maternité qui a une salle de travail
- Deux salles d'accouchements et deux salles de post-partum
- Le service d'hospitalisation d'une capacité de 49 lits
- Le service de consultation constitué de 07 box

Le personnel est constitué de 11 gynécologues/obstétriciens dont trois Professeurs d'université, des infirmières, des sages-femmes, des résidents, des étudiants en médecine et en soins infirmiers.

➤ L'Hôpital Central de Yaoundé fut créé en 1933, initialement comme un hôpital de jour. Il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale, présente en outre

des multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24H/24 et de l'autonomisation des services.

L'unité de Gynécologie et Obstétrique comprend : 2 salles communes d'accouchement, des salles d'hospitalisation communes et individuelles avec une capacité de 95 lits, 4 box de consultations externes, un service d'urgence intégré au service d'admission, deux salles de soins A et B, un service de planification familiale, une salle des archives B, une salle de réunion, un bloc opératoire composé de 3 salles et un service de néonatalogie.

Concernant le personnel, l'unité de gynéco-obstétrique comprend 11 gynécologues obstétriciens dont 2 professeurs, un professeur d'Anesthésie et Réanimation, des sages-femmes, des infirmiers accoucheurs, des agents d'entretien et des brancardiers.

- Le CHUY a été fondé par un décret présidentiel du 28 octobre 1965. Il s'étend au sud de la rue de Mélen, dans le quartier du même nom de la commune d'arrondissement de Yaoundé III, au nord de la faculté de médecine et des sciences biomédicales et à l'ouest du centre international de référence Chantal Biya. Au fil des années il a subi des réaménagements et est aujourd'hui flambant neuf avec un plateau technique convenable.

L'unité de gynécologie et obstétrique comporte : des salles d'hospitalisations communes et individuelles avec une capacité d'environ 63 lits, 3 boîtes de consultation externe, un service d'urgence intégré dans le service de d'admission, une salle de travail, une salle d'accouchement commune et une salle d'accouchement individuelle, un bloc opératoire.

III.3. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE

Notre étude a été faite sur une durée de 08 mois allant du mois de Novembre 2023 à Juin 2024 avec une période de recrutement de 05 ans allant de Juin 2019 à Juin 2024.

III.4. POPULATION A L'ETUDE

III.4.1. Population source

Toute patiente en période périnatale venant consulter à la maternité de l'HCY, HGOPY ou du CHUY.

III.4.2. Population cible

Toute patiente en période périnatale.

a. Critère d'inclusions

Nous avons inclus dans notre étude :

- Toutes patientes en période périnatale présentant un trouble psychiatrique ;
- Toutes patientes en âge de procréer ;
- Patientes ayant consenti à participer à notre étude.

b. Critère de non inclusion

N'ont pas été inclus de notre étude :

- Toutes patientes ne répondant pas aux critères d'inclusions ;
- Tout dossier incomplet.

c. Critères d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- Toutes patientes présentant une autre pathologie pouvant entraîner des troubles psychiatriques ;

III.5. ECHANTILLONAGE

III.5.1. Type de l'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste. Nous avons procédé à un échantillonnage consécutif et non exhaustif de toutes les patientes possédant les critères d'inclusion.

III.5.2. Estimation de la taille de l'échantillon

Pour cela nous avons utilisé la formule de Cochran :

$$N = \frac{(z_{\frac{\alpha}{2}})^2 pq}{i^2}$$

N = taille d'échantillon minimale $z\alpha$ = valeur standardisée à l'intervalle de confiance qui est de 1,96 pour 95% ;

p = prévalence des troubles psychiatriques en période périnatale qui est de 15,92 % selon Abasse [5] ;

q = 1 – p ;

i = niveau de précision qui est de 5% ;

$$N = \frac{(1,96)^2 \times 0,1592(1-0,1592)}{(0,05)^2} = 205,7 ;$$

La taille minimale de notre échantillon était de 206 patientes.

III.6. PROCEDURES

Après avoir fait le choix du thème, nous avons rédigé un protocole de recherche qui a été déposé à la FMSB afin d'être étudié. Après validation de ce dernier, nous avons obtenu une clairance éthique et nous avons déposé des demandes d'autorisation de recherche dans les différents hôpitaux concernés par l'étude. Dès obtention des différentes autorisations de recherche, nous avons débuté le recrutement des patientes dans les différents hôpitaux sélectionnés à l'aide des registres, dossiers des services et archives en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. Des données complémentaires étaient recueillies auprès des participantes consignées dans une fiche de collecte des données tenue confidentielle et dans l'anonymat. Il était recommandé aux patientes présentant des symptômes psychiatriques de recourir à un soutien psychologique. Nous avons enfin analysé des données dont les résultats ont été discutés et publiés lors de la soutenance de thèse en Juin 2024.

III.7. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

III.7.1. Matériel de collecte des données

Nous nous sommes servi des fiches d'enquête dument remplies et les registres des maternités des hôpitaux concernés, des stylos, des crayons, des gommes, d'un ordinateur portable, un téléphone portable, une imprimante, du crédit de communication et de la connexion internet.

III.7.2. Collecte des données

Les informations ont été recueillies auprès des patientes dans les services de maternité du CHU, de l'HCY et de l'HGOPY.

Les informations ont été consignées dans un questionnaire standardisé. Ce questionnaire comprenait les caractéristiques sociodémographiques et les données cliniques des participantes. Les suivis des participantes ont été effectués soient par téléphone ou lors de leurs rendez-vous de la consultation post-natale ou de la vaccination de leurs enfants.

III.7.3. Outils de collecte des données

Les outils utilisés durant notre étude étaient les registres de consultation externe, de consultation post natale, des carnets de CPN dans le but de collecter et de compléter les informations recueillies auprès des femmes.

Outres ces outils, nous avons utilisé une fiche d'enquête pour enregistrer les informations afin de faciliter l'analyse des données. Elle était répartie en neuf items dont : Données sociodémographiques, antécédents, données socioéconomiques du conjoint, accompagnant pour l'accouchement, période périnatale, facteurs gynécologiques et obstétricaux, facteurs psychosociaux et histoire personnelle, données cliniques, facteurs liés à une vulnérabilité psychique.

Dans le but d'atteindre nos objectifs, nous avons utilisé l'outil de dépistage des troubles psychique conçu par le département de médecine de famille /médecine communautaire du Mali en collaboration avec le département de la psychiatrie du Mali qui est une adaptation du Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées, Version 1.0, de l'OMS, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terrad (2014) et tenant compte des critères du American Psychiatric Association. (2013), du DSM-5, Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorder que nous avons réadapté à notre contexte.

III.8. VARIABLES ETUDIEES

Variables sociodémographiques : âge, niveau d'étude, situation matrimoniale, revenu mensuel, profession, type de famille, habitat.

Variable liées à la santé mentale : trouble psychiatrique, stress, fatigue, anxiété, irritabilité, angoisse, trouble de l'humeur, affection maternelle, trouble du sommeil, trouble de l'appétit.

Variables obstétricales : formule gravidique, âge gestationnel, violence physique, désir de conception, suivi médical, accessibilité aux soins, qualité des soins, personnel de santé, antécédents obstétricaux, pathologies chronique, sexe du bébé, poids de naissance du bébé, APGAR du bébé, mode d'accouchement, âge gestationnel à l'accouchement, complications maternelles (HTA, diabète, ...).

III.9. RECRUTEMENT

Il s'est fait dans les salles de suivi post-partum et lors des consultations post-partum et prénatales des hôpitaux sélectionnés comme lieu de l'étude en nous aidant également des

registres de consultation et dossiers tout en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion. Le recrutement a été effectué par l'investigatrice principale l'étudiante ZANG Synthia auprès des patientes en période puerpérale et remplissant les critères d'inclusion pendant une durée de cinq (05) mois.

III.10. SYNTHESE ET ANALYSE DES DONNEES

Les données recueillies de façon numérique et classées selon le type puis analysées à l'aide de :

- Logiciel de traitement de texte Word 2016
- Tableur Excel 2016
- Des logiciels de description d'analyse statistique : R version 4.3.3 et Epidata version 4.6.0.6

Les données collectées ont été saisies à l'aide du logiciel Epidata version 4.6.0.6 puis analysées à travers le logiciel R version 4.3.3. Les variables catégorielles ont été exprimées sous forme d'effectifs et de proportions, et comparées à l'aide d'un test de Chi² quand cela était indiqué. Les variables quantitatives quant à elles ont été exprimées en moyenne avec l'écart-type lorsqu'elles suivaient une distribution normale, sinon, elles étaient exprimées en médiane avec le premier et le troisième quartile. Nous avons effectué une analyse uni variée puis multivariée par la méthode de régression logistique binaire pour rechercher les déterminants la qualité de vie. La force d'association sera mesurée par l'Odd ratio (OR) et son intervalle de confiance à 95%. Une valeur de $p < 0,05$ était indicative d'une différence statistiquement significative. Les résultats de l'étude ont été présentés sous forme de figures, de tableaux, de graphiques et d'histogrammes ; ils ont été exprimés en termes de pourcentage, moyenne et autres variables statistiques et seront représentés sous forme de tableaux et figures.

III.11. CONSIDERATIONS ADMINISTRATIVES ET ETHIQUES.

Nous avons effectué nos recherches dans le respect strict des principes fondamentaux de la recherche médicale :

- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche
- Le principe de l'innocuité de la recherche
- La confidentialité
- La justice c'est-à-dire le sujet est libre de participer ou non à l'étude et ne saurait subir un quelconque préjudice en cas de refus.

De ce fait, notre protocole de recherche a été soumis au comité de thèse de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé 1 pour la vérification de la conformité de l'éthique médicale ; une clairance éthique a été demandée au comité institutionnel d'éthique de la recherche de la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I.

- Avant la collecte

Après la validation du protocole de thèse et l'obtention de la clairance éthique, des demandes d'autorisation de recherche ont été envoyées auprès des services administratifs du CHUY, de l'HCY et de l'HGOPY. Sur le terrain, nous avons obtenu un consentement verbal et écrit des patientes avant leur recrutement.

- Pendant la collecte

Le recrutement a été réalisé par l'investigateur principal ZANG Synthia. Il s'est fait dans les services de maternité des hôpitaux sélectionnés à savoir l'HCY, CHUY et l'HGOPY. L'administration d'un questionnaire au travers des échanges personnalisés aux participantes ayant donné leur accord et signé le consentement éclairé. Toutefois, le respect de la confidentialité et de l'anonymat était assuré tout au long de l'étude.

- Après la collecte

Nous avons respecté de la confidentialité des données fournies par les participants. L'analyse et la diffusion des résultats seront faites.

Ces informations ont été utilisées dans le seul but de l'étude et leur exploitation ne s'est limitée qu'au cadre de la recherche.

III.12. DISSEMINATION DES RESULTATS

L'étude sera présentée lors d'une soutenance de thèse publique en vue de l'obtention du diplôme de docteur en médecine générale.

Un article sera publié dans une revue scientifique.

CHAPITRE IV : RESULTATS

IV.1. ECHANTILLON.

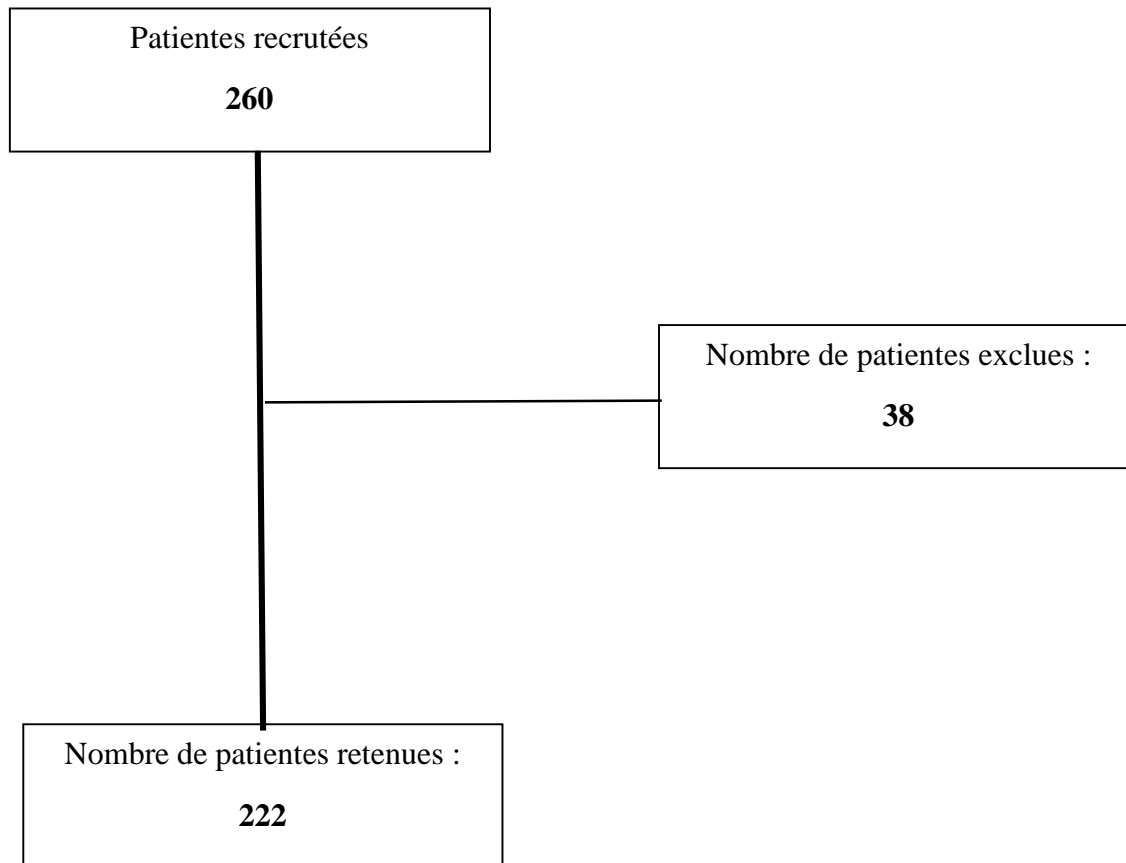


Figure 1 : diagramme des effectifs des participantes.

Nous avons recruté 260 participantes, dont 38 soit 14.62 % présentaient des critères d'exclusion (présence d'autres pathologies pouvant expliquer le trouble psychiatrique, dossiers incomplets). Au final 222 patientes ont été retenues, 130 (58,56 %) à l'HCY, 65 (29,28 %) à l'HGOPY et 27 (12,16 %) au CHU.

IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES.

IV.1.1. Distribution selon l'âge.

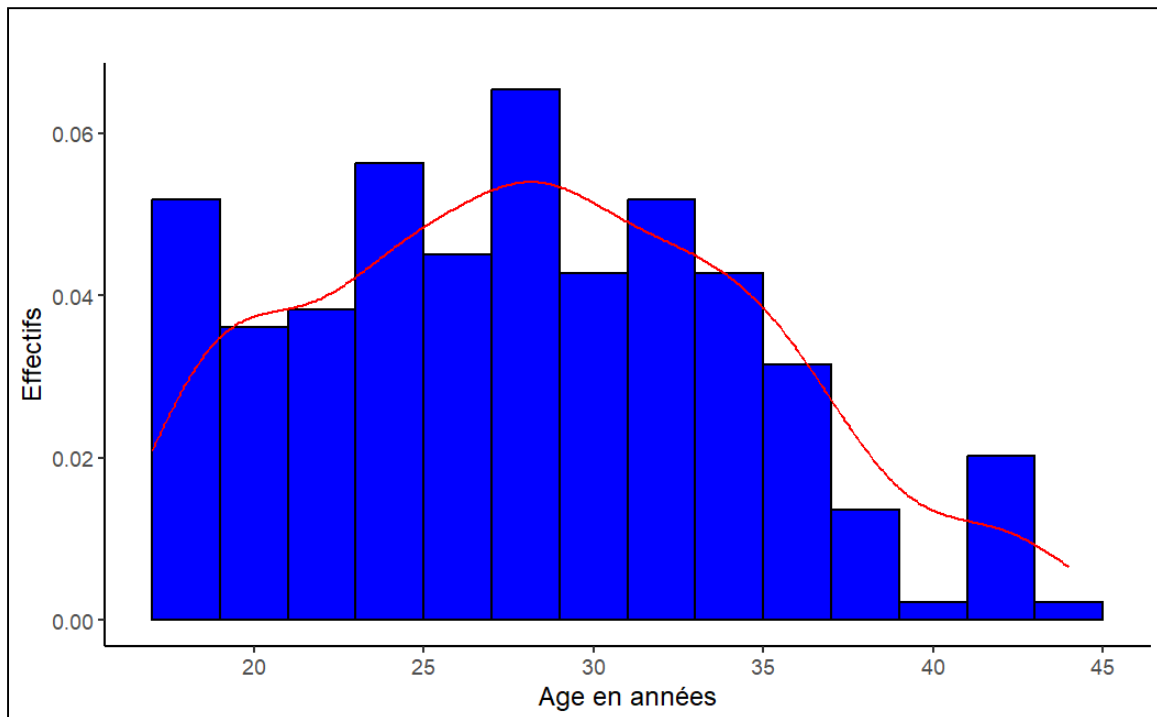


Figure 2 : diagramme de la distribution selon l'âge des patientes.

L'âge des participantes variait entre 17 et 44 ans. L'âge médian était de 28 ans avec l'intervalle interquartile de 23,25 -33 ans.

IV.2.2. Caractéristiques socio-économiques des femmes.

Le profile socio-économique des femmes était généralement célibataire (64,86 %), celles qui étaient mariées l'étaient sous un régime monogamique majoritairement (72,73 %), niveau d'étude secondaire pour la plupart (51,80 %), ayant comme principale occupation ménagère (32,43 %). La moitié (50,45 %) des participantes n'avaient aucun revenu économique. Le revenu financier était <45 000 FCFA dans 57,14 % des cas.

Tableau I : caractéristiques socio-économiques des participantes.

| Variable | Catégorie | Effectif (n) | Proportion (%) |
|----------------------------|----------------|--------------|----------------|
| Statu matrimoniale | Célibataire | 144 | 64.86 |
| | Mariée | 78 | 35.14 |
| | Monogamie | 56 | 72.73 |
| | Polygamie | 21 | 27.27 |
| Coépouse | Oui | 11 | 64.71 |
| Niveau d'étude | Non scolarisée | 11 | 4.95 |
| | Primaire | 29 | 13.06 |
| | Secondaire | 115 | 51.80 |
| | Supérieure | 67 | 30.18 |
| Occupation | Aide-ménagère | 2 | 0.90 |
| | Commerçante | 55 | 24.77 |
| | Étudiante | 48 | 21.62 |
| | Fonctionnaire | 45 | 20.27 |
| | Ménagère | 72 | 32.43 |
| Revenus économiques | Aucun | 112 | 50.45 |
| | Journalier | 63 | 28.38 |
| | Mensuel | 47 | 21.17 |
| Revenu financier | <45000 | 16 | 57.14 |
| | >45000 | 12 | 42.86 |

IV.2.3. Antécédents des participantes.

Parmi toutes les femmes, 49 (22,07 %) avaient des antécédents de chirurgies. L'antécédent de césarienne était le plus fréquent parmi celles qui avaient été opérées (84,00). 45,5 % des femmes avaient déjà été enceinte plus de 4 fois et 37,56 % avaient déjà accouchées entre deux et trois fois, 40,09 % avaient des antécédents d'avortement dont 87,21 % étaient des avortements spontanés.

Tableau II : antécédents des participantes.

| Variables | Catégories | Effectif (n) | Proportion (%) |
|---------------------------------|--------------------------|--------------|----------------|
| Antécédents médicaux | HTA | 11 | 4.95 |
| | Diabète | 2 | 0.90 |
| | Drépanocytose | 2 | 0.90 |
| Antécédents chirurgicaux | Antécédents chirurgicaux | 49 | 22.07 |
| | Appendicectomie | 2 | 4.00 |
| | Autre | 2 | 4.00 |
| | Césarienne | 42 | 84.00 |
| | Laparotomie | 4 | 8.00 |
| Gestité | Primigeste | 56 | 25.23 |
| | Paucigeste | 66 | 29.73 |
| | Multigeste | 100 | 45.05 |
| Parité | Primipare | 69 | 33.66 |
| | Paucipare | 77 | 37.56 |
| | Multipare | 59 | 28.78 |
| Avortement | Oui | 87 | 40.09 |
| | Spontané | 75 | 87.21 |
| | Provoqué | 32 | 37.21 |

IV.2.4. Caractéristiques socio-économiques des conjoints.

IV.2.4.1. Distribution de l'âge du conjoint.

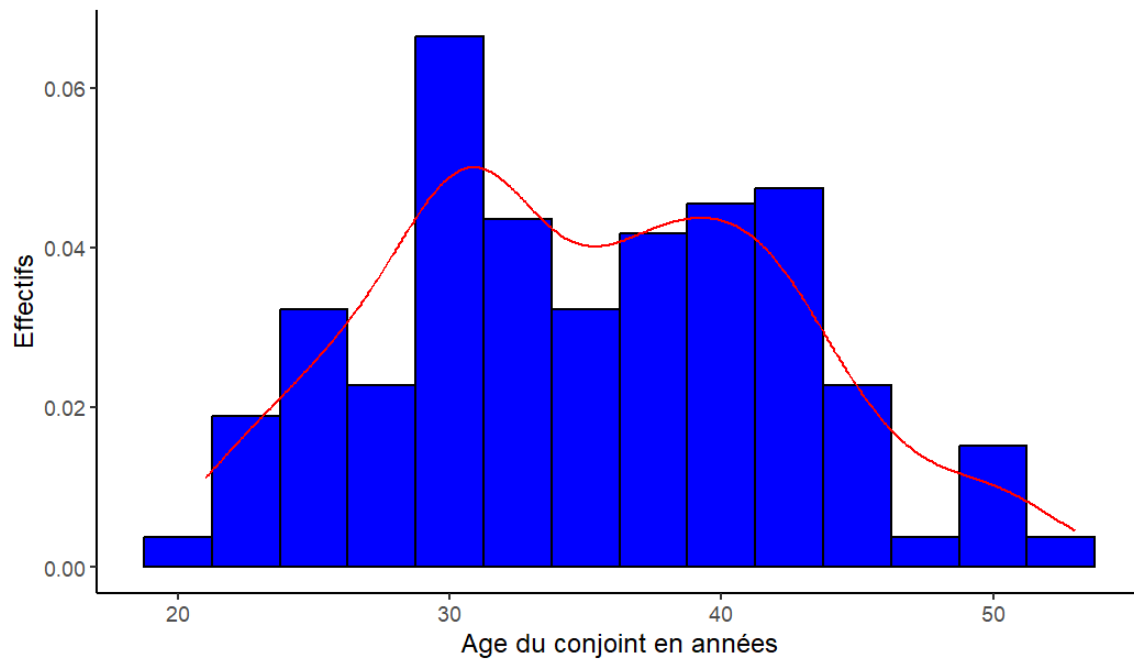


Figure 3 : diagramme de la distribution selon l'âge des conjoints.

L'âge des conjoints variait entre 21 et 53 ans, avec une médiane de 35 ans et l'intervalle interquartile de 30 à 40 ans.

IV.2.4.2. Caractéristiques socio-économiques.

Le profile socioéconomique globale des conjoints était commerçant (45,37 %), niveau d'étude secondaire (52,26 %), 51,00 % avaient des revenus journaliers et la moite des conjoints avait des revenus financières de plus de 45000 FCFA. Parmi eux, 52,49 % étaient enthousiaste face à la grossesse.

Tableau III : caractéristiques socio-économiques des conjoints.

| Variables | Catégories | Effectifs (n) | Proportions (%) |
|---|----------------------|------------------|-----------------|
| Occupation | Aucune | 10 | 4.88 |
| | Commerçant | 93 | 45.37 |
| | Fonctionnaire | 50 | 24.39 |
| | Secteur prive | 52 | 25.37 |
| Niveau d'étude | Non scolarise | 3 | 1.51 |
| | Primaire | 6 | 3.02 |
| | Secondaire | 104 | 52.26 |
| | Supérieure | 86 | 43.22 |
| Revenu économiques | Aucun | 7 | 3.50 |
| | Journalier | 102 | 51.00 |
| | Mensuel | 91 | 45.50 |
| Revenu financier | <45000 | 13 | 50.00 |
| | >45000 | 13 | 50.00 |
| Attitude du conjoint vis-à-vis de la grossesse | Désireux | 66 | 29.86 |
| | Enthousiaste | 116 | 52.49 |
| | Indiffèrent | 23 | 10.41 |
| | Mécontent | 16 | 7.24 |
| | Conjoint | 177 | 80.09 |
| Gestion des ordonnances | Famille conjoint | 7 | 3.17 |
| | Famille patiente | 29 | 13.12 |
| | Patiente-t-elle même | 8 | 3.62 |

IV.3. PREVALENCE GLOBALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE.

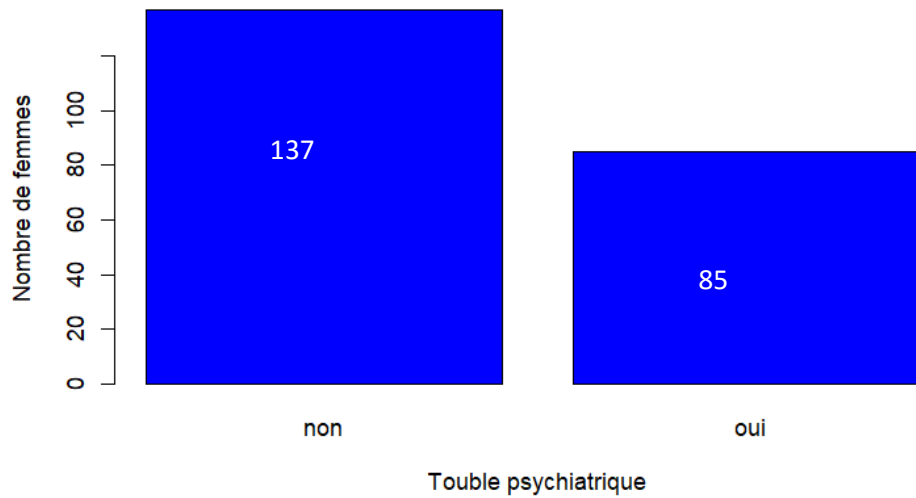


Figure 4 : diagramme représentatif de l'effectif global des troubles psychiatriques.

L'estimation de la prévalence globale des troubles psychiatrique selon la méthode de bayes était 38,34% avec un intervalle de confiance a 95% de (32,0-44,72).

IV.4. PERIODE DE SURVENUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE.

Parmi les 41 femmes enceintes interrogées, 15 (37 %) avaient un trouble psychiatrique. Parmi celles qui avaient déjà accouchées (183), 70 (soit 38 %) avaient un trouble psychiatrique majoritairement dans les 6 jours qui suivent l'accouchement (39 %).

Tableau IV : période de survenue des troubles.

| Périodes périnatales | Catégories | Pas de trouble psychiatrique | Trouble psychiatrique |
|----------------------------------|---------------|------------------------------|-----------------------|
| Enceinte | Non | 61% (111/181) | 39% (70/181) |
| | Oui | 63% (26/41) | 37% (15/41) |
| Accouchée (post-partum) | Non | 61% (23/38) | 39% (15/38) |
| | Oui | 62% (113/183) | 38% (70/183) |
| Délais après accouchement | 0-6 jours | 61% (92/151) | 39% (59/151) |
| | 1-7 semaine | 73% (16/22) | 27% (6/22) |
| | 8-24 semaines | 55% (6/11) | 45% (5/11) |

IV.5. MANIFESTATION CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE.

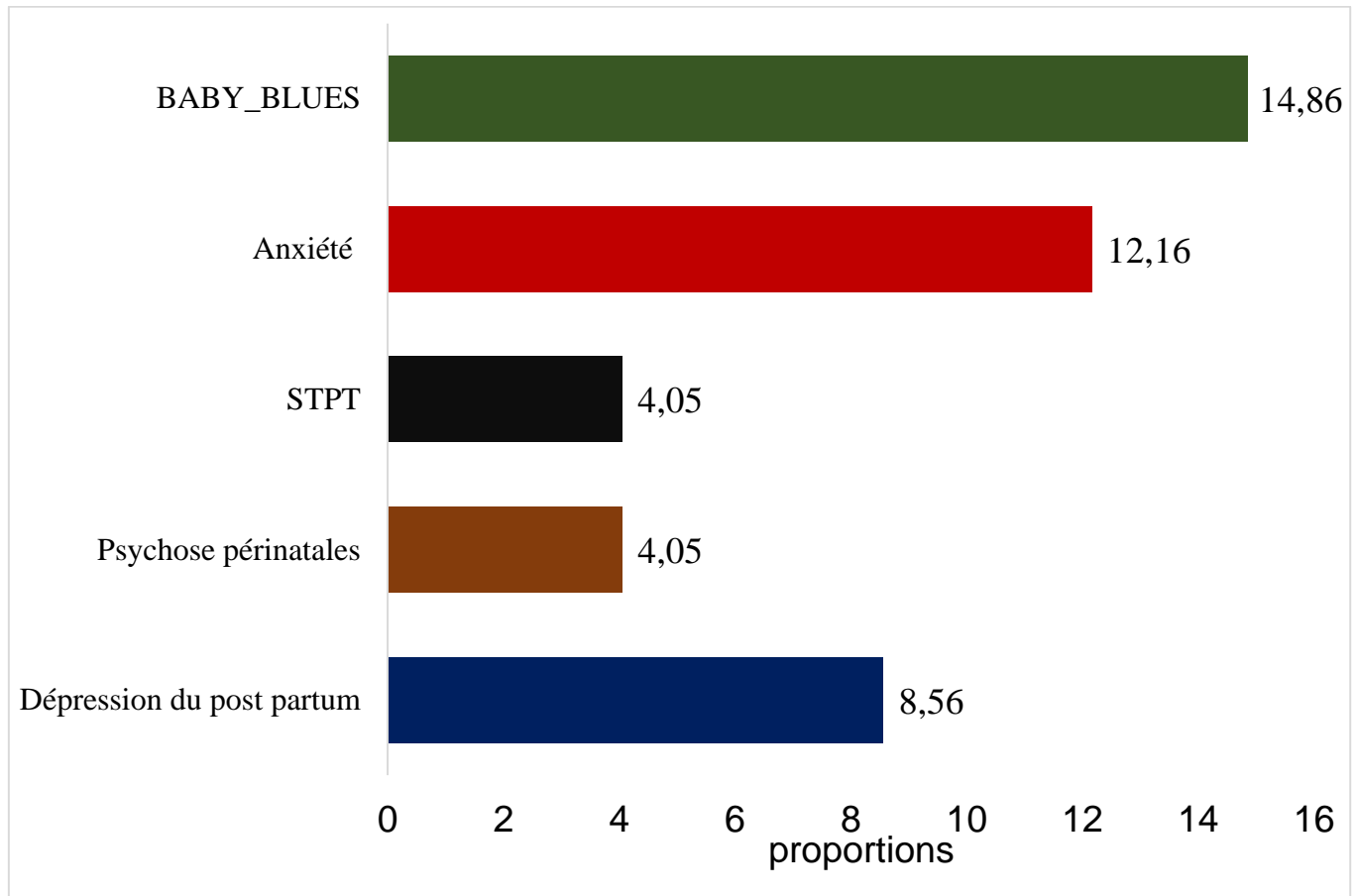


Figure 5 : diagramme de répartition des manifestations des troubles psychiatriques.

Le baby blues était le trouble psychiatrique le plus rencontré avec 14,86 % des participantes, l'anxiété et la dépression étaient respectivement retrouvées à 12,16 % et 8,56 %, les cas de psychose et de stress posttraumatique étaient chacun rencontré à 4,05 %.

IV.6. FACTEURS ASSOCIES AUX TROUBLES.

IV.6.1. Facteurs gynécologiques.

Pendant notre enquête, 18,47 % des femmes étaient enceinte et 82,8 % avaient déjà accouchées parmi lesquelles 82,07 % étaient en post-partum précoce. 50,90 % avaient déjà réalisées plus de 4 CPN. Le type d'accouchement le plus fréquent était eutocique (45,86 %). Pour celle qui avaient été opérées, les césariennes étaient généralement non programmées (91,67 %). 20 % des enfants nés de ces femmes étaient prématurés ou petit poids de naissance.

Tableau V : facteurs gynécologiques.

| Variables | Catégories | Effectifs (n) | Proportions (%) |
|--|--------------------------|---------------|-----------------|
| Enceinte | Oui | 41 | 18.47 |
| Accouchée | Oui | 183 | 82.81 |
| Durée après accouchement | 0-6 jours | 151 | 82.07 |
| | 1-7 semaine | 22 | 11.96 |
| | 8-24 semaines | 11 | 5.98 |
| | | | |
| Services | Consultattation | 50 | 22.62 |
| | Hospitalisation | 19 | 8.60 |
| | Suite de couche | 152 | 68.78 |
| Consultation prénatale | Aucune | 16 | 7.21 |
| | Moins de 4 | 93 | 41.89 |
| | Plus de 4 | 113 | 50.90 |
| Type d'accouchement | Césarienne | 40 | 22.10 |
| | Dystocique | 4 | 2.21 |
| | Dystocique et césarienne | 54 | 29.83 |
| | Eutocique | 83 | 45.86 |
| Type de césarienne | Non planifiée | 88 | 91.67 |
| | Planifiée | 8 | 8.33 |
| Anesthésie générale | Oui | 4 | 4.12 |
| Prématurité/faible poids de naissance | Oui | 37 | 20.00 |
| Malformation | Oui | 1 | 0.53 |
| Accouchement prématuré | Oui | 32 | 17.30 |

IV.6.2. Facteurs psychosociaux et histoire personnelle.

Parmi les femmes interrogées dans cette enquête, 60,81 % avaient une grossesse non planifiée, 95,50 % des grossesses étaient désirées. On avait des femmes en situation de conflit conjugal, 18,92 % avaient vécu une expérience des décès d'un enfant et pour 9,91 % des femmes, leur entourage avait vécu une expérience de décès périnatal. Nous avons noté que 66,67 % avaient vécu le stress pendant la grossesse.

Tableau VI : facteurs psychosociaux et histoire personnelle.

| Variables | Catégories | Effectifs (n) | Proportions (%) |
|--|------------|------------------|-----------------|
| Grossesse planifiée | Non | 135 | 60.81 |
| | Oui | 87 | 39.19 |
| Grossesse désirée | Non | 10 | 4.50 |
| | Oui | 212 | 95.50 |
| Conflits conjugale | Non | 171 | 77.03 |
| | Oui | 51 | 22.97 |
| Expérience de décès d'un enfant | Non | 180 | 81.08 |
| | Oui | 42 | 18.92 |
| Expérience de Décès périnatal | Non | 200 | 90.09 |
| | Oui | 22 | 9.91 |
| Stresse pendant la grossesse | Non | 74 | 33.33 |
| | Oui | 148 | 66.67 |
| Isolation amicale | Oui | 4 | 1.80 |
| Isolation familiale | Oui | 7 | 3.15 |

IV.6.3. Facteurs liés à une vulnérabilité psychique.

Les facteurs de vulnérabilité les plus rencontrés chez ces femmes étaient la Carence affective (16.22 %), les ATCD de maltraitances (11,71 %). 7,21 % des femmes avaient un ATCD d'abus sexuel.

Tableau VII : facteurs liés à une vulnérabilité psychique.

| Catégories | Effectifs (n) | Proportions (%) |
|---|---------------|-----------------|
| Carence affective | 36 | 16.22 |
| Bonne relation avec la mère | 197 | 88.74 |
| Antécédents de maltraitances | 26 | 11.71 |
| Antécédents personnels de troubles psychiatriques | 1 | 0.45 |
| Antécédents familiaux de troubles psychiatriques | 11 | 4.95 |
| Antécédents d'abus sexuel | 16 | 7.21 |

IV.6.4. Régression logistique univariée.

Après application de la régression logistique univariée pour déterminer les facteurs de risque des troubles psychiatriques en période périnatale, il en ressort que l'âge de la patiente, l'âge du conjoint, grossesse planifiée, Conflit avec le conjoint, expérience du décès d'un enfant, Stress en grossesse, ATCD de carence (manque) affective, la relation avec la mère, grossesse désirée, accouchement prématuré, l'occupation du conjoint, le faible poids de naissance du bébé, le nombre de fausses couches, le nombre d'enfants vivants semblent être statistiquement associés à la survenue des troubles psychiatriques chez les femmes.

Tableau VIII : régression logistique univariée.

| Variable | Odds_Ratio | IC (95%) | P_Value |
|---|-------------------|-----------------|----------------|
| Age | 0.93 | 0.89-0.97 | 0.00 |
| Age du Conjoint | 0.93 | 0.90-0.97 | 0.00 |
| Grossesse planifiée | 0.39 | 0.21-0.69 | 0.00 |
| Conflit avec le conjoint | 3.00 | 1.60-5.81 | 0.00 |
| Expérience du décès d'un enfant | 3.78 | 1.90-7.85 | 0.00 |
| Stresses-en grossesse | 3.16 | 1.70-6.17 | 0.00 |
| antécédent de carence affective | 11.94 | 5.00-3.31 | 0.00 |
| Bonne relation avec la mère | 0.04 | 0.01-0.14 | 0.00 |
| Grossesse désirée | 0.06 | 0.00-0.34 | 0.01 |
| Accouchement prématurée | 2.44 | 1.13-5.31 | 0.02 |
| Occupation du conjoint | 0.17 | 0.03-0.73 | 0.03 |
| Bébé avec faible poids de naissance | 2.25 | 1.08-4.71 | 0.03 |
| Nombre de fausse couche | 0.72 | 0.52-0.96 | 0.04 |
| Nombre d'enfant vivants | 0.83 | 0.69-0.98 | 0.04 |
| Accouchement prématuré grossesse actuelle | 1.93 | 1.01-3.82 | 0.05 |
| Grossesse multiples | 2.61 | 0.90-8.08 | 0.08 |
| Statut matrimoniale | 0.61 | 0.33-1.07 | 0.09 |
| Isolement familiale | 4.22 | 0.89-2.99 | 0.09 |
| Isolation amicale | 4.95 | 0.63-1.014 | 0.17 |
| Gestion des ordonnances | 2.61 | 0.55-1.36 | 0.22 |
| Nombre de consultation prénatale | 0.51 | 0.17-1.49 | 0.22 |
| Age de la fausse couche | 0.90 | 0.74-1.04 | 0.23 |
| Présence de la coépouse | 4.18 | 0.45-9.46 | 0.25 |
| Délais en post-partum | 0.58 | 0.20-1.51 | 0.29 |
| Avortement spontané | 0.57 | 0.16-2.14 | 0.38 |
| Niveau d'étude | 0.53 | 0.12-2.16 | 0.39 |
| Régime matrimoniale | 1.54 | 0.52-4.39 | 0.42 |
| Revenus du conjoint | 1.86 | 0.39-9.39 | 0.43 |
| Lieux d'accouchement | 1.40 | 0.47-4.18 | 0.53 |
| Type d'accouchement | 0.50 | 0.02-4.31 | 0.56 |
| Antécédent opératoires | 1.15 | 0.59-2.18 | 0.68 |
| Avortement provoqué | 0.84 | 0.32-2.10 | 0.71 |
| Lieux d'accouchement | 1.65 | 0.06-4.21 | 0.73 |
| Age gestationnel | 0.99 | 0.94-1.040 | 0.74 |
| Césarienne | 0.79 | 0.15-3.42 | 0.76 |
| Acceptation de la grossesse par le conjoint | 0.91 | 0.48-1.73 | 0.77 |
| Expérience de décès périnatal dans la famille | 1.13 | 0.44-2.75 | 0.79 |
| Revenu financier de la patiente | 1.11 | 0.21-5.53 | 0.91 |
| Niveau d'étude du conjoint | 1.00 | 0.03-1.93 | 1.00 |
| Accompagnant lors de l'accouchement | 1.00 | 0.13-9.39 | 1.00 |
| Expérience de décès périnatal dans la famille | 1.13 | -2.75 | 0.79 |

IV.6.5. Régression logistique multivariée.

Dans cette analyse de régression logistique multiple, nous examinons les associations entre la probabilité d'avoir un trouble psychiatrique et les variables explicatives qui ont eu un p value $<0,2$ après régression logistique univariée.

Âge de la patiente : Pour chaque augmentation d'une unité dans l'âge, le log odds de TB_PSY diminue de 0.06124. Cependant, le p-value élevé (0.598) suggère que l'âge n'est pas significativement associé au trouble psychiatrique.

État matrimonial (mariée) : Les individus mariés ont un log odds de TB_PSY plus faible que les individus non mariés (référence). Cependant, le p-value (0.214) suggère que cette association n'est pas statistiquement significative à un seuil de 5 %.

Occupation conjoint (commerçant, fonctionnaire, secteur privé) : Les coefficients associés à ces catégories d'occupation sont tous négatifs, ce qui indique des log odds de TB_PSY plus faibles par rapport à la catégorie de référence. Cependant, les p-values élevés suggèrent que ces associations ne sont pas significatives.

Nombre d'enfants vivants : Pour chaque augmentation d'un enfant vivant, le log odds de TB_PSY augmente de 0.529, et le p-value (0.079) indique une tendance vers la significativité, bien que cette association ne soit pas statistiquement significative à un seuil de 5 %.

Individus isolés de la famille (oui) : Les individus isolés ont un log odds de TB_PSY plus faible que les individus non isolés. Cependant, le p-value (0.407) suggère que cette association n'est pas statistiquement significative.

Les patientes avec Expérience du décès d'un enfant ont significativement un risque accru de trouble psychiatrique, avec un odds ratio élevé et un p-value significatif.

Tableau IX : régression logistique multivariée.

| Variable | Coefficient | Odds Ratio (a) | CI Lower | CI Upper | P-Value |
|---|-------------|----------------|----------|----------|----------------|
| Age de la patiente | -0.06124 | 0.93 | 0.89 | 0.970 | 0.598 |
| Age du Conjoint | -0.005053 | 0.995 | 0.90 | 0.970 | 0.961 |
| Grossesse planifiée oui | -0.4573 | 0.63 | 0.33 | 1.070 | 0.606 |
| Conflit avec le conjoint oui | -0.1481 | 0.86 | 0.45 | 9.463 | 0.901 |
| Expérience du décès d'un enfant oui | 3.26 | 26.09 | 1.85 | 74.07 | 0.00291 |
| Stresses-en grossesse oui | 0.4618 | 1.59 | 0.36 | 3.01 | 0.650 |
| Antécédents de carence affective oui | 0.4605 | 1.59 | 0.06 | 24.79 | 0.764 |
| Bonne relation avec la mère oui | -2.88 | 0.06 | 0.05 | 0.48 | 0.127 |
| Grossesse désirée oui | -17.97 | 0.00 | - | 2.74e+07 | 0.991 |
| Accouchement prématurée oui | 1.315 | 3.72 | 0.36 | 14.88 | 0.471 |
| Occupation du conjoint commerçant | -1.171 | 0.31 | 0.04 | 1.10 | 0.514 |
| Occupation du conjoint fonctionnaire | -1.142 | 0.32 | 0.03 | 0.74 | 0.568 |
| Occupation du conjoint secteur privé | -0.106 | 0.90 | 0.02 | 9.53 | 0.953 |
| Bébé avec faible poids de naissance oui | 0.822 | 2.28 | 0.07 | 18.60 | 0.642 |
| Nombre de fausse couche | -0.2 | 0.82 | 0.33 | 1.05 | 0.467 |
| Nombre d'enfant vivants | 0.529 | 1.70 | 0.35 | 4.47 | 0.079 |
| Accouchement prématuré | -1.07 | 0.34 | 0.36 | 14.88 | 0.333 |
| Grossesse Multiples oui | 2.931 | 18.76 | 0.97 | 3.97e+08 | 0.085 |
| Statut matrimonial mariée | -1.089 | 0.34 | 0.29 | 1.18 | 0.214 |
| Isolation familiale oui | -1.412 | 0.24 | 0.04 | 1.12 | 0.407 |

CHAPITRE V : DISCUSSION

Ce travail est une étude transversale descriptive avec collecte des données rétrospective et prospective des femmes en période périnatale. Elle s'est déroulée dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé à savoir l'Hôpital Central de Yaoundé, le Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé et l'Hôpital Gynécologique et Psychiatrique de Yaoundé concernant les manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale. L'objectif principal de cette étude était de déterminer les manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale.

V.1. LIMITES DE L'ETUDE

Les principales limites de cette étude étaient :

- l'absence de dossiers médicaux complets dans certains hôpitaux ;
- la barrière linguistiques, certaines participantes ne parlant ni ne comprenant aucune des deux langues officielles ;

V.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

V.2.1. Age des patientes.

L'âge des participantes variait entre 17 et 44 ans. L'âge médian était de 28 ans avec l'intervalle interquartile de 23,25 -33 ans. Ce qui correspond à l'âge des femmes en âge de procréer. Une étude menée par Ngowa et al. au Cameroun en 2015 retrouvait un âge moyen des femmes en âge de procréer de 28,18 +/- 0,93 ans [37] . Tanyi à Limbé Cameroun retrouvait un âge moyen de procréation compris entre 25 et 34ans [38] .

V.2.2. Caractéristiques socio-économiques.

Statut matrimonial : nous avons retrouvé que les femmes étaient généralement célibataires (64,86 %). Dans la même lancée Kouam en Côte d'Ivoire a rapporté que plus de 61,4 % des participantes étaient célibataires [27] . Par contre Selon Menick en 2002 au Cameroun Les femmes mariées (62,5 %) étaient plus nombreuses que les femmes seules (35 %) [11] . Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que de moins en moins de mariages sont célébrés et les couples vivent plus en concubinage pour diverses raisons allant de l'absence de moyens financiers à la peur de l'engagement.

Occupation quotidienne et revenus économiques : nos participantes étaient principalement des ménagères (32,43 %), et la moitié (50,45 %) d'entre elles n'avaient aucun revenu économique. Pour celles qui en avaient un le revenu financier moyen était <45 000 FCFA dans

57,14 % des cas. Dans le même sens sur les 40 femmes recrutées par Menick, 34 étaient des femmes au foyer ou des élèves n'ayant aucun revenu personnel (85 %). Celles qui avaient des emplois rémunérés (salariées et emplois libéraux) ne touchaient que des salaires dérisoires [11]. Kouam retrouvait des taux plus élevés car 78 % des participantes n'avaient pas d'activité génératrice de revenu [27].

V.2.3. Antécédents

ATCD médicaux : 15 participantes (6,75 %) souffraient de maladies chroniques. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés au Mali ; les participantes avaient un antécédent médical dans 9,95 % des cas. L'hypertension artérielle était présente chez 5,47 % [5].

ATCD chirurgicaux : 49 (22,07 %) avaient des antécédents de chirurgies. L'antécédent de césarienne était le plus fréquent parmi celles qui avaient été opérées (84,00 %). L'antécédent de césarienne était présent chez 2,49 % des participantes au Mali [5].

Parité : 37,56 % avaient déjà accouchées entre deux et trois fois, dans la même lancée au Mali les paucipares étaient les plus représentées avec 37 % suivi des multipares avec 34 % [5] ; par contre au Nigéria par contre les femmes primipares (43,3 %) étaient plus représentées que de femmes des autres parités [39]. Une autre étude a démontré que les troubles psychiques de la périnatalité touchaient pratiquement autant les primipares que les multipares avec ou sans antécédent psychiatrique dans les proportions respectives de 49,1 % et 50,9 % [27].

Avortements : 40,09 % avaient des antécédents d'avortement dont 87,21 % étaient des avortements spontanés. A contrario d'une autre étude où l'antécédent d'avortement était présent chez 8,46 % [5].

V.2.4. Caractéristiques socioéconomiques des conjoints.

Niveau d'étude : à 52,26 % c'était le secondaire, Abasse retrouvait pourtant que les conjoints étaient non scolarisés dans 55,56 % des cas [5]. On pourrait expliquer cette discordance par le fait que l'accès à l'éducation de base a été favorisé au Cameroun et des programmes d'alphabétisation pour tous ont été mis sur pied relevant ainsi le taux d'alphabétisation.

Attitude face à la grossesse et ordonnances : Parmi eux, 52,49 % étaient enthousiastes face à la grossesse, et dans 80,29 % des cas le coût des ordonnances était supporté par ces derniers. Des données plus élevées ont été retrouvées dans cette étude où l'enthousiasme était présent

chez 87,56 % des couples suite à la découverte de la grossesse, Le coût des ordonnances était supporté par les conjoints dans 92,54 % des cas [5] .

V.3. PREVALENCE GLOBALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

L'estimation de la prévalence globale des troubles psychiatriques selon la méthode de bayes était 38,34 % avec un intervalle de confiance a 95 % de (32,0-44,72). Ce résultat est largement supérieur à ceux retrouvés au Sénégal où la fréquence globale des troubles psychiques était de 21.56 % [7] , et au Mali où elle était de 15,92 % [5] . Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la santé mentale est de plus en plus déstigmatisée et les populations sont plus à même à parler de leurs troubles au personnels de santé ; on note également une croissance du nombre de personnes souffrant de maladie mentale dans la population générale.

V.4. PERIODE DE SURVENUE DES TROUBLES

Parmi les 41 femmes enceintes interrogées, 15 (37 %) avaient un trouble psychiatrique. Parmi celles qui avaient déjà accouchées (183), 70 (soit 38 %) avaient un trouble psychiatrique majoritairement dans les 6 jours qui suivent l'accouchement (39 %). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que nos participantes étaient majoritairement retrouvées en suite de couche 68,78 %. Les résultats similaires ont été présenté au Mali et au Sénégal où on avait respectivement des troubles psychiques apparus dans 96,87 % des cas entre une à trois semaines postpartum [5] et 21,56 % des cas entre la 1^{ère} et la 3^{ème} semaine après l'accouchement [7] .

V.5. DIFFERENTS TROUBLES OBSERVES

Le baby blues était le trouble psychiatrique le plus rencontré avec 14,86 % des participantes, au Mali par contre une étude a retrouvé 5,47 % [5] . ces résultats diffèrent de ceux répertoriés dans cette étude qui a rapporté que le baby blues survient quelques jours après l'accouchement et touche 50 à 75 % [4] .

L'anxiété et était le second trouble rencontré à 12,16 %. À contrario du Mali où on a reporté 3,98 % des participantes présentant de l'anxiété [5] .

La dépression mentale était retrouvée à 8,56 %. Une cohorte conduite au Mali a retrouvé une valeur proche de 5,47 % [5] . Dans cette autre étude, la dépression du post-partum s'observait chez 13 % des jeunes mères [4] . Par contre cet article rapporte que les signes et symptômes de la dépression ont été majoritairement retrouvés dans 55,6 % des participantes enceintes et chez

66,7 % des multipares post-partum de [40] . Cette différence pourrait être expliquée par le type d'étude menée.

Les cas de psychose étaient rencontrés à 4,05 %. Menick en 2002 au Cameroun qui retrouvait par contre que les psychoses aiguës confuso-délirantes étaient les plus fréquentes (31 cas sur 40) soit 77,5 % [11] . Cette différence pourrait être expliquée par différence de population d'étude et le lieu de l'étude.

Le stress posttraumatique était quant à lui retrouvé à 4,05 %. Ce qui est supérieur à la valeur retrouvée au Mali soit 0,50 % [5] .

V.6. FACTEURS ASSOCIES

V.6.1. Facteurs gynécologiques.

Période périnatale : pendant notre enquête, 82,81 % des femmes avaient déjà accouchées parmi lesquelles 82,07 % étaient en postpartum précoce. Ces taux sont plus élevés que ceux retrouvés en Côte d'Ivoire et au Nigeria où les troubles apparaissaient essentiellement au cours du post-partum précoce avec respectivement 49,1 % [27] et 58,2 % [39] .

CPN : 50,90 % avaient déjà réalisées plus de 4 CPN. Un taux similaire a été retrouvé en Côte d'Ivoire de 46,27 % [27] .

Type d'accouchement : L'accouchement eutocique était le plus fréquent à 45,86 % des cas. Kouam le retrouvait également majoritairement dans 94 % des cas [27] .

Lieu de recrutement : 68,78 % des patientes se trouvaient en suite de couche et 22,62 % en CPN et/ou à la vaccination. Kouam rapportait également que la majorité des participantes ont été enquêtées dans les suites de couche (57,21 %) suivie de la consultation post natale et/ou au cours du PEV (37,31 %) [27] .

V.6.2. Facteurs psychosociaux et histoire personnelle.

Motivation de la grossesse : Parmi les femmes interrogées dans cette enquête, 60,81 % avaient une grossesse non planifiée, 95,50 % des grossesses étaient désirées. Au Nigéria on retrouvait les grossesses non désirées dans 16,4 % des cas [39] , par contre la motivation de la grossesse était désireuse mais non planifiée dans 86,07 % des cas au Mali [5] .

Conflit conjugal : On avait des femmes en situation de conflit conjugal dans 16,4%, Ce résultat n'est pas très éloigné de celui retrouvé au Nigéria, où la discorde conjugale était présente dans 23,9 % [39] .

Mortalité infantile : 18,92 % avaient vécu une expérience des décès d'un enfant. Des études ont retrouvés des données similaires au Nigéria et en Côte d'Ivoire où ils avaient respectivement 19,4 % et 16,42 % des participantes ayant vécu un décès infantile.

V.6.3. Facteurs liés à une vulnérabilité psychique

Les facteurs de vulnérabilité les plus rencontrés chez ces femmes étaient la Carence affective (16.22 %) et les ATCD de maltraitances (11.71 %). 7.21 % des femmes avaient un ATCD d'abus sexuel, 4,95 % présentaient des ATCD familiaux et 0,45 % des ATCD personnels de troubles psychiatriques. Nous pouvons assimiler ces résultats au fait que certaines participantes étaient issues de familles monoparentales. À contrario des antécédents familiaux de troubles mentaux étaient majoritairement représentés au Nigéria avec 13,4 % des cas [39] .

V.6.4. Facteurs de risque.

La période périnatale est également une période au cours de laquelle peut survenir un premier épisode psychiatrique. Le dépistage des femmes à risque de déclencher un trouble psychiatrique en période périnatale parmi les patientes indemnes de toute pathologie psychiatrique antérieure est donc essentiel [5] .

Facteurs de risque : le principal facteur de risque retrouvé était l'ATCD de décès d'un enfant. Les patientes ayant vécu une expérience du décès d'un enfant avaient significativement un risque accru de trouble psychiatrique, avec un odds ratio élevé et un p-value significatif 26,09 et 0,00291.

Nous avons également pu ressortir que d'autres facteurs tels que les données sociodémographiques de la patiente (l'âge de la patiente $p=0,00$), les facteurs psychosociaux et l'histoire personnelle (stress en grossesse $p=0,00$, grossesse désirée $p=0,01$, grossesse planifiée $p=0,00$, conflit avec le conjoint $p=0,00$), les facteurs liés à une vulnérabilité psychique (ATCD de carence affective $p=0,00$, absence de bonne relation avec la mère $p=0,00$), les facteurs gynécologiques (accouchement prématuré $p=0,02$, le faible poids de naissance du bébé $p=0,03$), les données socio-économiques du conjoint (l'occupation du conjoint $p=0,03$, l'âge du conjoint $p=0,00$), et les ATCD (le nombre de fausses couches $p=0,04$, le nombre d'enfants vivants $p=0,04$) semblaient être indépendamment associés à la survenue des troubles psychiatriques chez les femmes.

Au Mali par contre les facteurs de risque dépistés étaient : les facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynéco-obstétriques et les facteurs psychosociaux et

histoire personnelle. Ils étaient présents respectivement chez 7,46 % ; 38,31 % ; 28,36 % ; et 10,45 % des participantes [5] . Au Sénégal les facteurs de risque dépistés étaient : les facteurs liés à une vulnérabilité psychique (7,46 %), les facteurs biologiques (38,31 %), les facteurs gynéco-obstétriques (28,36 %) et les facteurs psychosociaux et liés à l'histoire personnelle (10,45 %) [7] .

CONCLUSION

Les troubles psychiatriques du péripartum sont fréquents dans notre contexte et constituent un problème de santé non négligeable.

- Les participantes étaient majoritairement des adultes dont la plupart étaient célibataires avec un niveau d'étude secondaire, les ménagères étant le plus représentées ;
- La prévalence globale des troubles était de 38,34 % ;
- La plupart des troubles apparaissaient pendant la période de post-partum ;
- Ils sont variés et comprennent principalement : le blues du post-partum, l'anxiété, la dépression, le stress posttraumatique et la psychose du post-partum ;
- De nombreux facteurs ont pu être associés à ces pathologies en particulier l'ATCD de décès d'un enfant.

RECOMMANDATIONS

Aux femmes en période périnatale et à leurs familles

- Faire un suivi correct des CPN et CPON pour permettre la prévention et le dépistage précoce des troubles psychiatriques ;
- Consulter devant l'apparition de toute manifestation psychiatrique provoquée par la grossesse ou l'accouchement ;
- D'être à l'écoute des femmes en période périnatale et de leur apporter beaucoup de soutien et de réconfort quant à leur rôle de maman et future maman.

Aux personnels de santé

- Faire une sensibilisation de la population sur la réalité des troubles psychiatriques provoqués par la grossesse ou l'accouchement et le comportement à adopter face à cela ;
- Renforcer les activités de sensibilisation au cours des consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON) sur le dépistage des facteurs de risque des troubles psychiatriques ;
- Recherche systématique des femmes à risque de troubles psychiatriques lors des CPN et des CPON ;
- Faire le dépistage systématique des facteurs de risque des troubles psychiatriques de la période périnatale au cours des consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON).

A la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales et l'Université de Yaoundé 1

- Mettre un accent sur la formation de médecins gynécologues sur le dépistage des troubles mentaux de la période périnatale ;
- Organiser des symposia sur les troubles psychiatriques de la période périnatale.

Au ministère de la Santé Publique

- La formation du personnel de santé impliqué dans le suivi des femmes enceintes et au post-partum dans le dépistage et la prise en charge des troubles psychiatriques des femmes à risque ;
- La mise en place des protocoles de prévention et de dépistage de ces troubles psychiatriques ;
- Créer un réseau de psychiatrie périnatale ;
- Former les agents de santé au niveau communautaire sur le dépistage et en particulier de la période périnatale ;
- Comme recommande l'OMS, introduire l'outil de dépistage des troubles psychiatriques périnataux dans les outils de la CPN et CPON.

REFERENCES

1. Le Serment d'Hippocrate/ Code de Déontologie – Bienvenue sur le site du Conseil Départemental du Var de l'Ordre des médecins 2016. <https://cdom83.fr/2016/01/04/le-serment-dhippocrate-code-de-deontologie/> (accessed June 7, 2024).
2. Bottemanne H, Joly L, Javelot H, Ferreri F, Fossati P. Guide de prescription psychiatrique pendant la grossesse, le postpartum et l'allaitement. *L'Encéphale* 2023;49:408–21. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2022.08.017>.
3. Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum: dépistage et prévention après la naissance: recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2015;44:1152–6.
4. Gressier F, Letranchant A, Hardy P. [Post-partum psychosis]. *La Revue Du Praticien* 2015;65:232–4.
5. Abasse Diaby. FREQUENCES ET FACTEURS DE RISQUES DES TROOUBLES PSYCHIQUES EN PERIODE DU POSTPARTUM AU CScom-U de Konobougou (thèse). Bamako. 2023.
6. A Wewerinke, A Honig, Mh Heres, Jm Wennick. [Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 2006;150.
7. Traoré K. Evaluation des Troubles Psychiques en Période du Post partum en Médecine de Première Ligne Cas du CSCom-U de BANCONI (thèse). Sénégal. 2023.
8. Bérard A, Ramos L. Antidépresseurs et grossesse: Risques et bénéfices pour la mère et l'enfant. *Med Sci (Paris)* 2007;23:957–60. <https://doi.org/10.1051/medsci/20072311957>.
9. Dugnat M. Bébé attentif cherche adulte(s) attentionné(s). ERES; 2018. <https://doi.org/10.3917/eres.dugna.2018.01>.
10. Massoubre C, Desfonds E, Bendjeddou M. Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum (item 24). CHU de St Etienne. 2014.
11. Menick DM. ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES ET MANIFESTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA GRAVIDO-PUERPÉRALITÉ AU CAMEROUN. *Médecine Tropicale*. 2005;65:563-569.
12. Esquirol et Marcé : contributions à la Psychiatrie de la grossesse | Cairn.info/revue le carnet psy. 2010/3;179:22-29. <https://www.cairn.info/revue-le-carnet-psy-2014-3-page-22.htm> (accessed November 14, 2023).

13. Poulin DM-J. L'ART DE PESER LES RISQUES. Institut Universitaire de la Santé Mentale de Quebec. 06,2011.
14. Susman JL. Postpartum depressive disorders. J Fam Pract 1996;43: S17-24.
15. TROUBLES PSYCHIQUES DE LA GROSSESSE ET DU POST PARTUM. Collège National des Gynécologue et Obstétriciens Français. Université Médicale Virtuelle Francophone. COURS 2011;12.
16. Ataigba INE, Vodouhe TYS, Awohouedji M, Salaou A, Loko H, Adoufou AK, et al. Dépression Postnatale en Milieu Hospitalier (Natitingou, Bénin). ESI Preprints 2024;26:173–173.
17. Définition | Psychose (en ligne). <https://www.futura-sciences.com/sante/definitions/cerveau-psychose-15236/> (accessed November 23, 2023).
18. Labilité émotionnelle : comment vaincre les sautes d'humeur ? (en ligne). <https://www.passeportsante.net/fr/psychologie/Fiche.aspx?doc=labilite-emotionnelle-vaincre-sautes-humeur> (accessed November 23, 2023).
19. Deflaridre L. Les troubles psychiques au cours de la grossesse : anxiété et inquiétudes face aux changements. Passeport santé. 2013. <https://www.passeportsante.net/> 2013. <https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=troubles-psychiques-grossesse> (accessed April 19, 2024).
20. BARTH Marion. LA PREVENTION PRECOCE EN SANTE MENTALE PERINATALE: un projet local pour des enjeux nationaux (thèse). Université Strassebourg. 2019;145.
21. T Okano. [Perinatal depression--recent topics]. Nihon rinsho Japanese journal of clinical medicine 2007;65.
22. H Chabrol, S Callahan. Prevention and treatment of postnatal depression. Expert review of neurotherapeutics 2007;7. <https://doi.org/10.1586/14737175.7.5.557>.
23. Namêche K, Gathy C, Mikolajczak G, Desseilles M. Troubles psychiques liés à la maternité : Aspects psychopathogéniques et troubles gravidiques. Acta psychiatrica belgica. 2012;112/1:33-38.
24. NV Roularta Media Group. Femmes enceintes : dépister les troubles mentaux | PassionSanté.be 00:00:00.0. <https://www.passionsante.be/article/grossesse-et-naissance/femmes-enceintes-depister-les-troubles-mentaux-28548> (accessed April 19, 2024).

25. Adefuye PO, Fakoya TA, Odusoga OL, Adefuye BO, Ogunsemi SO, Akindele RA. Post-partum mental disorders in Sagamu. *East Afr Med J* 2008; 85:607–11.
26. Kemp B, Bongartz K, Rath W. [Psychic disturbances in the postpartum period: an increasing problem?]. *Z Geburtshilfe Neonatol* 2003;207:159–65.
<https://doi.org/10.1055/s-2003-43419>.
27. Kouam AM, Assi SE, Douma MD, Ipou YS, Ve D, Essengue LMF et al. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHIQUES DE LA PERINATALITE CHEZ 57 HOSPITALISEES A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE BINGERVILLE (thèse). *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô. 2010;10.
28. Manzano J. risque pour une dépression post-partum. *Médecine et Hygiène* 2379.2002;60:346-50.
29. Anouchka Gilles. LA DEPRESSION POSTPARTUM: Dépistage, Diagnostic, Prise en charge et Rôle du Pharmacien d'Officine (thèse). Université de Toulouse III Paul Sabatier. 2015;32082.
30. Jerome Jolivet. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. A Roanne : Un accompagnement à la grossesse original ! Roanne. 2024. <https://www.jerome-jolivet.fr/actualite-psy-hypnose-roanne/roanne-grossesse-accompagnement.html> (accessed April 19, 2024).
31. Admin B. Troubles psychiatriques en postpartum - La SFAR. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation 2010. <https://sfar.org/troubles-psychiatriques-en-postpartum/> (accessed April 19, 2024).
32. Dr Katell F, Legras M, Dr Chocard SA, Pr Duverger P. LA REVUE DU PRATICIEN 2008;58.
33. Dépression périnatale maternelle. ABCdaire-suivi Collaboratif des 0 à 5ans. 2016.
34. E Littelwood, S Ali, P Ansel, L Dyson, S Gasconyne, C Hewitt, et al. Identification of depression in women during pregnancy and the early postnatal period using the Whooley questions and the Edinburgh Postnatal Depression Scale: protocol for the Born and Bred in Yorkshire: PeriNatal Depression Diagnostic Accuracy (BaBY PaNDA) study. *BMJ open* 2016;6. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011223>.
35. Programme pluriannuel psy sante mentale. 2018-2023.

36. Eb Kroskka, Zn Stowe. Postpartum Depression: Identification and Treatment in the Clinic Setting. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 2020;47. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.05.001>.
37. Ngowa JDK, Ngassam A, Fouogue JT, Metogo J, Medou A, Kasia JM. Complications maternelles précoces de la césarienne: à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. *The Pan African Medical Journal* 2015;21. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.21.265.6967>.
38. Tanyi TJ, Atashili J, Fon PN, Robert T, Paul KN. Caesarean delivery in the Limbé and the Buea regional hospitals, Cameroon: frequency, indications and outcomes. *The Pan African Medical Journal* 2016;24. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.227.9499>.
39. Fatoye FO, Fasubaa OB. Post-partum mental disorders: pattern and problems of management in Wesley Guild Hospital, Ilesa, Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2002;22:508–12. <https://doi.org/10.1080/0144361021000003645>.
40. Moreira EC. Incidence de psychiatrique troubles durant la grossesse et l'accouchement chez les femmes de 18 à 35 ans dans la Charity Hospital Portuguesa de Belem/Pa, Brésil. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento* 2016;02:81–93.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de consentement éclairé.

Je soussigné, M/Mme/Mlle.....

Déclare avoir été invitée à participer à l'étude intitulée « manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé » dont l'investigatrice principale est, ZANG NGUETSE Marguerite Synthia étudiante en 7^{ème} année de médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I.

J'ai été informée de la nature de l'étude, son but, sa durée, les éventuels bénéfices et risques de ce que l'on attend de moi.

J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir afin d'y participer.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude et que l'investigatrice se porte garant de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles. J'accepte librement de participer à cette étude ce qui implique de :

- Répondre au questionnaire préétabli ;

Par ailleurs, je donne mon accord pour que les données récoltées pour cette étude soient utilisées dans les études ultérieures au besoin.

Fait à Yaoundé, le.....

Signature de l'investigateur.

Signature de la participante.

Annexe 2: Informed Consent Form

I, the undersigned, Mr/Mrs./Miss.....

Declares that she was invited to participate in the study entitled "**Clinical manifestations of psychiatric disorders during the peripartal period in three hospitals in the city of Yaoundé**" whose principal investigator is, ZANG NGUETSE Marguerite Synthia, a 7th year student of general medicine at the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences of the University of Yaoundé I.

I have been informed of the nature of the study, its purpose, its duration, the possible benefits and risks of what is expected of me.

I have read the backgrounder and the appendices to it.

I had enough time to think about it in order to participate.

I had the opportunity to ask all the questions that came to mind and I got a satisfactory answer to my questions.

I understand that my participation in this study is voluntary and that I am free to end my participation in this study and that the investigator guarantees the confidentiality of this data.

I consent to the processing of my personal data. I freely agree to participate in this study, which involves:

- Answer the pre-established questionnaire;

In addition, I agree that the data collected for this study will be used in future studies if necessary.

Done at Yaoundé, The.....

Signature of the investigator

Signature of the participant

Annexe 3 : Notice d'information

M/Mme nous vous invitons à participer à notre projet de recherche en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale.

Titre : « manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé »

Investigatrice principale : ZANG NGUETSE Marguerite Synthia, étudiante en 7^{ème} année de médecine générale à la FMSB.

Superviseurs : Pr NTONE NYEME Félicien psychiatre, chargé de cours à la FMSB; Dr KAMGA OLEN psychiatre, chargé de cours à la FMSB ; Dr EBONG Cliford gynécologue, chargé de cours à la FMSB.

But de l'étude : Ce travail permettra de décrire les manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période périnatale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé.

Lieu de l'étude : Hôpital Central de Yaoundé, Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé et Hôpital Gynéco-Obstétrique de Yaoundé.

Procédure : après un entretien avec vous, au cours duquel il vous sera expliqué et donné toutes les informations nécessaires pour l'étude, nous vous remettrons un questionnaire anonyme que vous remplirez.

Bénéfices : les participants vont bénéficier d'un counseling sur notre sujet d'étude et si nécessaire par rapport à une situation précise.

Inconvénients & risques : Aucun

Confidentialité : les fiches de collecte de données seront codifiées afin de garder l'anonymat des patients.

Coût : votre participation ne sera pas rémunérée et aucun frais supplémentaire ne vous sera demandé par la suite.

Considérations éthiques : pour cette étude nous avons demandé une clairance éthique auprès du Comité institutionnel d'Éthique de la recherche de la faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Tous les participants à l'étude le feront de leur plein gré. La collecte, l'analyse et le traitement de données se fera dans la confidentialité. À tout moment le participant est libre de se retirer de l'étude sans aucune pénalité.

Pour plus d'informations vous pouvez constater l'investigatrice de l'étude au numéro de téléphone + (237) 699 10 90 45 et à l'adresse synthiazang11@gmail.com

Annexe 4: Fact Sheet

Mr/Mrs.

We invite you to participate in our research project with a view to obtaining the doctorate in general medicine.

Title: "Clinical manifestations of psychiatric disorders during the peripartal period in tree hospitals in the city of Yaoundé"

Principal investigator: ZANG NGUETSE Marguerite Synthia, 7th year student of general medicine at the FMSB.

Supervisors: Pr NTONE NYEME Félicien, psychiatrist, lecturer at the FMSB; Dr EBONG Cliford, gynaecologist, lecturer at the FMSB; Dr KAMGA OLEN psychiatrist, lecturer at the FMSB.

Aim of the study: This work will describe the clinical manifestations of psychiatric disorders during the peripartal period in three hospitals in the city of Yaoundé.

Study location: Yaoundé Central Hospital, Yaoundé University Hospital and Yaoundé Gynecological-Obstetric Hospital.

Procedure: After an interview with you, during which you will be explained and given all the necessary information for the study, we will give you an anonymous questionnaire that you will fill out.

Benefits: participants will benefit from counselling on our subject of study and, if necessary, in relation to a specific situation.


Cons: None

Confidentiality: the data collection sheets will be codified in order to keep the anonymity of patients.

Cost: Your participation will not be remunerated and no additional fees will be charged afterwards.

Ethical considerations: For this study, we requested an ethical clearance from the Institutional Committee on Research Ethics of the Faculty of Medicine and Biomedical Sciences. All participants in the study will do so voluntarily. The collection, analysis and processing of data will be carried out in confidence. At any time, the participant is free to withdraw from the study without any penalty. For more information, you can contact the investigator of the study at the telephone number + (237) 699 10 90 45 and at the address synthiazang11@gmail.com

Annexe 5 : Clairance éthique

| | | |
|---|---|---|
| UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224 Email: decanatfmsb@hotmail.com |  | THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD |
|---|---|---|

Ref. : N° 0755 /UY1/FMSB/VDRC/DASR/CSP

CLAIRANCE ÉTHIQUE 10 JUIN 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMSB a examiné
La demande de la clairance éthique soumise par :

M.Mme : ZANG NGUETSE MARGUERITE SYNTHIA Matricule: 17M094

Travaillant sous la direction de :

- ♦ Dr NTONE ENYIME Félicien
- ♦ Dr KAMGA OLEN Jean Pierre
- ♦ Dr EBONG Clifford EBONTANE

Concernant le projet de recherche intitulé : Manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période péripartale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé


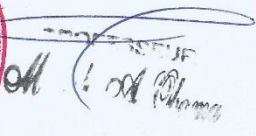
Les principales observations sont les suivantes

| | |
|---|--|
| Evaluation scientifique | |
| Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale | |
| Equilibre des risques et des bénéfices | |
| Respect du consentement libre et éclairé | |
| Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) : | |
| Respect de la justice dans le choix des sujets | |
| Respect des personnes vulnérables : | |
| Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages | |
| Gestion des compensations financières des sujets | |
| Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur | |

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.

L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole. La clairance éthique peut être retirée en cas de non - respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées. En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE

Annexe 6 : Fiche d'enquête

N° DE LA FICHE -----

DATE : -----

LIEU : -----

| Numéros | Questions | Modalités | Réponses |
|--|--|---|----------|
| S1 : Paramètres sociodémographiques | | | |
| S1Q1 | Quel est votre âge (en années) ? | Age exact | |
| S1Q2 | Quel est votre statut matrimonial ? | 1 : Célibataire 2 : Mariée 3 : Veuve 4 : Divorcée 5 : Autres | |
| S1Q3 | Quel est votre régime matrimonial ? | 1 : monogamie 2 : polygamie | |
| S1Q3 | Si polygamie, avez-vous des coépouses ? | 1 : oui 2 : non | |
| S1Q4 | Quel est votre niveau d'étude ? | 1 : Non scolarisée 2 : Primaire 3 : Secondaire 4 : Supérieur | |
| S1Q5 | Quelle est votre occupation quotidienne ? | 1 : ménagère 2 : vendeuse / commerçante 3 : Fonctionnaire 4 : étudiante / élève 5 : Aide-ménagère 6 : Autres | |
| S1Q6 | Avez-vous un revenu économique ? | 1 : aucun 2 : journalier 3 : mensuel 4 : semestriel | |
| S1Q7 | Quel est votre revenu financier mensuel (en francs cfa)? / combien gagnez-vous en moyenne par mois ? | | |
| S2 : Antécédents | | | |
| S2Q8 | Êtes-vous suivie pour une maladie chronique ? | 1 : Avez-vous une HTA 2 : Êtes-vous diabétique ? 3 : Êtes-vous drépanocytaire ? 4 : aucune maladie | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| S2Q9 | Avez-vous déjà été opérée ? | 1 : oui 2 : non | |
| S2Q10 | Si oui quel type d'opération ? | 1 : césarienne 2 : cœlioscopie 3 : laparotomie 4 : appendicectomie 6 : autre | |
| S2Q11 | Combien de fois êtes-vous tombée enceinte ? | | |
| S2Q12 | Combien de grossesse avez-vous menée au terme jusqu'à l'accouchement ? | | |
| S2Q13 | Avez-vous eu des avortements ou des fausses couches ? | 1 : oui 2 : non | |
| S2Q14 | Si oui, combien de fausses couches et avortements avez-vous eu ? | | |
| S2Q15 | Était-ce spontané ? | 1 : oui 2 : non | |
| S2Q16 | Était-ce provoqué ? | 1 : oui 2 : non | |
| S2Q17 | À quel terme de la grossesse ? | | |
| S2Q18 | Combien de fois avez-vous accouché entre 28-37 semaines ? | | |
| S2Q19 | Combien d'enfants vivants avez-vous ? | | |
| S3 : Données socioéconomiques du conjoint | | | |
| S3Q20 | Quel âge a votre conjoint (en années) ? | Age exact | |
| S3Q21 | Quelle est son occupation quotidienne ? | 1 : aucune 2 : fonctionnaire de l'état 3 : secteur privé 4 : commerçant / vendeur | |
| S3Q22 | Quel est son niveau scolaire ? | 1 : non scolarisé 2 : primaire 3 : secondaire 4 : universitaire | |
| S3Q23 | A-t-il un revenu économique ? | 1 : aucun 2 : journalier 3 : mensuel 4 : semestriel | |
| S3Q24 | Quelle est son revenu financier mensuel (en francs cfa)? | | |
| S3Q25 | Quelle est son impression par rapport à la grossesse actuel / enfant ? | 1 : désireux 2 : enthousiaste 3 : mécontent 4 : indifférent | |


| | | | |
|--|---|---|--|
| S3Q26 | Qui supporte les couts des ordonnances ? | 1 : moi-même 2 : conjoint 3 : famille du conjoint 4 : ma famille 5 : une tierce personne | |
| S4 : Lieu et Accompagnant pour l'accouchement | | | |
| S4Q27 | Où avez-vous accouché ? | 1 : maison 2 : FOSA 3 : autre | |
| S4Q28 | Qui vous accompagne pour l'accouchement ? | 1 : ma belle-famille 2 : ma famille 3 : mon amie 4 : une tierce personne 5 : personne 6 : conjoint | |
| S4Q29 | Qui en a formulé la demande ? | 1 : la personne 2 : moi-même 3 : demande non exprimée faite de manière fortuite 4 : une tierce personne 5 : autre | |
| S5 : Période périnatale | | | |
| S5Q30 | Êtes-vous enceinte ? | 1 : oui 2 : non | |
| Quelle est votre date des dernières règles ? | | Date exacte | |
| S5Q31 | Quel est votre âge gestationnel ? (en semaines d'aménorrhées) | Nombre exact de semaine | |
| S5Q32 | Quel est votre âge gestationnel (en jours) ? | Nombre exact de jour | |
| S5Q33 | Quel est le terme de la grossesse ? | 1 : 1 ^{er} trimestre 2 : 2 ^{ème} trimestre 3 : 3 ^{ème} trimestre | |
| S5Q34 | Avez-vous déjà accouché ? | 1 : oui 2 : non | |
| S5Q35 | Depuis combien de temps ? | 1 : 0-6 jours 2 : 1-7 semaines 3 : 8-24 semaines | |
| S5Q36 | Où vous trouvez-vous actuellement ? | 1 : CPN/CE 2 : hospitalisation 3 : suite de couche | |
| S6 : Facteurs gynécologiques et obstétricaux | | | |
| S6Q37 | Combien de CPN avez-vous effectuées ? | 1 : aucune 2 : moins de 4 3 : plus de 4 | |
| S6Q38 | Comment avez-vous accouché ? | 1 : accouchement eutocique 2 : accouchement dystocique 3 : césarienne 4 : accouchement dystocique et césarienne | |
| S6Q39 | Si césarienne, était-elle planifiée ? | 1 : oui 2 : non | |

| | | | |
|--|--|--------------------|--|
| S6Q40 | Était-ce une césarienne d'urgence ? | 1 : oui 2 : non | |
| S6Q41 | Avez-vous bénéficié d'une anesthésie générale ? | 1 : oui 2 : non | |
| S6Q42 | Était-ce une grossesse multiple ? | 1 : oui 2 : non | |
| S6Q43 | Le bébé était-il prématuré et/ou avait un faible poids de naissance ? | 1 : oui 2 : non | |
| S6Q44 | Y'avait-il une suspicion de malformation anténatale du bébé ? | 1 : oui 2 : non | |
| S6Q45 | Était-ce un accouchement prématuré ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7 : Facteurs psychosociaux et histoire personnelle | | | |
| S7Q46 | Était-ce une grossesse planifiée ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q47 | Était-ce une grossesse désirée ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q48 | Avez-vous des conflits conjugaux ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q49 | Avez-vous déjà vécu le décès d'un enfant ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q50 | Un de vos proches a-t-il vécu un deuil périnatal ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q51 | Avez-vous vécu des situations de stress pendant la grossesse ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q52 | Vivez-vous isolée de votre entourage ? | 1 : oui 2 : non | |
| S7Q53 | Vivez-vous isolée de votre de votre famille ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8 : Données cliniques | | | |
| Dépression périnatale | | | |
| S8Q54 | Avez-vous une tristesse permanente ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q55 | Avez-vous des troubles du sommeil ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q56 | Avez-vous des troubles de l'appétit ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q57 | Ressentez-vous de la fatigue ou une perte d'énergie ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q58 | Avez-vous une perte de plaisir pour les activités auparavant intéressante ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q59 | Êtes-vous plus agitée ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q60 | Ressentez-vous une lenteur à vous mobiliser? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q61 | Avez-vous des difficultés à exécuter les tâches du quotidien ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q62 | Avez-vous des difficultés à vous concentrer ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q63 | Avez-vous régulièrement des pensées concernant la mort ou des désirs de mort ? | 1 : oui 2 : non | |

| | | | |
|--|---|--------------------|--|
| S8Q64 | Ressentez-vous un désintérêt à l'égard de votre bébé ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q65 | Avez-vous des ruminations pessimistes à l'égard du rôle de mère ? (pensées négatives) | 1 : oui 2 : non | |
| Trouble bipolaire | | | |
| S8Q66 | Ressentez-vous une euphorie anormale ? (excitation anormale) | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q67 | Avez-vous un trop d'énergie ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q68 | Êtes-vous plus irritable ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q69 | Avez-vous des comportements imprudents récurrents ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q70 | Avez-vous un flot de paroles excessif ? | 1 : oui 2 : non | |
| Psychose périnatale | | | |
| S8Q71 | Avez-vous comportement anormal ou désorganisé ? (un discours incohérents ou hors de propos, une apparence inhabituelle, une apparence peu soignée, négligence de soi) | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q72 | Déliirez-vous ? (croyances erronées fermement soutenues, divergent de la norme et non-fondées culturellement) | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q73 | Avez-vous des hallucinations ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q74 | Présentez-vous une colère inhabituelle ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q75 | Présentez-vous une irritabilité inhabituelle ? | 1 : oui 2 : non | |
| Troubles liés à la consommation d'alcool | | | |
| S8Q76 | Êtes-vous régulièrement sous influence de l'alcool ? | 1 : oui 2 : non | |
| Troubles liés à la consommation de drogue | | | |
| S8Q77 | Êtes-vous de façon récurrente sous l'influence d'une drogue ? | 1 : oui 2 : non | |
| Syndrome de stress post-traumatique | | | |
| S8Q78 | Avez-vous vécu des événements passés ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison à une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q79 | Revivez-vous constamment ses événements ? (cauchemars, flashback) | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q80 | Avez-vous le sentiment d'être absent, à l'extérieur de soi te détachée des autres ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q81 | Évitez-vous constamment tout ce qui peut vous rappeler cet événement passé et/ou avez-vous une incapacité à vous en rappeler ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q82 | Avez-vous des sursauts exagérés ? | 1 : oui 2 : non | |
| Anxiété | | | |
| S8Q83 | Avez-vous des peurs liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes ? | 1 : oui 2 : non | |

| | | | |
|---|---|--------------------|--|
| S8Q84 | Avez-vous une sensation de boule dans la gorge, de tremblement, nervosité, tension musculaire, accélération du rythme cardiaque ? | 1 : oui 2 : non | |
| Baby Blues | | | |
| S8Q86 | Avez-vous une labilité de l'humeur (humeur changeante) ? | 1 : oui 2 : non | |
| S8Q87 | Êtes-vous plus sensible à des situations qui d'habitudes ne suscitent pas votre intérêt ? | 1 : oui 2 : non | |
| S9 : Facteurs liés à une vulnérabilité psychique | | | |
| S9Q88 | Avez-vous des ATCD de carence (manque) affective ? | 1 : oui 2 : non | |
| S9Q89 | Avez-vous une bonne relation affective avec votre mère ? | 1 : oui 2 : non | |
| S9Q90 | Avez-vous des ATCD de maltraitance ? | 1 : oui 2 : non | |
| S9Q91 | Avez-vous des ATCD personnels de troubles psychiatriques ? | 1 : oui 2 : non | |
| S9Q92 | Avez-vous des ATCD familiaux de troubles psychiatriques | 1 : oui 2 : non | |
| S9Q93 | Avez-vous des ATCD d'abus sexuels dans l'enfance ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10 : Présence de trouble psychiatrique (partie réservée à l'enquêtrice) | | | |
| S10Q94 | La patiente présente-t-elle un trouble psychiatrique ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q95 | La patiente présente-t-elle une dépression périnatale ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q96 | La patiente présente-t-elle un trouble bipolaire ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q97 | La patiente présente-t-elle une psychose périnatale ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q98 | La patiente présente-t-elle un trouble lié à la consommation d'alcool ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q99 | La patiente présente-t-elle un trouble lié à la consommation de drogue ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q100 | La patiente présente-t-elle un STPT ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q101 | La patiente présente-t-elle une anxiété ? | 1 : oui 2 : non | |
| S10Q102 | La patiente présente-t-elle un baby blues ? | 1 : oui 2 : non | |

Annexe 7 : Autorisation de recherche HGOPY

| | | |
|--|---|--|
| <p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE</p> <p>HUMILITE – INTEGRITE – VERITE – SERVICE</p> |  | <p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL</p> <p>HUMILITY – INTEGRITY – TRUTH – SERVICE</p> |
|--|---|--|

**COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)**

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 605 /CIERSH/DM/2024

CLAIRANCE ETHIQUE


Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 21 février 2024, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « **manifestations cliniques des troubles psychiatriques en période péripartale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé** » soumis par l'étudiant ZANG NGUETSE MARGUERITE SYNTHIA.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

ZANG NGUETSE MARGUERITE SYNTHIA devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le **28 FEV 2024**

LE PRESIDENT



Prof MBU Robinson
Directeur Général
HGOPY

N°1827 ; Rue 1564 ; Ngoussou ; Yaoundé 5^{ème}
BP : 4362 Tél. : 242 05 92 94 / 222 21 24 33 / 222 21 24 31 Fax : 222 21 24 30
E-mail : hgopy@hotmail.com / hgopy@hgopy.cm

Annexe 8 : Autorisation de recherche CHU

| | | |
|---|---|---|
| <p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix – Travail – Patrie</p> <p>-----</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>-----</p> | <p>REPUBLIC OF CAMEROUN Peace – Work – Fatherland</p> <p>-----</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>-----</p> | |
|  YAOUNDE | <p>CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE YAOUNDE YAOUNDE UNIVERSITY TEACHING HOSPITAL Tél. : 222 31 25 66 Fax : 222 31 25 67</p> <p>DIRECTION GENERALE</p> <p>CELLULE D'APPUI PEDAGOGIQUE DE LA RECHERCHE ET DE LA COOPERATION BUREAU DE LA CAPRC</p> |  YAOUNDE |
| <p>N° <u>041</u>/AR/CHUY/DG/DGA/DM/CAPRC/CEAAP/CEARC</p> | | |
| <p><u>AUTORISATION DE RECHERCHE</u></p> | | |
| <p>Dans le cadre de la rédaction d'une thèse de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme de Doctorat en Médecine générale, Madame ZANG NGUETSE Marguerite Synthia est autorisée à mener une recherche au CHUY sur le thème : « Manifestations cliniques des troubles psychiatriques pendant la période péripartale dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé ».</p> | | |
| <p>Ces travaux se dérouleront dans le service de Médecine Interne sous la supervision du Pr. NTONE ENYIME Félicien, Psychiatre.</p> | | |
| <p>Toutefois, elle devra obligatoirement déposer un exemplaire de sa thèse au CHUY (Bureau de la CAPRC).</p> | | |
| <p>En foi de quoi la présente autorisation dont la durée de validité est de 03 mois à compter de la date de signature, lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-</p> | | |
| <p><u>COPIE :</u></p> <ul style="list-style-type: none">- CAPRC- BCAPRC- SUPERVISEUR- CHRONO |   | <p>Yaoundé, le <u>12</u> MARS 2024</p> <p>LE DIRECTEUR GENERAL</p> <p></p> |

Annexe 9 : Autorisation de recherche Hôpital Central

| | | |
|---|---|--|
| <p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie ***** MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ***** SECRETARIAT GENERAL ***** DIRECTION DE L' HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE ***** SECRETARIAT MEDICAL N° 047/24 / AP/MINSANTE/SG/DHCY/CM/SM</p> |  | <p>REPUBLIC OF CAMEROUN Peace-Work-Fatherland ***** MINISTRY OF PUBLIC HEALTH ***** GENERAL SECRETARY ***** DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL OF YAOUNDE ***** MEDICAL SECRETARY Yaoundé, le 10-7-FEV 2024</p> |
|---|---|--|

ACCORD DE PRINCIPE

Je soussigné Professeur FOU DA Pierre Joseph, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, marque mon Accord de Principe à Madame ZANG NGUETSE Marguerite Synthia , étudiante en 7^{ème} année de Médecine générale à la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I, sous le thème « MANIFESTATIONS CLINIQUES DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE DANS TROIS HOPITAUX DE LA VILLE DE YAOUNDE» dans le service de Gynécologie et Obstétrique à l'Hôpital Central de Yaoundé, sous la codirection du docteur EBONG Cliford.

Ampliations :

- Conseiller Médical ;
- Chef service concerné ;
- Intéressée;
- Chrono/Archives.

Pour Le Directeur et par ordre
Le Conseiller Médical



Dr. Aqr Pierre Ngolo Logo

TABLE DE MATIERES

| | |
|---|-------|
| SOMMAIRE | i |
| DEDICACESSOMMAIRE | i |
| DEDICACES | ii |
| REMERCIEMENTSDEDICACES | ii |
| REMERCIEMENTS..... | iii |
| LISTE DU PERSONNEL ADMINISTTRATIF ET | |
| ACADEMIQUEREMERCIEMENTS | iii |
| LISTE DU PERSONNEL ADMINISTTRATIF ET ACADEMIQUE..... | v |
| SERMENT D'HIPPOCRATELISTE DU PERSONNEL ADMINISTTRATIF ET | |
| ACADEMIQUE..... | v |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | xvii |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | xvii |
| LISTE DES TABLEAUX | xviii |
| LISTE DES FIGURESLISTE DES TABLEAUX..... | xviii |
| LISTE DES FIGURES..... | xix |
| ABBREVIATIONS ACCRONYMES ET SIGLESLISTE DES FIGURES | xix |
| ABBREVIATIONS ACCRONYMES ET SIGLES | xx |
| RESUMEABBREVIATIONS ACCRONYMES ET SIGLES | xx |
| RESUME..... | xxi |
| SUMMARYRESUME | xxi |
| SUMMARY..... | xxiii |
| INTRODUCTION GENERALESUMMARY | xxiii |
| INTRODUCTION GENERALE | 1 |
| CHAPITRE I : PROBLEMATIQUEINTRODUCTION GENERALE | 1 |
| CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE | 4 |
| CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURECHAPITRE I : PROBLEMATIQUE | 4 |
| I.1. JUSTIFICATION | 5 |
| I.2. QUESTION DE RECHERCHE..... | 5 |
| I.3. HYPOTHESE | 5 |

| | |
|---|-----------|
| I.4. OBJECTIFS | 5 |
| I.4.1. Objectif général..... | 5 |
| I.4.2. Objectifs spécifiques | 5 |
| I.5. INTERET DE LA RECHERCHE | 6 |
| I.6. DEFINITION DES TERMES OPERATIONNELS..... | 6 |
| CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE | 9 |
| II.1. RAPPEL DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET | 10 |
| II.1.1. Définitions | 10 |
| II.1.2. Rappels sur la physiologie de la grossesse et du post-partum | 10 |
| a. Plan somatique..... | 10 |
| b. Plan hormonal..... | 14 |
| c. Plan psychologique | 15 |
| II.1.3. Épidémiologie des troubles psychiatriques de la période périnatale. | 15 |
| II.1.4. Psychopathogénie des troubles psychiatriques de la période périnatale. | 16 |
| a. Facteurs de risques..... | 17 |
| b. Influences réciproques | 18 |
| II.1.5. Présentation clinique des troubles psychiatriques du péripartum. | 19 |
| a. Type de description : | 19 |
| b. Autres formes cliniques..... | 28 |
| II.1.6. Prise en charge..... | 35 |
| II.2. ETAT DES PUBLICATIONS SCIENTIFIQUES SUR LE SUJET..... | 36 |
| II.2.1. Dans le monde..... | 36 |
| II.2.2. En Afrique..... | 37 |
| II.2.3. Au Cameroun..... | 37 |
| CHAPITRE III : METHODOLOGIE | 38 |
| III.1. TYPE D'ETUDE..... | 39 |
| III.2. SITE DE L'ETUDE | 39 |
| III.3. PERIODE ET DUREE DE L'ETUDE | 40 |
| III.4. POPULATION A L'ETUDE | 40 |
| III.4.1. Population source..... | 40 |
| III.4.2. Population cible..... | 41 |
| a. Critère d'inclusions | 41 |
| b. Critère de non inclusion..... | 41 |
| III.5. ECHANTILLONAGE..... | 41 |
| III.5.1. Type de l'échantillonnage | 41 |
| III.5.2. Estimation de la taille de l'échantillon | 41 |
| III.6. PROCEDURES..... | 42 |
| III.7. OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES | 42 |

| | |
|---|----|
| III.7.1. Matériel de collecte des données | 42 |
| III.7.2. Collecte des données | 42 |
| III.7.3. Outils de collecte des données | 42 |
| III.8. VARIABLES ETUDIEES..... | 43 |
| III.9. RECRUTEMENT..... | 43 |
| III.10. SYNTHESE ET ANALYSE DES DONNEES | 44 |
| III.11. CONSIDERATIONS ADMINISTRATIVES ET ETHIQUES. | 44 |
| III.12. DISSEMINATION DES RESULTATS..... | 45 |
| CHAPITRE IV : RESULTATS | 46 |
| IV.1. ECHANTILLON. | 47 |
| IV.2. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES. | 48 |
| IV.1.1. Distribution selon l'âge..... | 48 |
| IV.2.2. Caractéristiques socio-économiques des femmes..... | 49 |
| IV.2.3. Antécédents des participantes..... | 50 |
| IV.2.4. Caractéristiques socio-économiques des conjoints..... | 51 |
| IV.2.4.1. Distribution de l'âge du conjoint..... | 51 |
| IV.2.4.2. Caractéristiques socio-économiques..... | 52 |
| IV.3. PREVALENCE GLOBALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE..... | 53 |
| IV.4. PERIODE DE SURVENUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE..... | 54 |
| IV.5. MANIFESTATION CLINIQUE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES EN PERIODE PERIPARTALE..... | 55 |
| IV.6. FACTEURS ASSOCIES AUX TROUBLES..... | 56 |
| IV.6.1. Facteurs gynécologiques..... | 56 |
| IV.6.2. Facteurs psychosociaux et histoire personnelle..... | 57 |
| IV.6.3. Facteurs liés à une vulnérabilité psychique..... | 58 |
| IV.6.4. Régression logistique univariée..... | 59 |
| IV.6.5. Régression logistique multivariée..... | 61 |
| CHAPITRE V : DISCUSSION | 63 |
| V.1. LIMITES DE L'ETUDE..... | 64 |
| V.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES | 64 |
| V.2.1. Age des patientes..... | 64 |
| V.2.2. Caractéristiques socio-économiques..... | 64 |
| V.2.3. Antécédents | 65 |
| V.2.4. Caractéristiques socioéconomiques des conjoints..... | 65 |
| V.3. PREVALENCE GLOBALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES | 66 |
| V.4. PERIODE DE SURVENUE DES TROUBLES..... | 66 |

| | |
|--|-------------|
| V.5. DIFFERENTS TROUBLES OBSERVES..... | 66 |
| V.6. FACTEURS ASSOCIES..... | 67 |
| V.6.1. Facteurs gynécologiques. | 67 |
| V.6.2. Facteurs psychosociaux et histoire personnelle. | 67 |
| V.6.3. Facteurs liés à une vulnérabilité psychique..... | 68 |
| V.6.4. Facteurs de risque..... | 68 |
| CONCLUSION..... | 69 |
| RECOMMANDATIONS..... | 69 |
| REFERENCES | 69 |
| ANNEXES..... | lxix |
| TABLE DE MATIERES | lxix |