

TROUBLES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA GRAVIDO-PUERPÉRALITÉ À BANGUI, CENTRE AFRIQUE.

TABO A.¹; KETTE C.G.¹; GODDOT M.²; NGBALE R.²; SERDOUMA E.²; SEPOU A.²

(Manuscript N°C172. Received 08/10/2009. Accepted in revised form 07/12/2009) Clin Mother Child Health 2009; Vol 6, N° 2: 1107-1111

RESUME:

Les troubles psychiatriques de la gravido-puerpéralité semblent être rares en Centrafrique parce qu'aucune étude n'y a été consacrée. L'étude était rétrospective, menée sur une période de 12 mois et portant sur les dossiers des femmes ayant présenté des troubles psychiatriques et psychopathologiques liés à la grossesse et au post-partum ou post-abortum. L'exploitation des dossiers a servi de base de l'étude dont les résultats sont les suivants. Nous avons retenu 45 dossiers. Les patientes avaient un âge moyen de 27,4 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-34 ans (53,3% des cas). Les femmes les plus touchées par ces affections étaient les paucipares dans 68,8%, les célibataires dans 51,1% et celles exerçant une profession dans 60% des cas. Les troubles étaient apparus au cours de la grossesse dans 28,8% et au cours du premier mois suivant l'accouchement ou l'avortement dans 71,2%. Les psychoses aiguës et les états dépressifs étaient les affections les plus rencontrées dans respectivement 51,1 % et 37,8 % des cas. L'hospitalisation qui a été nécessaire dans 73,3% des cas a permis une stabilisation de l'état psychique des patientes dans 88,9% des cas. Des actions préventives contre les effets néfastes de la primiparité, du célibat et de la précarité des conditions de vie pourraient réduire ces affections en Centrafrique.

MOTS CLES: Gravido-puerpéralité -Troubles psychiatriques -Bangui, Centre afrique.

PSYCHIATRIC AND PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS OF PREGNANCY AND PUERPERIUM IN BANGUI, CENTRAL AFRICAN REPUBLIC.

ABSTRACT:

Psychiatric disorders in pregnancy and puerperium are seemingly rare in the Central African Republic, because no studies have been done on them so far. This survey was retrospective, and carried out over a 12 months period and enrolled cases of women who had psychiatric and psychopathological disorders related to pregnancy and post partum or post abortum. This study was done on 45 patient files. The average age of 27.4 years and the most represented age group was the 25 - 34 years age group with 53.3% of cases. The most affected women were primiparous (68.8%), unmarried (51.3%), and those with a profession (60%). Disorders occurred during pregnancy in 28.8%, and in the first month following delivery or abortion in 71.2% of the cases. Acute psychosis and depressive disorders were found in 51.1% and 37.8% respectively of the cases. Admission in hospital was deemed necessary in 73.3% of the cases, and this permitted adequate management in 88.9% of the cases. We thus recommend that preventive measures be taken against the dreadful effects of primiparity, state of unmarriedness, and poor lifestyles in order to curb these disorders in the Central African Republic.

KEY WORDS: Pregnancy-Puerperium-Psychiatric disorders-Bangui, Central African Republic.

I- INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques liés à la grossesse, au post-partum ou au post-abortum ont été décrits pour la première fois au 19^{ème} siècle [1]. En Europe, leur fréquence varie entre 0 et 5% [2] et ils représentent 3 à 5% des maladies mentales nécessitant une hospitalisation [3]. A partir des travaux de

RACAMIER et al [4] et de DEUTSCH [5] qui ont étudié la relation mère-enfant, on a constaté une diminution considérable de ces cas en Occident. Cette diminution est due à l'amélioration des conditions de maternité dont la préparation à l'accouchement, le planning familial et l'administration des psychotropes actifs contre les troubles mentaux [2]. Ces affections sont étudiées dans certains pays développés [2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11] et certains pays africains [1, 2, 12, 13, 14, 15, 16, 17]. Aucune étude n'a été faite à ce sujet en Centrafrique, ce qui nous amène à entreprendre ce travail dont les objectifs sont de déterminer le profil sociodémographique des femmes portant ce diagnostic ; identifier les affections les plus fréquemment rencontrées.

¹Service de Psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, Centre Afrique.

²Service de Gynécologie- Obstétrique de l'Hôpital Communautaire de Bangui, centre Afrique.

Correspondances: Dr. TABO A., Service de Psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui, Centre Afrique, B.P.2775 Tél.:(236) 75 20 56 81
E.mail: andretabo@yahoo.fr

II- PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive effectuée au cours de l'année 2007 dans le service de psychiatrie du Centre National Hospitalier Universitaire de Bangui (CNHUB) en collaboration avec le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Communautaire de Bangui (HCB). Toutes les admissions et les consultations dans les différents services étaient consignées dans les registres y consacrés. Les dossiers médicaux des patientes étaient conservés dans les services après leur sortie de l'hôpital. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic clinique était porté par le psychiatre. Les informations gynécologiques et obstétricales étaient fournies par un gynécologue-obstétricien de l'HCB. La taille de l'échantillon était déterminée par le nombre des dossiers retenus. Les dossiers inclus dans l'étude comportaient les informations complètes depuis la consultation, en passant par l'hospitalisation dans les services suscités. Les dossiers incomplets n'étaient pas retenus pour l'étude. L'exploitation des dossiers a été faite à partir des fiches individuelles comportant les variables sociodémographiques et les informations médicales (psychiatriques, gynécologiques et obstétricales) recueillies à partir des dossiers médicaux. Le traitement et l'analyse des données recueillies ont été effectués à l'aide du logiciel Epi-Info 2000.

III- RESULTATS

Nous avons retenu 45 dossiers sur les 836 consultations psychiatriques en 2007, soit 5,4% des demandes de soins enregistrées dans le service. La limite d'âge des patientes étaient de 16 et 46 ans avec une moyenne de 27,4 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 25-34 ans (Tableau I).

Par rapport à la parité, au statut matrimonial et à la profession, les groupes les plus représentés étaient celles des paucipares (68,8 %), des célibataires (51,1%), des femmes exerçant une profession (60 %) (Tableau I).

Selon la période d'apparition des troubles, la plupart étaient observés en post-partum (71,2%). Dans 13 cas, les troubles étaient apparus pendant la grossesse dont 7 étaient consécutifs à un avortement spontané (Tableau II).

Tableau I- Données sociodémographiques.

PARAMETRES	EFFECTIF F (N= 45)	%
Tranches d'âge		
15- 24 ans	15	33,3
25-34 ans	24	53,3
≥ 35 ans	6	13,4
Parité		
Paucipares (1 à 3 accouchements)	31	68,8
Multipares (4 à 6 accouchements)	11	24,5
Grandes multipares (≥ 7 accouchements)	3	6,7
Situation matrimoniale		
Célibataires	23	51,1
Mariées	12	26,7
Divorcées	6	13,3
En concubinage	4	8,9
Profession		
Commerçantes	16	35,5
Salariées	11	24,5
Sans profession	9	20,0
Elève /étudiantes	8	17,8
Ménagère	1	2,2

Tableau II- Répartition des patientes selon les données cliniques et thérapeutiques.

PARAMETRES	EFFECTIF (N= 45)	%
Période d'apparition des troubles		
Au cours de la grossesse	13	28,8
0-7 jours du post-partum	4	8,9
8-14 jours du post-partum	17	37,8
15-21 jours du post-partum	4	8,9
22-28 jours du post-partum	5	11,1
>29 jours du post-partum	2	4,5
Antécédents psychiatriques personnels		
Absents	27	60
Présents	18	40
Diagnostic		
Psychoses aiguës	23	51,1
Dépressions	17	37,8
Accès maniaques	4	8,9
Troubles anxieux et névrotiques	1	2,2
Mode de prise en charge des patientes		
Hospitalisation	33	73,3
Traitement ambulatoire	12	26,7
Devenir des patientes		
Stabilisées	40	88,9
Perdus de vue	5	11,1

Quant aux antécédents, la plupart des patientes (60%) n'avaient signalé aucun problème psychiatrique antérieur. Sur le plan clinique, les psychoses aiguës étaient les plus fréquentes (51,1%) suivies des dépressions (Tableau II). L'hospitalisation était nécessaire chez 33 patientes (73,3%). Cette hospitalisation avait une durée de 10 à 32 jours avec une moyenne de 13,2 jours. Des médicaments psychotropes et des séances de psychothérapies ont été institués pour traiter chaque affection. Nous avons relevé 5 perdues de vue dont 2 évadées et 3 des patientes suivies en ambulatoire. Ces 3 patientes n'avaient pas respecté le rendez-vous de suivi qui leur avait été proposé (Tableau II).

IV- DISCUSSION

En dépit du fait que ce travail a été réalisé dans un service spécialisé, nous avons constaté que les troubles psychiatriques et psychopathologiques chez les femmes enceintes ou accouchées représentaient 5,4 % des demandes de soins. Ce taux est similaire à celui de BOUSSAT et al [13] qui avaient trouvé entre 0 et 5%. Il est inférieur à celui de DURAND-COMIOT [1] et de Perret [11] qui avaient relevé respectivement 15 et 30%. Ces affections souvent méconnues ne sont malheureusement pas exceptionnelles. Elles concernaient des patientes en pleine période d'activité génitale (moins de 35 ans pour 86,6% d'entre elles). Ces femmes étaient relativement jeunes comme l'ont remarqué d'autres auteurs africains [1, 2, 14, 15, 16, 17, 18]. Par rapport à la parité, les paucipares étaient les plus touchées (68,8%), taux supérieur à ceux trouvés par d'autres auteurs, respectivement 43%, 34,5% et 5% [1, 3, 16]. Parmi les paucipares, les primipares, confrontées à la première expérience de la maternité semblaient les plus atteintes, et ce d'autant plus qu'elles étaient très jeunes. Contrairement à IHEZUE [16] dont l'étude n'avait porté que sur les femmes mariées, nos résultats ont montré que plus de la moitié des patientes étaient des célibataires. Ces données se rapprochent de celles de MBASSA MENICK [3, 19] qui avait trouvé qu'environ une femme sur trois était célibataire. Nous partageons avec cet auteur que le célibat est un facteur de stress supplémentaire surtout quand ces femmes ne bénéficient pas d'un appui familial. Par ailleurs, accepter l'existence de mères célibataires pour certaines familles africaines est assimilable à accepter un enfant en dehors d'une union stable. Ceci conduirait à mettre en péril le patrimoine familial et la structure sociale communautaire. Cela crée des pressions familiales qui ne se résument pas seulement en la défense des valeurs morales. Certaines femmes célibataires sont

confrontées également à des difficultés matérielles qui les poussent parfois à opter pour l'infanticide. Pour éviter une pareille situation, la famille de la mère est amenée à s'occuper à la fois de la fille et de son enfant. Dans d'autres cas, elle cherche en début de grossesse, un accord verbal avec celle de l'auteur de la grossesse en concluant une certaine forme d'alliance faite d'engagement réciproque. Dans la vie de société, exercer une profession semble garantir une certaine stabilité. Dans le cas des patientes que nous avons suivies, les commerçantes et les salariées dont les revenus n'étaient pas importants étaient confrontées, entre autres, à jouer le rôle de chef de famille. Cette situation les fragilise et les rend plus vulnérables aux affections psychiatriques. Dans d'autres sociétés, ce sont les femmes n'exerçant aucune profession qui sont les plus touchées comme l'ont montré les résultats de MBASSA MENICK [3]. Par rapport à la période d'apparition des troubles, nous avons remarqué que la décompensation était plus fréquente dans le post-partum immédiat (71,2%). Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par DURAND-COMIOT (10%) et MBASSA MENICK (12,5%) [1, 3]. Il faut noter qu'en plus des troubles en post-partum immédiat, MBASSA MENICK [3] avait trouvé 40% de cas en post-partum tardif. Dans notre étude, l'apparition des troubles diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement, comme l'avaient constaté les autres études [1, 2, 9, 14, 17]. Quant à la survenue pendant la grossesse, 7 patientes (15,5%) avaient présenté un état dépressif du post-abortum. Aucune décompensation n'a été trouvée par MBASSA MENICK [3] pendant la grossesse alors que DURAND-COMIOT [1] en avait trouvé 8%. Dans 40% des cas, les patientes avaient des antécédents personnels de troubles mentaux. Ce taux est voisin de celui de MBASSA MENICK [3] qui avait trouvé 45,1%, mais supérieur à celui de IHEZUE [16] qui avait trouvé 32,7%. En Occident, plusieurs auteurs avaient déjà évoqué la corrélation entre les antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques et les psychoses puerpérales [2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. Par rapport au type d'affection, les psychoses aiguës délirantes étaient les plus fréquentes dans notre étude (51,1%). Les affections les plus fréquentes dans les études de IHEZUE et MBASSA MENICK étaient les réactions psychotiques [3, 16]. Mais, le taux de dépressions à Bangui est supérieur à celui des études effectuées ailleurs : 15% au Cameroun [3] et 12,7% au Nigéria [14, 16]. S'agissant des dépressions, des enquêtes épidémiologiques ont montré que la rareté des troubles psychiatriques graves liés à la gravido-puerpéralité a

longtemps fait sous-estimer la fréquence des états dépressifs du post-partum en Occident [2, 8, 9, 10]. Les différents tableaux cliniques relevés nous amènent à admettre, avec certains auteurs, que l'attente et la venue d'un enfant ne s'inscrivent pas sur un terrain « vierge » dans la mesure où elles peuvent offrir l'occasion de réactivation dans un second temps d'un événement traumatique ancien. Ce facteur prêche dans un après-coup fécond à la manifestation actuelle, l'énergie libidinale et la force des affects qui lui étaient primitivement liés [6, 7, 11]. Dans le cas de nos patientes, de nombreux éléments ayant valeur de traumatisme ont pu à un moment scandé leur parcours existentiel, notamment la grossesse précoce, le « saut dans le néant » des primipares, l'abandon des célibataires, la précarité des femmes exerçant du commerce ou un emploi peu rémunéré, la solitude des mères qui sont chefs de famille. Par ailleurs, nos femmes croulant sous le poids des interdits, n'ont pas d'autres issues que le refuge dans la maladie. Une sorte de psychopathologie de l'oppression liée à un terrorisme culturel négateur des valeurs identitaires de la femme que certains auteurs avaient relevé dans leurs travaux [11, 19, 20, 21]. N'ayant pas accès aux mots pour traduire ses maux, elle s'emmure dans le silence et son statut séculaire de « mère épouse » reste sa seule raison d'être ou d'exister. Les troubles mentaux peuvent alors apparaître à tout moment : pendant la grossesse, au cours du post-partum (précoce ou tardif) ou du post-abortum.

En ce qui concerne la prise en charge, l'hospitalisation dans le service de psychiatrie a été nécessaire dans 33 cas (73,3%), ce qui représentait 15,8% des admissions en 2007. Ce taux est supérieur à celui décrit dans la littérature : 3 à 5% [1, 2, 3]. Dans ces cas, des médicaments psychotropes (neuroleptiques et/ou antidépresseurs ou anxiolytiques) ont été administrés aux patientes, en association avec des séances de psychothérapies individuelles. Le bébé a été nourri au sein ou au biberon par un membre de la famille de la malade. Parmi les 12 patients ayant bénéficié d'un traitement ambulatoire, 5 n'avaient pas bien observé les soins proposés. Leurs familles les avaient amenées vers d'autres méthodes de soins, en particulier les soins traditionnels. Par rapport au devenir des patientes suivies dans le service, les soins proposés avaient eu des résultats satisfaisants puisque près de 90% d'entre elles avaient été stabilisées ou guéries.

V- CONCLUSION

Les résultats de la présente étude montrent que dans la pratique quotidienne à Bangui, les troubles psychiatriques

de la gravido-puerpéralité sont des affections qui surviennent chez des mères présentant des caractéristiques précises : primipare jeune ayant des conditions de vie précaires, dont le célibat. Des mesures visant à éviter la maternité précoce, l'appui de la famille aux femmes enceintes pourront contribuer à réduire ces affections à Bangui ■

REFERENCES:

1. Durand-Comiot ML. La psychose puerpérale ? Etude en milieu sénégalais. *Psychopath Afric* 1977 ; 13 : 269-355.
2. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie, 1978 ; Masson éd., 5^{ème} édition, Paris, 1252 pp.
3. Mbassa Menick D. Accidents psychiatriques et psychopathologiques de la gravido-puerpéralité au Cameroun. *Med Trop*, 2005 ; 65 : 563-9.
4. Racamier PC, Sens L, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr* 1961 ; 4 : 525-70.
5. Deutsch H. La psychologie de la femme en relation avec les fonctions de reproduction. *La Psychanal* 1964 ; 7 : 221-37.
6. Brousselle A. La mélancolie puerpérale. *Rev. Franç. Psychanal.* 1976 ; 40 : 1097-1100.
7. Chepfer R, Sichel JP. Des liens possibles entre les suites de couches normales et la psychose puerpérale. *Evol Psych* 1974 ; 39 : 643-62.
8. Lemperrière T, Féline A, Gutman A, Ades J, Pilate Ch. Psychiatrie de l'adulte, Abrégés de Médecine, Masson éd., 3^{ème} édition, Paris, 1996, 430 pages.
9. Lemperrière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiatriques liés à la puerpéralité. *Encycl Med Chir-Psychiatrie* 37660, A-10 1984, Paris, 12 pp.
10. Marmié D, Rancurel G. Psychoses puerpérales. Les accidents psychiatriques et les manifestations psychopathologiques de la gravido-puerpéralité. *Encycl Med Chir- Psychiatrie* 1975, Paris, 537660, A-10, 9 pp.
11. Perret A. Anthropologie des troubles psychiques liés à la puerpéralité. In « Petit Jean F, Dubret G, Tabaze JP. Psychiatrie à l'Hôpital général », Eres ed., 1^{ère} édition, Toulouse, 1993 : 155-159. - Perret A. Anthropologie des troubles psychiques liés à la puerpéralité. In « Petit Jean F, Dubret G, Tabaze JP. Psychiatrie à l'Hôpital général », Eres ed., 1^{ère} édition, Toulouse, 1993 : 155-159.
12. Bensouna N, Boucebi M. Profil psychologique d'un groupe de mères célibataires en Algérie. *Psychopath*

- Afric, 1977 ; 13 : 337-69.
13. Boussat M, Gueye M, Hanck C. Les psychoses puerpérales (rappel clinique). *Med Afr Noire*, 1977; 24:240-9.
 14. Ebie JC. Psychiatric illness in the pureperium among Nigerians. *Trop Georg Med* 1972; 24: 253-6.
 15. Guena R., Preneuf Ch De, Reboul C. Aspects psychopathologiques de la grossesse au Sénégal. *Psychopath Afric* 1970; 6 : 111-46.
 16. Ihezue UH. Puerperal mental illness in Enugu, Nigeria. *Psychopath Afric* 1986/1987; 21: 91-101.
 17. Swift CR. Psychosis during the puerperium among Tanzanians. *East Afr Med J* 1972; 49: 651-7.
 18. Dupont G, Ouedraogo A. A propos des psychoses puerpérales au Sénégal : réflexion sur les psychoses aiguës africaines. *Information Psychiat* 1989; 65: 1011-6.
 19. Mbassa Menick D. Ces maux sans mots : une approche victimologique du mal être des épouses africaines. Mémoire pour le Diplôme d'Université de Victimologie. Université de Paris V, René Descartes, 1997.
 20. Mbassa Menick D. Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire : le cas du Sénégal. *Child Abuse Negl* 2000 ; 24 : 1557-65.
 21. Mbassa Menick D. La conjugopathie au Sénégal, une plainte angoissée de la féminité : à propos de 10 cas observés à la clinique psychiatrique du CHU de Dakar/ Fann. Mémoire pour le CES de Psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop, 1995.