

ACCIDENTS PSYCHIATRIQUES ET MANIFESTATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE LA GRAVIDO-PUERPÉRALITÉ AU CAMEROUN

D. MBASSA MENICK

Med Trop 2005 ; 65 : 563-569

RÉSUMÉ • Une étude rétrospective a été conduite du 1^{er} 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 %). Du point de vue des représentations symboliques ou de l'interprétation sociale, l'on considère, à l'instar des Beti que ces troubles sont liés à une anémie consécutive à une importante déperdition de sang après l'accouchement. Elle survient au décours des massages traditionnels à l'eau chaude pour débarrasser la parturiente des lochies (sang et débris placentaires). Cette rupture brutale de sang est désignée sous le terme de « esere meki » en langue Ewondo. Tandis qu'elle est considérée comme la rétention des lochies par défaut de massage chez les Bassa qui l'appelle « ndjeg gwal » ou la folie de l'accouchement.

MOTS-CLÉS • Accidents psychiatriques - Gravidopuerpéralité - Cameroun.

PSYCHIATRIC DISORDERS AND PSYCHOPATHOLOGIC MANIFESTATIONS ASSOCIATED WITH PREGNANCY AND POSTPARTUM IN CAMEROON

ABSTRACT • This retrospective study was conducted from January 1, 2002 to May 31, 2004 to ascertain the sociodemographic profile of women psychiatric disorders and psychopathologic manifestations during puerperium and determine the most common clinical entities at the Jamot Hospital in Yaounde, Cameroon. Study included 40 parturient women who presented psychiatric disorders related to pregnancy, postpartum, abortion, or breastfeeding. Most patients (80 %) were less than 34 years of age including 50 % under 20 years. Psychiatric disorders were often observed in married women (62.5 %) but one of three women (30 %) in this study was single. Most of these women (85 %) had no income. Primigravid women accounted for 35 % of the cohort. Manifestations generally began after delivery (80 %) but sometimes appeared during pregnancy (12.5 %). A particularly noteworthy finding of this study is the high rate of late postpartum or breastfeeding psychosis. In 40 % of cases symptoms appeared between 1 and 6 months after delivery. Acute psychosis was by far the most frequent disorder (77.5 %) followed by depression (15 %) and manic fits (7.5 %). With regard to symbolic representations and social implications, we concur with the Beti people in considering that these manifestations are related to anemia resulting from massive blood loss after delivery. This occurs during the traditional hot water massages performed to eliminate lochia (blood and debris). This sudden blood loss is called "esere meki" in the Ewondo language. In contrast it is considered as lochia retention due to the lack of massage by the Bassa people who use the term "ndjeg gwal" or delivery madness.

KEY WORDS • Psychiatric disorders – Pregnancy – Postpartum - Cameroon

Le terme de psychose puerpérale est apparu sur la scène psychiatrique au début du XX^e siècle (1). Mais, c'est à Marce en 1858 (2) que revient le mérite d'avoir fait la première description de cas au XIX^e siècle. Cependant, il existait déjà depuis les temps immémoriaux des traces de tels

troubles dans les écrits pionniers d'Hippocrate, de Celsus, de Galien et de Suranus rapportés par Boyd (3) et Zilboord (4-5). On regroupe classiquement sous ce terme « tous les accidents psychiatriques de la grossesse, de la puerpéralité et de l'avortement » (6).

Cette définition ne tient pas compte du terme de « puerpéralité » qui désigne la période qui suit l'accouchement jusqu'au retour des règles. En tenant compte de ce terme, les psychoses puerpérales se limiteraient alors essentiellement aux psychoses du post-partum qui sont généralement les plus fréquentes. En Europe, leur fréquence variait de 0 à 5 % en fonction des lieux et des auteurs (7) et elles représentaient 3 à 5 % des maladies mentales nécessitant une hospitalisation (8). Mais depuis les désormais célèbres travaux psychanalytiques de Racamier (9) et de Deutsch (10) qui ont étudié

• Travail de la clinique universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale (D.M.M., Psychiatre/Pédopsychiatre, Psychocriminologue-Victimologue, Chef de Service de la clinique universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Hôpital Jamot de Yaoundé, Messa, Yaoundé, Cameroun.

• Correspondance : D. MBASSA MENICK, Chef de Service de la clinique universitaire de Psychiatrie et de Psychologie médicale, Hôpital Jamot de Yaoundé, B.P. 25254, Messa Yaoundé, Cameroun.

• Courriel : menickfr@yahoo.fr •

• Article reçu le 8/11/2004, définitivement accepté le 27/07/2005.

la relation mère-enfant, l'on a constaté une diminution considérable de ces cas en Occident.

Cette diminution a été volontiers portée au débit de l'amélioration des conditions de maternité (préparation à l'accouchement, planning familial...) et l'administration de psychotropes actifs contre la dépression, l'anxiété et les premières manifestations délirantes (6). Les psychoses puerpérales ont été largement étudiées dans les pays développés comme l'attestent de nombreux travaux (3, 6, 9, 11-27).

Elles sont réputées être très fréquentes en psychopathologie africaine. Certaines statistiques parlent d'une hospitalisation sur trois portant ce diagnostic (1). Ce sont des troubles fréquents puisqu'ils représentent environ 15 % des motifs de consultation d'urgence en psychiatrie pour la femme au CHU de Fann à Dakar et environ 30 % des motifs d'hospitalisation en psychiatrie (28). Dans la vaste symphonie des travaux africains sur ce thème, l'école dakaroise a le mérite de tenir la vedette en Afrique francophone sur les aspects cliniques, épidémiologiques et étiopathogéniques de ces accidents (1,7, 29-33). Ailleurs, Asuni (34), Ebié (35) et Ihezue (36) au Nigéria et Swift (37) en Tanzanie se sont intéressés à la question en ce qui concerne l'Afrique anglophone.

Au Cameroun, il manque des données sur ce sujet, c'est la raison pour laquelle nous avons entrepris ce travail pour déterminer le profil sociodémographique des femmes portant ce diagnostic et ressortir les entités cliniques les plus fréquemment observées à l'hôpital Jamot de Yaoundé.

PATIENTES ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée à la clinique psychiatrique de l'hôpital Jamot de Yaoundé en République du Cameroun. Toutes les admissions et les consultations dans ce service sont généralement consignées dans des registres d'hospitalisation et de consultation, et les dossiers des patients admis sont également conservés dans le fichier du service après leur sortie.

Le matériel de ce travail a été recueilli à la fois dans ces registres et dans les dossiers personnels des patientes qui avaient été diagnostiquées comme psychose puerpérale pendant une période de 29 mois allant du 1^{er} janvier 2002 au 31 mai 2004. Pour effectuer ce travail, nous avons considéré que la pathologie psychiatrique liée à la puerpéralité englobe les troubles contemporains de la grossesse, de l'accouchement et de la lactation comme l'ont énoncé Tribolet & Paradas (38), mais les troubles contemporains de l'avortement ont aussi été pris en compte.

Une analyse minutieuse de ce matériel nous a permis de recueillir - sur des fiches préparées à cet effet - toutes les informations susceptibles de nous permettre d'analyser les caractéristiques sociodémographiques (l'âge des patientes, la parité, le statut matrimonial, le statut socioprofessionnel) et cliniques (les antécédents psychiatriques personnels et familiaux, la période d'apparition des troubles, le diagnostic clinique retenu).

RÉSULTATS

Ce travail a inclus 40 patientes ayant présenté un accident psychiatrique de la grossesse, du post-partum, de l'avortement ou de la lactation; l'âge moyen était de 28 ans (extrêmes : 16 et 40 ans).

Caractéristiques sociodémographiques des patientes

Nous avons noté que 32 patientes avaient entre 20 et 34 ans (72,50 %), parmi lesquelles 17 avaient entre 20 et 29 ans (42,50 %). Il y avait 20 patientes entre 30 et 40 ans (50 %) et globalement 20 au dessous de 30 ans (50 %).

Les femmes mariées (62,5 %) étaient plus nombreuses que les femmes seules (35 %).

Sur les 40 femmes recrutées, 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.

Les primipares étaient les plus concernées dans l'ensemble (35 %) et les troubles diminuaient au fur et à mesure que la parité augmentait.

Les troubles sont apparus dans 5 cas (12,5 %) pendant la grossesse et 32 fois (80 %) après l'accouchement dont : 4 fois (10 %) entre 8 et 28 jours, 11 fois (27,5 %) entre 29 et 49 jours et 3 fois (7,5 %) entre 3 et 6 mois parmi lesquels 4 consécutifs au décès du bébé. La grande particularité de ce travail est l'importance des troubles entre 29 jours et 6 mois (40 %) après l'accouchement. Mais nous avons quand même observé 22,5 % de cas d'apparition de troubles dans le post-partum précoce.

Caractéristiques cliniques

Dans la très grande majorité des cas, il s'agissait de psychoses aiguës confuso-délirantes à forte participation thymique (31 fois sur 40 soit 77,5 %), suivies des dépressions majeures parfois avec éléments psychotiques (6 fois sur 40 soit 15 %). Nous avons enregistré 1 accès maniaque qui s'est déclenché au septième mois de la grossesse, 2 autres à la première semaine suivant l'accouchement et 1 psychose aiguë s'est déclenchée sur fond d'usage de substance psycho-active (cannabis) chez une jeune femme enceinte de 7 mois et demi.

Les décompensations au cours de la grossesse se sont toutes produites à partir du 7^e mois de gestation et au-delà.

Antécédents

Parmi les 40 patientes, 9 (22,5 %) avaient des antécédents personnels de troubles mentaux et 31 se sont décompensées pour la première fois, dont 6 avaient des antécédents familiaux de troubles mentaux (15 %).

DISCUSSION

L'étude que nous avons conduite est un travail de type rétrospectif. Elle a les faiblesses de ce type de recherche :

Tableau I - Répartition de l'échantillon selon l'âge.

Age	Fréquence	%
15-19	3	7,5
20-24	11	27,5
25-29	6	15
30-34	12	30
35-39	7	17,5
40-44	1	2,5
Total	40	100

informations incomplètes, parcellaires ou fragmentaires ne permettant pas d'élargir l'étude clinique. Ces manquements peuvent s'expliquer par le fait que l'observateur qui reçoit la patiente en urgence s'intéresse d'abord à l'urgence, au plus important et non à certains détails anamnestiques qui ne l'aident pas tout de suite. Notons également que ce travail est le premier de ce type en psychiatrie camerounaise. Il a colligé 40 cas qui interdisent toute prétention statistique, toute généralisation abusive et ne couvre certainement pas tous les cas de figure. Il se veut un travail pionnier et nous souhaitons qu'il soit l'occasion d'en apprendre davantage sur ce thème.

Notre cohorte était constituée d'une population relativement jeune : 50 % étaient âgées de moins de 30 ans dont 7,5 % en dessous de 20 ans et 42,5 % entre 20 et 29 ans ; tandis que la population de 30 à 40 ans représentait 50 % de l'échantillon (Tableau I). Cette distribution se rapproche statistiquement de celle de Ihezue (36) qui a trouvé 18,2 % au dessous de 20 ans avec une majorité de patientes entre 20 et 29 ans (50,9 %) et 34,4 % seulement entre 30 et 40 ans sur une population d'étude de 57 parturientes.

Par contre, la distribution selon le statut matrimonial (Tableau II) contraste avec les trouvailles de Ihezue (36). En effet, si toutes les patientes de cet auteur étaient des femmes mariées, nous avons trouvé qu'environ une femme sur trois souffrant de psychose puerpérale était une mère célibataire. Etre une mère célibataire dans certaines familles en Afrique est un facteur supplémentaire de stress pour la femme dans nos sociétés. Accepter l'existence de mères célibataires pour ces familles est assimilable à accepter un enfant hors mariage et conduirait à mettre en péril le patrimoine familial et la structure sociale communautaire, mais aussi, à retirer à la famille tout droit d'intervenir dans le choix d'une famille alliée (39).

Nous avons clairement montré dans une précédente étude (40) que dans certains milieux, être une mère célibataire constituait une abomination et les pressions subies par ces filles mères les poussaient parfois à opter pour l'infan-

Tableau II - Répartition de l'échantillon selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Fréquence	%
Mariées	25	62,5
Célibataires	14	30
Indéterminé	1	2,5
Total	40	100

Tableau III - Répartition de l'échantillon selon le statut socioprofessionnel.

Statut professionnel	Fréquence	%
Sans emploi	29	72,5
Salariées	4	10
Elèves	5	12,5
Profession libérale	2	5
Total	40	100

ticide. Cette situation est d'autant plus stressante que la famille de la mère est amenée à s'occuper à la fois de la fille et de son enfant.

Le tableau III montre que les primipares se décompensaient plus fréquemment (35 %) et les risques de décompensation diminuaient avec l'augmentation de la parité. Dans une étude conduite au Sénégal, Durand-Comiot (1) avait trouvé un taux de primipares largement supérieur au nôtre (43 %). Cependant, notre taux est presque identique à celui trouvé par Ihezue (36) au Nigéria (34,5 %). Dans notre travail, les primipares étaient suivies de parturientes qui se décompensaient à la troisième grossesse (17,5 %). Cette tendance se rapproche de l'observation de Ihezue qui a relevé un taux de 21,8 % au cours de la troisième grossesse alors que Durand-Comiot a plutôt trouvé 17 % de cas de décompensation au cours de la deuxième grossesse contre 14 % au cours de la troisième gestation.

Mais dans l'ensemble, que ce soit dans notre travail ou dans celui de Durand-Comiot et de Ihezue, les décompensations diminuaient progressivement avec le nombre de maternités. Les troubles sont apparus au cours de la grossesse dans 12,5 % des cas et après l'accouchement dans 80 % des cas. 22,5 % d'entre eux sont apparus dans les 7 jours suivant l'accouchement, 10 % entre 8 et 28 jours avec une pointe significative de 22,5 % entre 29 et 35 jours. Ils décroissaient progressivement avec le temps mais nous avons retrouvé une autre pointe de 12,5 % entre 3 et 6 mois et 7,5 % entre 6 et 9 mois. La grande particularité de ce travail est la forte apparition des troubles dans le post partum tardif ou plutôt la période de lactation entre le 1er et 6^e mois (40 %).

Nos résultats présentent quelques similitudes et des contrastes avec d'autres recherches effectuées en terre africaine. En effet, notre taux d'apparition des troubles au cours de la grossesse est proche de celui observé par Durand-Comiot qui est de 10 % sur une cohorte de 213 femmes. Il en est de même des troubles apparaissant après l'accouche-

Tableau IV - Répartition de l'échantillon selon la parité.

Parité	Fréquence	%
P1	14	35
P2	6	15
P3	7	17,5
P4	5	12,5
P5	2	5
P6 et >	2	5
Indéterminée	4	10
Total	40	100

Tableau V - Répartition de l'échantillon selon la période d'apparition des troubles.

Apparition des troubles	Fréquence	%
0-7 jours	9	22,5
8-14 jours	1	2,5
15-21 jours	2	5
22-28 jours	1	2,5
29-35 jours	9	22,5
36-45 jours	1	2,5
46-49 jours	1	2,5
3-6 mois	5	12,5
6 < mois	3	7,5
Au cours de la grossesse	5	12,5
Indéterminée	3	7,5
Total	40	100

ment indiqués par le même auteur (82 %). Cependant, nous n'avons pas observé de troubles apparaissant après un avortement comme cet auteur qui a fait état de 8 % de cas au décours de cette période dans son étude.

Dans notre travail 22,5 % de troubles sont apparus à la première semaine après l'accouchement, par contre Durand-Comiot a rapporté que 56 % des troubles apparus dans les 10 premiers jours suivant l'accouchement soit 2,6 fois notre taux.

Ihezue avait trouvé un taux presque identique à celui de Durand-Comiot, soit 54,5 % au cours de la même période et 70,9 % dans les deux premières semaines après l'accouchement. Sur ce dernier point, Ebié (35) au Nigéria, avait déjà trouvé des taux similaires à ceux observés au Sénégal et au Nigéria. Il en est de même de Pugh *et Coll* (41) et de Paffenbarger (42) en Angleterre.

Mais comme dans les précédentes études, l'apparition des troubles diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la date d'accouchement. Contrairement à notre travail où les troubles apparaissent également dans le post-partum tardif, ils apparaissaient essentiellement dans le post-partum précoce dans les études sénégalaise et nigériane. Pour rester fidèle à la définition de départ, on ne peut pas réserver le terme de psychose puerpérale aux troubles précoces du post-partum uniquement comme l'ont proposé certains auteurs ayant abouti à aux mêmes constatations statistiques en Europe (19).

Les psychoses aiguës confuso-déirantes étaient les plus fréquentes dans notre cohorte (31 cas sur 40) soit 77,5 %, suivies des dépressions (15 %) et des accès maniaques (7,5 %). Nos résultats contrastent avec ceux de Ihezue (36) en ce qui concerne les psychoses. Cet auteur avait trouvé

25,5 % de psychoses délirantes aiguës et 14,5 % de psychoses confusionnelles toxiques. Il a également indiqué 10,9 % de troubles schizo-affectifs, 12,7 % de psychoses non spécifiques, 9,1 % de réactions neurovégétatives et 7,3 % d'accès maniaques. Cependant, en faisant la somme des psychoses, il ressort que cet auteur a globalement trouvé 52,7 % de réactions psychotiques pendant sa période d'étude. Mais nous retrouvons des similitudes ou des rapprochements en ce qui concerne les dépressions et les accès maniaques. En effet, dans son travail, les dépressions venaient en 3^e position avec 12,7 % de cas et les accès maniaques représentaient 7,3 %.

S'agissant de la dépression, des enquêtes épidémiologiques ont montré que la rareté des troubles psychiatriques graves liés à la puerpéralité a longtemps fait sous-estimer la fréquence des états dépressifs du post-partum en Occident (43). En effet, des études portant sur les admissions en psychiatrie (44 ; 45) ou sur les admissions en unité mère-enfant (24) ont fait apparaître un diagnostic de dépression majeure dans 15 à 47 % des cas et un diagnostic de dépression mineure dans 15 à 17 % des cas. Pour Lemperière *et Coll* (47) la prévalence des dépressions du post-partum d'intensité moyenne à sévère se situe entre 5 et 10 %. D'autres études menées à l'Hôpital Louis-Mourier (Colombes) en 1983, 1987 et 1989, sur des populations différentes quant au mode d'accouchement, ont montré une prévalence pour les dépressions à trois mois variant de 10 à 20 % (43). Les résultats de Ihezue (36) sont en conformité avec ceux de Guena *et Coll* (29), ceux de Ebié (35) et ceux de Swift (37). Mais, ils sont en contradiction avec les tendances observées dans les pays développés où les dépressions dominent les tableaux cliniques suivies des psychoses aiguës confuso-déirantes (24).

Des premières décompensations ont été observées chez 31 patientes dont 6 (19,35 %) avaient des antécédents familiaux de pathologie mentale et 8 (25,8 %) avaient une histoire personnelle de troubles psychiatriques ; soit un total de 45,15 % de parturientes ayant un passé familial ou personnel de troubles psychiatriques. Ce taux est supérieur à celui de Ihezue (36) qui avait trouvé 32,7 % de cas ayant des antécédents psychiatriques familiaux ou personnels à Enugu. En Occident, Janssen (21) et Protheroes (25) avaient déjà évoqué la corrélation entre les antécédents familiaux et personnels de troubles mentaux et les psychoses puerpérales. La fréquence des antécédents psychiatriques personnels varie entre 20 et 32 % selon ces auteurs, et n'atteint pas 10 % si on élimine les « psychoses de coïncidence ».

Les troubles observés au cours de la grossesse dans notre travail étaient tous d'allure psychotique (12,5 %). Ce taux est légèrement supérieur à ceux observés au Sénégal (1) et en Occident où Lemperière *et Coll* (48) ont remarqué que les épisodes psychotiques étaient rares au cours de la grossesse, soit 10 % de l'ensemble des psychoses puerpérales.

S'agissant des aspects cliniques et sociaux, il a été admis 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 à un événement traumatique ancien d'être réactivé dans un second temps, celui-ci prêtant dans un après-coup fécond à la manifestation actuelle, l'énergie libidinale, la force des affects qui lui étaient primitivement liés (1).

Tableau VI - Répartition de l'échantillon selon le diagnostic.

Diagnostic clinique	Fréquence	%
Psychoses aiguës	31	77,5
Dépressions	6	15
Accès maniaques	3	7,5
Total	40	100

Ainsi la situation de la femme en regard de la grossesse et de l'accouchement considérés doit être étudiée comme le point de rencontre de tout son passé (hérédité, antécédents pathologiques, constitution biologique, formation de la personnalité, structure névrotique ou psychotique) avec ses positions actuelles (conjugales, sociales, économiques), avec les incidents ou accidents gravido-puerpéraux et enfin avec les perspectives ouvertes devant elle par la maternité (6).

Dans nos cas, de nombreux éléments ayant valeur de traumatisme et facteurs victimogènes ont à un moment donné scandé le parcours existentiel de ces parturientes : décès d'un proche (père, mère, fils ou fille, frère ou sœur, époux, etc.), polygynie avec les rivalités entre épouses ou l'injustice du mari vis-à-vis de ses épouses, absence fréquente de l'époux, sa non-assistance, les violences conjugales, la dépendance économique de la femme vis-à-vis de son époux, la stérilité redoutée ou la lassitude des grandes multipares, le traumatisme de l'épisiotomie ou de la césarienne, les mariages prescriptifs, forcés ou prétendument arrangés, la mobilité conjugale, sans négliger les menaces de sorcellerie, le célibat et surtout, l'action des nouvelles religions réputées pour la manipulation mentale et l'embradement des adeptes...

A cet effet, il apparaît clairement que la femme africaine supporte encore le poids des traditions. La seule issue pour elle n'est parfois 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 nous avons longuement dénoncé dans de précédents travaux (49-50). N'ayant pas accès aux mots pour traduire ses maux, elle s'emure dans le silence et son statut séculaire de « mère-épouse » reste sa seule raison d'être ou d'exister. Compte tenu de ce qui précède, les troubles mentaux peuvent apparaître à tout moment : pendant la grossesse, au cours du post-partum précoce, du post-partum tardif, ou du post-abortum.

Dans une approche anthropologique des troubles psychiques liés à la puerpéralité, il existe des modèles d'interprétation ou des représentations symboliques de la maladie en fonction des cultures. En Occident et avec la prévalence du modèle biomédical, les aspects socioculturels ou anthropologiques de la maladie sont relégués au second plan. Dans les sociétés traditionnelles ce sont au contraire ces représentations qui prévalent, chaque maladie étant d'abord le signe d'un dysfonctionnement dans l'ordre social, ou encore dans l'ordre cosmique (28).

En effet, dans la représentation traditionnelle de la psychose puerpérale chez les Beti du Cameroun, la psychose du post-partum chez la femme est interprétée comme liée à une anémie consécutive à une importante perte de sang au cours de l'accouchement. C'est ce manque de sang qui serait à l'origine des troubles constatés. En langue Ewondo on parle de « *ésere meki* », c'est-à-dire une rupture ou une coupure brutale de sang. Cette anémie survient souvent à la suite des massages abdominaux administrés aux accouchées à l'eau chaude pour les débarrasser des lochies, c'est-à-dire du mauvais sang et des débris placentaires après l'accouchement et l'expulsion du placenta.

L'interprétation de la maladie renvoie donc à la déperdition du sang féminin qui marque négativement le corps et la représentation de la femme. Par contre, les troubles psychiques observés pendant la grossesse sont plutôt interprétés comme liés à la montée du sang dans la tête de la femme enceinte. Il s'agit d'un mauvais sang issu de la conception et qui ne lui conviendrait pas.

Par contre, chez les Bassa la représentation traditionnelle des psychoses puerpérales est liée à une rétention du sang de l'accouchement dans le ventre à cause d'une absence ou d'une insuffisance de massages abdominaux administrés à la parturiente pour la débarrasser des lochies. C'est ce sang retenu dans le ventre qui monte à la tête de la malade et provoque la maladie. En langue bassa, l'on parle de « *ndjeg gwal* » ou folie de l'accouchement.

Cette interprétation beti de « *ésere meki* » contraste avec celle du « *méret* » des Wolof (Sénégalais) qui est plutôt liée à la rétention du sang des lochies, c'est-à-dire du sang et des débris placentaires qui devraient être expulsés après le placenta (28,52). Mais, l'interprétation des Bassa de « *ndjeg gwal* » plus proche de celle des Wolof, se situe dans la même perspective culturaliste de compréhension.

Il est intéressant de noter que cette interprétation existait déjà chez Hippocrate à propos de la « folie puerpérale » : la description clinique qu'il en a fait est très proche de celles du « *méret* » des Wolof, du « *ésere meki* » des Betis et du « *ndjeg gwal* » des Bassa. Les causes des maladies se réfèrent pour lui à la théorie des humeurs. Dans son ouvrage *Maladie quatre*, Hippocrate a posé comme principe l'existence de quatre humeurs : le sang, le phlegme, la bile et l'eau qui sont, avec les traumatismes et les intempéries, les grandes causes des maladies (28).

Il a proposé une théorie de la circulation interne des humeurs dans le corps humain avec une spécificité et une localisation fondamentale des humeurs, et a défendu une théorie de l'échange entre le milieu externe et le milieu interne, la santé étant définie comme un échange constant des liquides du corps, ce qui suppose un équilibre entre l'alimentation et l'excrétion. Il y a santé quand ces humeurs sont dans une juste proportion entre elles, tant du point de vue de la qualité que de la quantité, et quand leur mélange est parfait. Il y a maladie quand l'une de ces humeurs en trop petite ou en trop grande quantité s'isole dans le corps au lieu de rester mêlée à tous les autres (28). Cette mécanique des fluides se retrouve dans l'interprétation du « *méret* » et du « *ndjeg gwal* » (c'est la rétention du sang des lochies qui est cause de la maladie) et de l'« *ésere meki* » (c'est la déperdition du sang après l'accouchement qui est cause de la maladie).

Le faible effectif de notre cohorte n'est pas lié au fait que les accidents psychiatriques de la gravido-puerpéralité sont rares ou n'existent pas, mais tout simplement parce qu'il y a socialement recours à d'autres systèmes de soins. En effet, de nombreux patients présentant des troubles mentaux en Afrique en général s'adressent d'abord aux tradipraticiens ou à la religiosité thérapeutique centrée sur le corps qui a envahi le continent africain depuis des décennies. Ils ne consultent en psychiatrie qu'en dernier lieu lorsqu'ils ont épuisé tous les recours traditionnels sans succès. Pour cette raison, il est pos-

sible que de nombreuses parturientes aient été orientées vers les guérisseurs ou les pasteurs et les prêtres exorcistes qui fourmillent dans nos cités et qui, de plus en plus, transmettent une vision un peu magique de la religion.

La confiance et les résistances dans le traitement des maladies mentales en psychopathologie africaine avaient déjà été magistralement analysées par Makang Ma Mbog (52). Pour cet auteur, la confiance que voue le malade à son thérapeute a pour fondement principal le fait que ce dernier est assisté dans son travail par les génies des ancêtres qui connaissent tous les phénomènes humains et qui sont capables de tout faire ; alors que les nombreuses résistances que rencontrent le psychiatre dans le traitement des malades de notre culture peuvent s'expliquer par l'absence fréquente de l'appui de cet arrière-plan ancestral.

Même quand ils viennent consulter le psychiatre, l'histoire des soins démontre clairement qu'ils retournent souvent chez le guérisseur sans en informer le premier, disqualifiant ou mettant en échec le psychiatre. Ce départ chez un autre thérapeute (fut-il occidental, religieux ou traditionnel) n'exclut pas un retour chez le psychiatre suivi d'une autre rupture. Ces allées et venues thérapeutiques connues sous le label d'errance thérapeutique ont été qualifiées de se « soigner en rond » par Mbadinga, Ngabolo & Boussou (53). Il s'agit de ruptures successives de soins ou de thérapies interminables qui résument le parcours thérapeutique de la majorité de la clientèle africaine en santé mentale, et en quête d'un idéal thérapeutique ou mieux, du thérapeute idéal.

CONCLUSION

Dans la pratique quotidienne de la psychiatrie à l'hôpital Jamot de Yaoundé, nous avons constaté que les accidents psychiatriques de la gravidopuerpéralité 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. Socialement, il est admis que ces troubles sont liés à une anémie consécutive à une importante déperdition de sang après l'accouchement ou plutôt à la rétention des lochies faute de massages traditionnels.

RÉFÉRENCES

- 1 - DURAND-COMIOT ML - La psychose puerpérale ? Etude en milieu sénégalais. *Psychopath Afric* 1977 ; **13** : 269-355.
- 2 - MARCE LV - Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris : Baillière et fils. In HOWELLS JG (ed.) 1858; Modern perspectives in psycho-obstetrics. New York: Brunner/Mazel, Inc.
- 3 - BOYD DA - Mental disorders associated with child-bearing. *Gynaec* 1942 ; **43** : 148-163 et 335-349.
- 4 - ZILBOORD G - The dynamics of schizophrenic reactions related to pregnancy and childbirth. *Amer J Psychiat* 1929 ; **85** : 733.
- 5 - ZILBOORD G - Depressive reactions related to parenthood. *Amer J Psychiat* 1931 ; **87** : 927.
- 6 - EY H, BERNARD P, BRISSET C - Manuel de psychiatrie 1978 ; Masson ed, Paris.
- 7 - BOUSSAT M, GUEYE M, HANCK C *et Coll* - Les psychoses puerpérales (Rappel clinique). *Med Afr Noire* 1977 ; **24** : 240-249.
- 8 - PELICIER Y - Guide psychiatrique pour praticiens. Masson et Cie ed, Paris, 1975.
- 9 - RACAMIER PC, SENS L, CARRETIER L - La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiat* 1961 ; **4** : 525-570.
- 10 - DEUTSCH H - La psychologie de la femme en relation avec les fonctions de reproduction. *La psychanalyse* 1964 ; **7** : 221-237.
- 11 - HIRSCH G - Contribution clinique à l'étude des psychoses puerpérales. Thèse de médecine, Paris, 1917.
- 12 - STRECKER EA, EBAUGH FG - Psychosis occurring during the puerperium. *Arch Neurol Psychiat* 1926 ; **15** : 239-252.
- 13 - HEMPHILL RE - Incidence and nature of puerperal psychiatric illness. *BMJ* 1952 ; **2** : 1232-1235.
- 14 - FLAMENT J - Le rôle des facteurs psychologiques dans les psychoses du post-partum. *Acta Neurol Psychiatr Belg* 1955 ; **55** : 430-442.
- 15 - TETLOW C - Psychosis of childbearing. *J Ment Sci* 1955 ; **101** : 629-639.
- 16 - VESLIE H - Puerperal mental disorders. *Acta Psychiat Scand* 1956 ; **3** : 7-42.
- 17 - BOURSONY - Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. Thèse de Médecine, Strasbourg, 1958.
- 18 - MARTIN ME - Puerperal mental illness, a follow-up study of 75 cases. *BMJ* 1958 ; **46** : 773-777.
- 19 - CAIN J, SERMENT, DE VERVILLE - Les psychoses précoces du post-partum. *Ann Med Psych* 1959 ; **117** : 229-253.
- 20 - DONNET JL - La grossesse et l'accouchement, leur régime psychologique. *Perspectives Psychiat* 1963 ; **4** : 11-16.
- 21 - JANSSEN B - Psychic insufficiencies associated with child bearing. *Acta Psychiat Scand* 1964 ; **39 Suppl** : 172.
- 22 - BRISSET C - Grossesse, puerpéralité et troubles mentaux. *Conc Med* 1967 ; **89** : 10.
- 23 - PITT B - Atypical depression following childbirth. *Br J Psychiatry* 1968 ; **114** : 1325-1335.
- 24 - PROTHEROE C - Puerperal psychoses: A long term study 1927-1961. *Brit J Psychiatry* 1969 ; **115** : 9-30.
- 25 - CHEPFER R, SICHEL JP - Des liens possibles entre les suites de couches normales et la psychose puerpérale. *L'evol Psych* 1974 ; **39** : 643-662.
- 26 - MARMIE D, RANCUREL G - Psychoses puerpérales. Les accidents psychiatriques et les manifestations psychopathologiques de la gravidopuerpéralité. *Encycl Med Chir - Psychiatrie* 1975, Paris, 537660, A - 10.
- 27 - BROUSSELLE A - La mélancolie puerpérale. *Revue française de Psychanalyse* 1976 ; **40** : 1097-1100.
- 28 - PERRET A - Anthropologie des troubles psychiques liés à la puerpéralité. In « PETITJEAN F, DUBRET G, TABAZE JP - Psychiatrie à l'Hôpital général ». Eres ed, Toulouse, 1993, pp 155-159.
- 29 - GUENA R, PRENEUF (Ch. De), REBOUL C - Aspects psychopathologiques de la grossesse au Sénégal. *Psychopathologie Afric* 1970 ; **6** : 111-146.
- 30 - GUEYE M - Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais. A propos de 92 observations. Thèse de médecine, Dakar 1976.

- 31 - MANDERSCHIED A - Le « Meret » ou la folie des parturientes au Sénégal. Mémoire pour le CES de Psychiatrie, Dakar, 1983.
- 32 - OUEDRAOGO A - Approche étiopathogénique des psychoses puerpérales au Sénégal. Mémoire pour le CES de Psychiatrie, n° 31, Dakar, 1987.
- 33 - DUPONT G, OUEDRAOGO A - A propos des psychoses puerpérales au Sénégal : réflexion sur les psychoses aiguës africaines. *Information Psychiat* 1989; **65** : 1011-1016.
- 34 - ASUNI T - Management of puerperal psychosis. Proceedings, Pan-African Psychiatric Workshop, Mauritius, 1970.
- 35 - EBIE JC - Psychiatric illness in the puerperium among Nigerians. *Trop Geogr Med* 1972; **24** : 253-256.
- 36 - IHEZUE UH - Puerperal mental illness in Enugu, Nigeria. *Psychopathologie Afric* 1986/1987; **21** : 91-101.
- 37 - SWIFT CR - Psychosis during the puerperium among Tanzanians. *East Afr Med J* 1972; **49** : 651-657.
- 38 - TRIBOLET S, PARADAS C - Guide pratique de psychiatrie. Heures de France ed, 1998.
- 39 - BENSOUNA N, BOUCEBCI M - Profil psychologique d'un groupe de mères célibataires en Algérie. *Psychopathologie Afric* 1977; **13** : 337-369.
- 40 - MBASSA MENICK D - Les contours psychosociaux de l'infanticide en Afrique noire : le cas du Sénégal. *Child Abuse Negl* 2000; **24** : 1557-1565.
- 41 - PUGH TF, JERATH BK, SCHMIDT WM *et Coll* - Rates of mental disease related to child bearing. *N Engl J Med* 1963; **268** : 1224-1228.
- 42 - PAFFENBARGER RP - Epidemiological aspects of paripartum mental illness. *Brit J Prev Sec Med* 1964; **18** : 189.
- 43 - THALASSINOS M - Dépression du post-partum : prévalence, facteurs de risque et perspectives de prévention. In « PETIJEAN F, DUBRET G, et TABAZE JP - Psychiatrie à l'hôpital général ». Eres ed, Toulouse, 1993, pp 131-149.
- 44 - KATONA CL - Puerperal mental illness: comparison with non puerperal controls. *Br J Psychiatry* 1982; **141** : 447-452.
- 45 - KENDELL RE, RENNIE D, CLARKE JA, DEAN C - The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. *Psychol Med* 1981; **11** : 341-350.
- 46 - KENDELL RE, CHALMERS JC, PLATZ C - Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; **150** : 662-673.
- 47 - LEMPERIERE T, ROUILLON F, LEPINE JP - Troubles psychiatriques liés à la puerpéralité. *Encycl Med Chir - Psychiatrie* 37660, A10, 7, 1984, 12 p.
- 48 - LEMPERIERE T, FELINE A *et Coll* - Psychiatrie de l'adulte. Masson ed, Paris, 1996.
- 49 - MBASSA MENICK D - La conjugopathie au Sénégal, une plainte angossée de la féminité : a propos de 10 cas observés à la clinique psychiatrique du CHU de Dakar/Fann. Mémoire pour le CES de Psychiatrie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, 1995.
- 50 - MBASSA MENICK D - Ces maux sans mots : approche victimologique du mal être des épouses africaines. Mémoire pour le Diplôme d'université de Victimologie. Université de Paris V, René Descartes, 1997.
- 51 - MAKANG MA MBOG - Confiance et résistance dans le traitement des maladies mentales en psychopathologie africaine. *Psychopathologie Afric* 1972; **8** : 419-424.
- 52 - MBADINGA S, NGABOLOG, BOUSSOU M - Soigner en rond : sur le front du partage de l'espace thérapeutique en Afrique noire. In « TSALA-TSALA JP - Santé mentale, psychothérapies et sociétés ». The World Council for Psychotherapy ed, 2003, pp 89-98.