Université d'Abomey-Calavi

======@======

Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

======@======

Département Psychologie (DP)

======@======

Mémoire de Licence

Facteurs de risque et manifestations de la psychose puerpérale : cas des patientes hospitalisées au CNHUP-C

Réalisé par :

Chimène Tokpè AKOGNIZOUN

Sous la direction de :

Maître de stage :
Pr Magloire GANSOU
Professeur titulaire de psychiatrie
Spécialiste de psycho traumatisme

Maître de mémoire :
Dr Ornheilia ZOUNON
Maitre Assistante (CAMES)

Année académique : 2022-2023

SOMMAIRE

IN MEMORIAM 3
DEDICACE 4
REMERCIEMENTS 5
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 6
LISTE DES TABLEAUX 7
RESUME 8
INTRODUCTION 10
PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 12
1-1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE NATIONALE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE de (CNHUP-C) 13
1-2 DEROULEMENT DU STAGE 17
DEUXIEME PARTIE : REFLEXION CRITIQUE 28
2-1 Revue de littérature 29
2-1-5 PROBLEMATIQUE 35
2-2 APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 38
2-3 RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
2-4 DISCUSSION 53
2-5 SUGGESTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE 54
CONCLUSION 56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 58
ANNEXES 60
TABLE DES MATIERES 62

IN MEMORIAM

- Hommage à mes très chers et regrettés père Mèkpo AKOGNIZOUN et mère Victoire GBANDANHOUN GBEGBE, pour m'avoir mis au monde, orienté, conseillé et protégé tout au long de mon jeune âge. Voilà aujourd'hui le fruit de leurs efforts : un fruit qu'ils ne consommeront pas. Je garderai leurs sages conseils et leurs bonnes manières.

DEDICACE

Je dédie ce travail à:

- Mon très cher époux, Dr. Mahoutondji Amos BOCODAHO ;
- Ma précieuse fille, Mlle Hanameel Eliana Mahouna BOCODAHO.

REMERCIEMENTS

Je manquerai à un devoir élémentaire de probité intellectuelle et d'amitié si nous ne rendons pas un hommage mérité à tous ceux qui, directement ou indirectement, ont contribué à la rédaction de ce mémoire. Qu'il me soit donc permis de remercier du fond du cœur :

- mon tuteur de rapport de stage, mon maitre de mémoire, Dr Ornheilia ZOUNON, chef du Département de Psychologie (DP) de la Faculté des Sciences Humaine et Sociale (FASH) de l'Université d' Abomey-Calavi (UAC) pour la disponibilité témoignée à mon égard malgré son emploi de temps chargé ; pour son efficacité, sa simplicité et sa rigueur scientifique ;
- mon tuteur de stage, le Professeur Magloire GANSOU, Ancien Directeur du CNHU-P, pour sa disponibilité et pour son encadrement ;
- les psychologues du bloc d'hospitalisation C à savoir Monsieur Codjo DJANKPA et madame Segbedé ALIGBONON, pour leur soutien de tout genre ;
- Mes très chers tuteurs, monsieur Lambert TOMETINSI et madame Benoite TOMETINSI née AHOSSIN-GHEZO pour avoir fait de moi la femme que je suis devenue ;
- mes frères et sœurs : Jovial, Ruth, Gédéon, Philippe, Eunice, pour leurs encouragements ;
- mon amie cathérine pour son assistance et sa fidélité à mes côté ;
- tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ARCH **:** Assurance Renforcement du Capital Humain

CNHUP **:** Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie

DP **:** Département de Psychologie

ESAS **:** Ecole supérieure des Assistants Sociaux

FASHS **:** Faculté des Sciences Humaines et Sociales

FSS **:** Faculté des Sciences de la Santé

INMeS **:** Institut National Médico-Social

LMD **:** Licence- Master-Doctorat

TSSM **:** Techniciens Supérieurs en Santé Mentale

UAC **:** Université d'Abomey-Calavi

USUP **:** Unité de Soins d'Urgence Psychiatrique

UST **:** Unité de Soins aux Toxicomanes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition de l'échantillon 39

Tableau II: Causes de la psychose puerpérale 42

Tableau III: Manifestations de la psychose puerpérale 43

RESUME

Dans le cadre de cette recherche en psychologie clinique, un stage d'un mois a été fait au CNHUP-C, un centre reconnu en matière de traitement des maladies mentales. Un stage très enrichissant en activités comme en acquis, qui est mis en lumière avec une réflexion critique scientifique portant sur la psychose puerpérale parce que, après le premier accouchement souvent, certaines femmes ont des difficultés à s'adapter à leurs nouvelles réalités. Ce qui pourrait mettre la vie de l'enfant et celle de la mère en danger (infanticide et/ suicide). D'où l'intérêt porté sur le sujet. L'objectif général de la recherche est d'identifier les causes et les manifestations de la psychose puerpérale chez les patientes hospitalisées au CNHUP-C.

L'approche méthodologique utilisée pour y parvenir s'articule autour de la collecte des données, leur traitement et l'analyse des résultats. Les techniques de collecte de données utilisées sont entre autres : l'observation, la recherche documentaire et les entretiens. L'analyse qualitative a été faite à l'issue de la collecte des données sur la base d'un guide d'entretien avec 4 professionnels à savoir 3 psychologues cliniciens et 1 médecin généraliste. Quant à l'analyse quantitative, elle a été effectuée sur la base des fiches de collecte du questionnaire à l'endroit de 61 enquêtés y compris 2 situations cliniques.

Au terme des analyses quantitatives réalisées sur un échantillon de 66 acteurs, il ressort que, plusieurs facteurs sont à la base de cette maladie et les plus déterminants sont : la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne (un accouchement difficile) ou de mort périnatale et se manifeste entre autres par : une insomnie totale, une grande angoisse, une confusion mentale et le délire

Mots clés : CNHUP-C – psychose puerpérale – manifestation – facteurs de risques

ABSTRACT

As part of this research in clinical psychology, a one-month internship was carried out at the CNHUP-C, a recognized center for the treatment of mental illness. A highly enriching internship in terms of both activities and achievements, it is highlighted by a critical scientific reflection on puerperal psychosis because, after the first birth, some women often have difficulty adapting to their new realities. This can be life-threatening for both mother and child (infanticide and/or suicide). Hence the interest in this subject. The general aim of the research is to identify the causes and manifestations of puerperal psychosis in patients hospitalized at CNHUP-C.

The methodological approach used to achieve this revolves around data collection, processing and analysis of the results. The data collection techniques used included observation, documentary research and interviews. Qualitative analysis was carried out at the end of data collection, on the basis of an interview guide with 4 professionals: 3 clinical psychologists and 1 general practitioner. The quantitative analysis was carried out on the basis of questionnaire collection forms from 61 respondents, including 2 clinical situations.

Quantitative analyses carried out on a sample of 66 actors revealed that several factors are at the root of this illness, the most decisive of which are: primarity, personal and family history of psychiatric illness, history of caesarean section (a difficult delivery) or perinatal death and manifested by, among other things: total insomnia, great anxiety, mental confusion and delirium.

Key words: CNHUP-C - puerperal psychosis - manifestation - risk factors

INTRODUCTION

La fin de la troisième année (cycle1) dans le système LMD est caractérisée par un stage de fin de formation et sanctionnée par un diplôme de licence professionnelle de cycle1. Cette situation permet et oblige l'étudiant à faire un stage dans une structure appropriée afin de présenter un mémoire de licence professionnelle. Les étudiants en troisième année de psychologie clinique sont également soumis à cet exercice qui est couronné cette fois-ci par un rapport de stage inclus d'un travail de réflexion critique sur un problème d'intérêt scientifique.

Ce stage s'est donc déroulé au Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou sis à Fidjrossè pendant une durée de quatre (04) semaines. Le CNHUP-C est un centre reconnu pour le traitement des maladies mentales et des troubles psychosociaux et qui dispose des blocs avec des unités bien spécialisées, des médecins qualifiés et compétents pour donner satisfaction à toute personne en demande d'aide.

Les objectifs visés au cours de ce stage sont nombreux et variés. L'objectif premier est de se mettre en contact avec le milieu professionnel afin de se familiariser aux réalités du terrain, ensuite de mettre en pratique si possible les notions reçues au cours et enfin d'étudier une problématique. Ce qui permettra de valider le stage, de présenter et soutenir un rapport de stage afin d'obtenir le diplôme de licence professionnelle.

Pour l'espèce humaine, la maternité relève d'un processus psychique complexe qui peut être momentanément défaillant.

La psychose puerpérale ou le poste partum est un état psychologique qui survient après l'accouchement et qui peut être confondu au baby Blue mais n'a rien à voir. Ce trouble psychiatrique grave, provoque chez la femme qui vient

d'accoucher, des délires ayant pour objet la naissance et la relation avec son bébé. Il peut débuter par un baby blues ou une grande fatigue, puis apparaît rapidement un état confuso-onirique. La psychose puerpérale commence à la naissance de l'enfant et la durée est propre à chaque femme. Cela dure au minimum 40 jours et atteindre 6 mois voire 1 an. On parle également de suite de couche ou de quatrième trimestre de grossesse. Elle est taboue, souvent méconnue à cause de l'idéalisation de la maternité surtout en Afrique ; ce qui entraine un déni collectif de l'entourage. Porter la vie pendant neuf mois, accoucher, découvrir le visage de son bébé, devenir mère, ne plus seulement être la fille de, la femme de, mais être à son tour le référent d'un tout petit… si pour 80% des femmes, le travail psychique de la maternité se fait spontanément, pour 15 à 20% il s'accompagne d'un effondrement psychique.

Le présent mémoire de licence s'articule autour de deux parties essentielles : la première présente le cadre institutionnel de l'étude et le déroulement du stage puis la deuxième prend en compte un problème d'intérêt scientifique qui porte sur la psychose puerpérale.

PREMIERE PARTIE :
CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

Cette première partie aborde d'une part la présentation de l'institution d'accueil, le CNHUP-C à travers (son historique, sa structure organisationnelle, ses objectifs, ses missions, ses activités, ses ressources), et d'autre part, le déroulement du stage.

1-1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE NATIONALE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE de (CNHUP-C)

Cette partie est constituée d'un bref aperçu du CNHUP-C, de l'historique et description du CNHUP-C, les objectifs et activités du CNHUP-C, les ressources matérielles, financières et humaines du CNHUP-C.

1-1-1 Bref aperçu du CNHUP-C

Afin de mieux cerner l'environnement retenu pour ce travail de recherche, il convient de bien comprendre le cadre de travail. Le Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou est reconnu pour le traitement des maladies mentales et des troubles psychosociaux. Il dispose de trois blocs, des unités bien spécialisées, des médecins qualifiés et compétents afin de donner satisfaction aux patients.

1-1-2 Historique et description du CNHUP-C

Le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP) de Cotonou créé en 1945, par décret n° 90 – 348 du 14 Novembre 1990 portant attribution, organisation et fonctionnement ; classé comme organisme public spécialisé à caractère social jouissant de la personnalité juridique et de la semi autonomie financière, est érigé (Décret n^{o} 2014 – 527 du 25 Aout 2014) en Centre Hospitalier Universitaire sous l'appellation de Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou.

Il est installé sur une superficie de deux (02) hectares, et dispose de cent vingt (120) lits d'hospitalisation avec un taux d'occupation de 140% du fait des rafles

et autres indigents des rues. Le nombre de malades qui y séjourne actuellement (lors de notre stage) est de 331 personne, hommes et femmes confondus. (Le ratio femme/homme est de 1,20%) Le centre contient également un nombre important de malades des autres pays de la sous-région (Togo, Ghana, Nigeria, Niger, Burkina-Faso, Mali, Congo, RDC, Cameroun, etc.).

Il est subdivisé en deux (02) unités de soins à savoir, l'unité de soins d'urgence psychiatrique (USUP) et celle de soins en toxicomanie (UST) ; des blocs d'hospitalisation, des Médecins psychiatres, des techniciens supérieurs en santé mentale (TSSM) expérimentés avec un effectif de cinquante-deux (52) agents toute catégorie confondue de personnel médical et paramédical (Médecin psychiatre, Médecin généraliste,, Infirmier psychiatre, Infirmier d'Etat, Infirmier breveté, Technicien de laboratoire, Psychologue, Aide-Soignant), de personnel administratif (Administratif, Comptable, Secrétaire, Assistant social, Aide pharmacien, Agent d'entretien et Chauffeur) et des Médecins DES de psychiatrie (02), des Etudiants de la 4ème année de la Faculté des sciences de la santé (FSS/UAC), des Etudiants Assistants sociaux de l'Ecole supérieure des Assistants Sociaux (ESAS/FSS), des Stagiaires en psychologie de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS/UAC), des Stagiaires éducateurs spécialisés de l'ISFES, des élèves Infirmiers de l'Ecole Supérieure des Infirmiers et sages-femmes d'Etat (INMeS/UAC) et des stagiaires (Français, Allemands, Canadiens, Anglais, etc.).

1-1-3 Objectifs et activités du CNHUP-C

En tant que seul grand hôpital psychiatrique public au Bénin, le Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou a pour activité principale, le traitement des malades mentaux, des troubles psychosociaux (toxicomanie…), la réinsertion sociale des malades guéris, puis la formation et la recherche sur toutes maladies mentales.

1-1-4 Ressources matérielles, financières et humaines du CNHUP-C

Les Ressources matérielles et financières dont dispose le CNHUP-C font l'objet de ce point.

1-1-4-1 Ressources matérielles

Les ressources matérielles dont dispose le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique de Cotonou sont constituées :

- d'un véhicule pick-up ;
- des matériels et équipements hospitalier (lits d'hospitalisation, appareils de laboratoire...) ;
- des matériels et mobilier de bureaux (tables, chaises, armoires).

Pour son bon fonctionnement, le CNHUP-C dispose également de ressources financières

1-1-4-2 Ressources financières

Les ressources financières du Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie (CNHUP) de Cotonou proviennent de deux (02) sources : une source extérieure (allouées chaque année par l'Etat) et une autre intérieure (fonds propre du centre).

S'agissant des ressources allouées chaque année par l'Etat, elles concernent :

- les fonds du crédit délégués qui concourent à l'alimentation des malades, l'acquisition des fournitures de bureau, des réactifs de laboratoire, des matériels médicotechnique, la maintenance des équipements et du matériel roulant ;
- les fonds sanitaires des indigences (FSI) qui permettent au centre de prendre en charge systématiquement de nombreux malades mentaux raflés errants acheminés dans les Centre par les forces de sécurités, des malades mentaux

déposés au portail du Centre par les parents et les malades mentaux dont les parents sont définis de toute ressources financière : suppression par l'état du fonds sanitaire de l'indigence au cours de l'année 2016 et son remplacement par le fonds ARCH (Assurance Renforcement du Capital Humain) en 2017.

Quant aux ressources propres, elles proviennent des différentes prestations faites dans le centre à savoir : consultation médicale et paramédicale, contrôle médical, hospitalisation dans divers pavillons, les analyses para cliniques, les frais de cession de médicaments, de solutés et diverses autres prestations tarifiées.

Il faut rappeler l'aide précieuse des ONG, des donateurs et autres partenaires pour le bien-être social des pensionnés du centre.

1-1-4-3 Ressources humaines

Le CNHUP-C compte cinquante-deux (52) agents toutes catégories confondues : personnel médical, administratif, stagiaires et autre. Ces ressources sont composées de :

- deux (02) médecins psychiatres ;
- quatre (04) techniciens supérieurs en santé mentale ;
- deux (02) médecins en spécialités ;
- un (01) médecin généraliste ;
- quatre (04) psychologues cliniciens ;
- un (01) administrateur des finances ;
- un (01) infirmier diplômé d'Etat CAS/IDE ;
- trois (03) infirmiers et infirmières Brevetés d'Etat ;
- trois (03) aides-soignants et soignantes ;
- un (01) technicien de laboratoire niveau B ;
- deux (02) assistants sociaux ;
- trois (03) aides pharmaciens ;

- un (01) caissier ;
- une (01) opératrice de saisie ;
- deux (02) proposées Agents des services administratifs ;
- une (01) secrétaire des services administratif ;
- une (01) secrétaire ajointe des services administratifs ;
- deux (02) conducteurs des véhicules administratifs ;
- neuf (09) agents d'entretien et de service ;
- quatre (04) gardien/ portiers…

Le personnel médical travaille en grande collaboration avec les Médecins DES de psychiatrie (02), des Etudiants de la 4ème année de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS/UAC), des Etudiants Assistant sociaux de l'Ecole supérieure des Assistants Sociaux (ESAS/FSS), des Stagiaires en psychologie de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS/UAC), des Stagiaires éducateurs spécialisés de l'ISFES, des élèves Infirmiers d'Etat de l'Institut National Médico-Social (INMeS/UAC) et des stagiaires de destination étrangère (Français, Allemands, Canadiens, Anglais, etc.).

La présentation du cadre institutionnel étant faite, le déroulement du stage constitue l'étape suivante.

1-2 DEROULEMENT DU STAGE

Dans cette partie, il est question d'indiquer au niveau de chaque service du centre, les objectifs, les rôles assumés, la description des activités ou travaux effectués et les acquis du stage.

1-2-1 Service d'accueil-attente

Le service d'accueil-attente est chargé de l'accueil des patients, de l'organisation des consultations et des rendez-vous.

1-2-1-1 Les objectifs visés par ce service

Les objectifs à atteindre au niveau de ce service sont de :

- rassurer les malades pour qui, l'entrée dans le service psychiatrique constitue souvent un choc, un évènement impressionnant. Il faut donc les accueillir avec empathie et vivre l'esprit du malade ;
- organiser pour le patient une meilleure orientation suivant sa demande après la prise de contact ;
- aider et faciliter le remplissage des formalités administratives par la famille ou les accompagnateurs du patient pour que la consultation du malade ne soit pas retarder ;
- rassurer le patient pour qu'il ne se sente pas incarcérer et que dans le nouveau milieu où il entre, le conflit n'existe pas. Qu'il peut communiquer avec des gens prêts à l'écouter, à le comprendre tout en cherchant des solutions à ses difficultés afin que, avant de rencontrer le soignant, l'attente soit un moment de détente et de soulagement pour lui ;
- animer et organiser l'attente afin que le patient n'ait à aucun moment l'impression que l'emploi de temps de sa journée comporte des vides mais qu'il est là pour se soigner, qu'il n'y a pas une minute creuse dans sa journée et que tout est orienté pour une meilleure prise en charge;
- pour les malades venus en consultation, il faut rédiger et remettre au psychiatre ou au psychologue chargé de la consultation les fiches et documents comportant les informations sur le patient outres son l'identité et son numéro d'ordre.

Pour atteindre ces objectifs, des activités sont effectuées.

1-2-1-2 Les activités effectuées au niveau de ce service

Les activités menées au niveau de ce service pour atteindre les objectifs visés sont :

- préparer d'abord le cadre d'accueil (disposer les tables et chaises puis, les bancs en face des tables) afin de recevoir les nouveaux patients ou les personnes venues pour prendre des renseignements ;
- récupérer ensuite les reçus du RDV précédant chez les patients en attente dans la salle d'attente pour chercher leurs dossiers dans la salle des archives ;
- classer les- dits dossiers selon le traitant (les psychiatres ou psychologues) en charge de les recevoir ;
- transmettre les dossiers des patients aussitôt que les consultants entrent en salle de consultation ;
- commencer par introduire les patients un à un suivant l'ordre d'arriver ;
- prendre enfin, le reçu chez le patient au retour de la consultation afin de noter le prochain Rendez-vous dans les agendas des consultants.

Pour les patients venus pour la première fois en consultation, des renseignements préliminaires sont pris tels que : nom, prénom(s), date et lieu de naissance, situation matrimoniale, profession, personne à contacter en cas de besoin …sur une fiche élaborée à cet effet. Ils devront passer à la caisse et ensuite bien vouloir se patienter dans la salle d'attente bien équipée pour la cause avec une télévision.

Pour les patients en traitement à titre ambulatoire venus en Rendez-vous, après avoir retiré chez eux le reçu pris du Rendez-vous précédent, leurs dossiers sont cherchés dans la salle des archives et transmis aux consultants (psychiatre, médecin, psychologue…) en charge de les recevoir classés par ordre d'arriver.

Assis dans la salle d'attente, les patients et leurs accompagnateurs sont rassurés de temps à autre afin qu'ils n'aient à aucun moment l'impression qu'ils sont négligés mais qu'ils sont là pour se soigner et que tout est orienté pour une meilleure prise en charge.

1-2-1-3 Les rôles assumés à l'accueil et les acquis au sein de ce service

L'accueil étant comme le secrétariat, les rôles assumés sont :

- accueillir les patients et leurs accompagnateurs ;
- orienter les usagers du centre par rapport aux bâtiments ;
- organiser des Rendez-vous et assurer la réussite des consultations

Désormais, organiser un Rendez-vous professionnel, introduire les patients dans la salle de consultation, accueillir adéquatement et rassurer le patient venu en consultation, sont des acquis.

1-2-2 Service de psychothérapie

Le service de psychothérapie est celui qui s'occupe de l'aspect psychologique du processus de guérison des malades. Au niveau de ce service, des objectifs sont attendus ; des activités sont effectuées et des rôles assumés.

1-2-2-1 Les Objectifs du service de psychothérapie

Les objectifs de ce service sont de :

- maitriser les différents types de psychothérapie de soutien et les situations particulière de leur utilisation ;
- arranger le cadre, organiser et programmer des séances de psychothérapie ;
- connaitre et maitriser les techniques de psychothérapie de soutien individuelles, familiale, de groupe ;
- maitriser et mener à terme le déroulement d'une psychothérapie de soutien individuel, familiale ou de groupe ;
- sensibiliser les autorités, les familles et les patients sur l'existence et l'importance des psychothérapies à travers des écrits, articles ;
- Faire des recherches sur les équivalents de psychothérapie en médecine moderne et traditionnelle africaine.

1-2-2-2 Les activités effectuées au niveau du service de psychothérapie

Les activités effectuées sont de :

- préparer les lieux de psychothérapie
- organiser des séances de psychothérapie
- programmer des séances de psychothérapie.

Des rôles sont joués également au niveau de chaque service.

1-2-2-3 Les rôles assumés et les acquis du stage au niveau de ce service

Au niveau de ce service, notre rôle était de rassembler les patients pour l'atelier de réinsertion social et d'expression artistique qui se déroule tous les jeudis. Désormais, diriger un atelier artistique est le gain.

1-2-3 Service du pavillon d'hospitalisation

Le pavillon d'hospitalisation est constitué des salles d'hospitalisation reparties en blocs (A, B, C, D). Ainsi au niveau du bloc C, des objectifs sont également attendus, il y a aussi des activités menées et des rôles assumés.

1-2-3-1 Les objectifs attendus au niveau du bloc C du service du pavillon d'hospitalisation

Ces objectifs sont de :

- maitriser la rédaction de l'observation du psychologue clinicien ;
- déterminer les problèmes psychologiques des malades et des parents accompagnateurs ;
- élaborer à l'entrée avec les autres membres de l'équipe soignante un projet thérapeutique avec le malade et ses parents ;
- apprécier l'évolution de l'état psychologique des malades au cours de l'hospitalisation

- organiser et animer des séances de psychothérapie individuelle, familiale, de groupe et /ou individuelle, verbal ou non verbal ;
- sensibiliser les agents de la santé, les autorités, les populations sur la particularité des affections mentales et les lieux et méthodes de traitement.

1-2-3-2 Les activités effectuées au niveau du bloc C du service du pavillon d'hospitalisation

Les activités menées au niveau du bloc C sont :

- l'accueil des patients nouvellement hospitalisés et leurs accompagnateurs à travers un bref entretien afin de réussir la dédramatisation de l'évènement ;
- la rédaction de l'observation psychologique des malades ;
- la réalisation des entretiens journaliers avec les patients et / ou leurs parents à travers les tours de salles effectués tous les matins.

1-2-3-3 Les rôles assumés et les acquis au niveau du bloc C

Les rôles assumés sont multiples et variés.

Les patients hospitalisés dans les salles du bloc C sont visités chaque matin pour vérifier s'il y a d'amélioration clinique, si la prise des médicaments ou d'injections continue normalement ou s'il y a rupture de per-os. A cette occasion, les problèmes ou plaintes éventuels des patients sont recensés puis, le point est fait dans leurs dossiers respectifs. Ces exercices ont permis d'appliquer les techniques de la psychothérapie de soutien individuel ou de famille et de psychoéducation ; de faire l'entretien de sortir aux patients qui sont aptes à quitter le centre afin de s'assurer de la réinsertion sociale de ces derniers.

Au CNHUP-C il existe également des cas d'urgence d'où le service de consultation et d'urgence.

1-2-4 Pavillon de consultation et d'urgence

Le pavillon de consultation est le service qui reçoit les urgences et doté des salles de consultation. Comme dans tous les autres services, des objectifs y sont attendus ainsi que des activés et des rôles.

1-2-4-1 Les objectifs du pavillon de consultation et d'urgence

Les objectifs de ce service sont :

- accueillir le malade et les accompagnateurs venus en consultation ;
- connaitre la démarche clinique (analyse des symptômes, hypothèse, diagnostic) ;
- mener l'interrogatoire et l'entretien au cours de l'examen psychologique ;
- rédiger une observation du psychologue clinicien ;
- réaliser une psychothérapie de soutien individuel ou familiale ;
- suivre efficacement la prise en charge ambulatoire des patients ;

1-2-4-2 Les activités effectuées au niveau du service de pavillon de consultation et d'urgence

Les activités effectuées au niveau de ce service sont :

- l'organisation d'une salle de consultation du psychologue clinicien ;
- l'accueil en salle de consultation de la famille et des patients ;
- la maitrise de la démarche de psychologie clinique ;
- la rédaction d'observation de psychologue clinicien ;
- la prise en charge en psychothérapie de soutien.

1-2-4-3 Les rôles assumés et les acquis du stage

Plusieurs rôles sont assumés avant, pendant, et après la consultation.

Avant la consultation, il y a la préparation du cadre de consultation (salle de consultation) avant que le patient ne soit introduit. Pendant la consultation, le

discours du patient et/ou de ses accompagnateurs est noté. A la fin, le point du discours du patient et/ou de ses accompagnateurs est fait avec le psychiatre ou le psychologue afin de mettre en place les stratégies à adopter pour mieux venir en aide au patient et pour une meilleure prise en charge. Il faut donc, une bonne observation et analyse de la/les demande (s) consciente (s) du patient ; et déterminer celle (s) inconsciente(s).

Les acquis au niveau de ce service sont principalement, la maitrise de la méthodologie d'un entretien (psychologique et psychiatrique).

Des fois des malades qui échappent au contrôle de leur environnement immédiat sont ligotés et emmenés sous escorte familiale ou de la gendarmerie nationale ; ce sont les cas d'urgence.

1-2-5 Les urgences

Lorsqu'un patient est emmené en urgence, il faut chercher premièrement à connaitre les conditions d'installation de la symptomatologie, le motif de consultation. Ici, il ne s'agit pas de faire un entretien rigoureux mais juste les informations qu'il faut pour écarter l'urgence.

L'observation est dominante car les conditions dans lesquelles le patient est emmené en urgence sont très délicates pour son traitement puis rester vigilent car il y a des accompagnateurs qu'on n'aura pas forcement la chance de revoir une prochaine fois. Il faut donc en profiter et prendre leur discours sur le malade et de sa maladie.

Au CNHUP-C il existe des équipes soignantes de jour mais également de nuit. C'est à ce titre qu'interviennent les gardes.

1-2-6 Les gardes

Les gardes sont faites les soirs de 16h à 08h du lendemain matin. Les moments de garde ne sont pas consacrés aux consultations mais aux contrôles et aux poursuites des soins de la journée. C'est aussi un moment d'observation et de veille pour les éventuels cas d'urgences**.** Les gardes constituent de véritable moment d'apprentissage car elles permettent de toucher du doigt la réalité du métier tout en développant chez nous le sens de l'observation et celui de l'écoute afin de mieux gérer les urgences.

Outre l'objectif premier du centre qui est le traitement des malades mentaux, des troubles psychosociaux, le CNHUP-C a également comme but, de favoriser la recherche scientifique d'où les "staffs¨.

1-2-7 Les staffs

Les staffs sont des Rendez-vous scientifiques mis en place par le CNHU-HKM et le CNHUP-C auxquels prend part tout le personnel médical et paramédical et même des invités. Au cours de ces séances, des nouvelles situations cliniques (nouveaux patients) enregistrées au cours de la semaine ou celle précédente sont présentées par les étudiants en quatrième années de médecine sous la supervision d'un DES. A la suite de cette présentation, les étudiants en troisième années de psychologie clinique présentent l'analyse psychologique de la situation nouvelle. Chaque professionnel donne son alors avis afin de mieux prendre en charge le nouveau patient qui sollicite une aide. C'est un moment de débat scientifique, très riche au cours duquel, la jeune génération que nous sommes, avons d'importantes informations. Remarquons que les staffs se font les mardis 8h à 11h au CNHUP-C et les vendredis de 8h à 12h voir 13 h au CNHUP HKM et ce sont les étudiants stagiaires qui ont reçus le cas qui le présentent.

Outre les séances de staffs, des exposés se préparent aussi.

1-2-8 Les exposés

Dès les premiers jours du stage, des thèmes d'exposé sont mis à notre disposition. Il y a eu cinq thèmes très intéressants et capitaux pour notre formation que chacun a préparé avec beaucoup d'engouement. Lors de la présentation, le présentateur est soit un volontaire ou désigné ou même tiré au sort, comme ce fut mon cas. A la fin de la présentation, l'étudiant qui a présenté intègre les apports des uns et des autres puis produit un document qui est corrigé et accepté par le superviseur de l'exposé qui est souvent l'un des quatre psychologues cliniciens**.** Ces exposés nous ont permis de connaitre par exemple, les techniques de la psychothérapie de soutien, de connaitre ce que c'est que l'art et la thérapie et son importance dans le processus de guérison du patient. De même, nous avons assisté aux exposés des étudiants en quatrième année de médecine qui nous ont permis d'avoir beaucoup plus d'information sur la toxicomanie et même sur la confusion mentale.

En somme, le stage effectué au CNHUP-C pendant une durée d'un mois s'est révélé très intéressant, riche en activités et en connaissance. Ces activités ont permis d'acquérir des connaissances et des compétences utiles pour la pratique du métier.

Afin de se conformer aux exigences du système LMD, les étudiants en troisième année de psychologie clinique du département de psychologie et des sciences de l'éducation, devront réfléchir sur un problème d'ordre scientifique dénommé partie réflexion critique au cours de leur stage.

1-2-9 Les difficultés rencontrées

Toute recherche scientifique présente des difficultés qu'il faut surmonter pour produire un bon travail. Les difficultés majeures rencontrées au cours de cette recherches sont entre autres liées aux collectes des données car le thème de cette recherche parait inconnu et tabou pour la population. Il nous a donc été un peu difficile d'avoir des informations, et d'obtenir le témoignage des patientes.

Apres avoir développé la première partie consacrée au cadre institutionnel du stage notamment la présentation du Centre Hospitalier et Universitaire de psychiatrie de Cotonou et le déroulement du stage, il convient à présent d'aborder la deuxième partie qui met en exergue la réflexion critique.

DEUXIEME PARTIE :
REFLEXION CRITIQUE

2-1 Revue de littérature

Cette partie permet, dans le cadre de toute recherche de s'assurer au préalable de l'état des connaissances acquises sur le problème identifié. Elle est consacrée d'une part, à la clarification de certains concepts et expressions clés et d'autre part au point des connaissances antérieures sur les facteurs favorisant la psychose puerpérale et ses manifestations.

2-1-1 Post-partum

Le post-partum est une période de remaniement important et d'adaptation pour la jeune mère, autant dans cette nouvelle relation avec son bébé, que sur le plan familial, social, psychologique, hormonal et physique. La femme découvre simultanément et ajuste sa relation avec son bébé en s'adaptant à un nouveau statut social et familial. Cette situation exceptionnelle d'aménagement et de changement subtil peut révéler certaines fragilités psychiques. Si la grossesse est une période qui suscite peu de décompensation psychique grave, même chez des femmes ayant des antécédents de troubles psychiatriques aigus ou chroniques, au contraire le post-partum est une période à risque où la fréquence d'épisodes psychotiques est multipliée par dix (Ferreri et ***al.,*** 2002). Le risque est un accouchement sur 1000.

Le post-partum est une période où le risque de décompensation psychiatrique est majeur. Le risque de décompensation chez les femmes qui présentent des antécédents psychiatriques est 25 fois plus important durant le premier mois après l'accouchement. (Steine M. et ***al.,*** 2000).

L'appellation de psychose puerpérale que nous devons à l'auteur des premiers travaux consacrés à la « folie puerpérale » le Français, Esquirol (1819), lesquels seront repris et approfondis par Marcé (1862) est différente du baby blues ou de la dépression du post-partum. Il s'agit d'un trouble psychiatrique grave qui survient le plus souvent dans la semaine qui suit l'accouchement. Il se

caractérise par un état de confusion et de délire qui peut mettre en danger la mère, mais aussi son enfant.

La psychose puerpérale est une forme de psychose qui touche environ une femme sur mille, le plus souvent dans la semaine après son accouchement. La plupart du temps, il n'y a aucun signe annonciateur et les symptômes apparaissent très rapidement, de façon assez brutale, dans le premier mois qui suit l'accouchement. Elle concerne le plus souvent les femmes primipares, c'est-à-dire lors de leur première grossesse ; (Les experts ooreka, 2017).

Toujours selon les experts ooreka (2017), Ce trouble psychiatrique grave, provoque chez la femme qui vient d'accoucher, des délires ayant pour objet la naissance et la relation avec son bébé. Il peut débuter par un baby blues ou une grande fatigue, puis apparaît rapidement un état « confuso-onirique ».

2-1-2 Moments de manifestation et durée de la psychose puerpérale

Le temps exact d'apparition des symptômes après l'accouchement varie d'un auteur à autre. Elle débute durant les 4 premières semaines et dure au moins 6 mois après la naissance d'un enfant, voire un an.

Selon Protherose (1969), elle survient à six (6) semaines après l'accouchement et six 6 mois pour d'autres (Granville-Grossman, 1971), voire 1 an (da Silva et Johnstone, 1981). Les troubles peuvent persister jusqu'aux deux ans de l'enfant, si la crise n'est pas prise en charge.

Cette psychose, qui apparaît uniquement au moment du post-partum, ne nécessite la plupart du temps que quelques semaines de soins. Son évolution est assez bonne dans la plupart des cas à long terme et sans récidive. Cependant, elle nécessite une prise en charge spécialisée et une surveillance particulière, surtout dans les mois qui suivent l'accouchement et lors d'une prochaine

grossesse. Elle peut parfois devenir chronique même si les complications restent minoritaires, elle peut évoluer vers :

- une récidive dans 20 % des grossesses ultérieures ;
- une maladie maniaco-dépressive ;
- une schizophrénie ;
- une érotomanie ou une paranoïa

Mais souvent l'épisode n'aura pas de suite.

2-1-3 Les facteurs de risques ou les causes de la psychose puerpérale

La psychose puerpérale est multifactorielle c'est-à-dire qu'il n'existe pas une seule cause mais plusieurs.

D'après l'hypothèse émise par le français Louis Victor Marcé, dans ses travaux de recherche en 1862, le cycle menstruel et plus particulièrement la psychose menstruelle, pourrait avoir un lien avec la psychose puerpérale. Donc le changement hormonal ; Des études en génétique suggèrent qu'il existe un facteur héréditaire spécifique dans le développement de ce trouble, lié au 16^{e} chromosome. Ils en existent plusieurs d'autres telles que :

- la primiparité (première grossesse) dans 70 % des cas ;
- les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrie (troubles de l'humeur)
- les antécédents familiaux de psychose puerpérale ;
- une personnalité immature ;
- une grossesse non préparée ou non désirée ;
- la solitude et l'éloignement familial ;
- un accouchement difficile ;
- des antécédents de césarienne ou de mort périnatale ;
- des psychos traumatismes dans l'enfance. Selon (les experts ookara, 2017).

A cela s'ajoutent, d'après Steine M. et ***al., (***2000), d'autres facteurs tels que :

- âge supérieur à 30 ans ;
- accouchement difficile ;
- antécédent familial de schizophrénie ;
- antécédent personnel d'accès psychotique aigu ou bouffée délirante aigue;
- mauvaise situation socio-économique

La comparaison des femmes souffrants de psychose puerpérale dans les années 1980 et 1970 témoigne d'une grande stabilité du type de présentation clinique du trouble (Anis-ur-Rehman et al. 1990), ce qui pourrait être évocateur d'un déterminisme partiellement génétique, puisque les gènes sont immuables par définition, et moins exposés aux modifications amenées par le temps que le sont les facteurs environnementaux, culturels ou familiaux.

Les seuls facteurs de risque classiques non cliniques jusqu'ici étudiés semblent inclure le fait d'être primipare, seule, et d'accoucher par césarienne (Kendel *et al*., 1981 ; Kendell, 1985). Il est donc difficile de repérer les facteurs étiologiques les plus importants. La période du post-partum est évidemment un moment-clé, à la fois au niveau socio-événementiel, psycho-affectif et bio-hormonal.

Les événements de vie sont impliqués dans un grand nombre de troubles psychiatriques (Hardy et Gorwood, 1995) avec souvent un rôle révélateur plus que réellement étiologique. De fait, on retrouve chez les femmes souffrant de psychose puerpérale moins d'événements de vie stressants ou de difficultés par rapport aux femmes admises à l'hôpital pour d'autres raisons (Dean et Kendell, 1981). Les événements de vie stressants sont, dans une autre étude, plus souvent repérés dans les troubles thymiques non-psychotiques que dans les psychoses puerpérales semblent se distinguer des autres parturientes par plus d'attitudes positives à propos de leur grossesse, le fait d'avoir fait plus de préparatifs pour

l'enfant à venir, se plaindre de moins de problèmes somatiques et avoir moins de problèmes de logement.

Les modifications endocriniennes après l'accouchement (mais aussi la délivrance et l'allaitement) sont majeures, complexes et rapides. Le rôle majeur de la décroissance des hormones au décours de l'accouchement est une porte d'entrée à la recherche génétique, puisque la variabilité inter-individuelle de ces décroissances hormonales peut être, au moins en partie, dépendant de polymorphismes génétiques (au niveau de leur synthèse, libération ou régulation). Les nombreuses études portant sur l'axe hypothalamo-cortico-surrénalien (axe HPA) dans la dépression (à partir du lien repéré entre cortisol, stress et dépression) sont, par exemple, une manière de concevoir comment la période du post-partum est à risque. Par exemple, l'ACTH et le cortisol augmentent au moment du travail pour décroître dès la quatrième heure après l'accouchement (Steiner, 1979). Les hormones stéroïdes (progestérone et œstrogène), la prolactine, les hormones de l'axe thyréotrope (la TSH et la TRH) ou gonadotrope (FSH et LH) sont aussi bouleversées après l'accouchement, ce qui peut aider à comprendre en quoi cette période est aussi à risque biologique de pathologie psychiatrique (Steiner, 1979). Plus récemment, Wieck *et al.* ; (1991) ont retrouvé une association entre l'augmentation de la sensibilité des récepteurs une association entre l'augmentation de la sensibilité des récepteurs dopaminergiques au niveau hypothalamique et l'émergence de psychose puerpérale après l'accouchement. Cette hypersensibilité des récepteurs dopaminergiques pourrait être expliquée par l'effet psychotrope de l'œstrogène. Hamilton (1982), qui explique avoir réussi à prévenir toute psychose puerpérale par une prescription d'œstrogène prophylactique à 40 femmes considérées comme à haut risque, a certainement basé son hypothèse sur ces données. La description d'un cas de psychose de type puerpéral chez une femme après exérèse d'une molle hydatiforme ainsi que chez un homme transsexuel après

sevrage d'œstrogène (Mallet *et al.*, 1989) sont aussi en faveur d'un rôle-clé de l'œstrogène dans la psychose puerpérale.

Le poids des facteurs génétiques dans la maladie maniaco-dépressive bipolaire est connu et majeur, la psychose puerpérale partageant de manière vraisemblable une bonne part de cette vulnérabilité génétique. Contrairement aux épisodes bipolaires, les psychoses puerpérales se développent dans des circonstances fixées (l'accouchement), ce qui facilite la mesure et le repérage des facteurs non environnementaux, et donc génétiques. Des données plus directes sont maintenant accessibles pour mesurer le poids de ces facteurs génétiques dans la psychose puerpérale.

2-1-4 Manifestations de la psychose puerpérale

L'épisode psychotique en période post-partum a une incidence estimée à 0,2 % de la population. Dans la grande majorité d'entre eux (80 %), prédominent des troubles de l'humeur, qui seraient une décompensation dysthymique, d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques.

Ce trouble psychiatrique grave, provoque chez la femme qui vient d'accoucher, des délires ayant pour objet la naissance et la relation avec son bébé. Il peut débuter par un baby blues ou une grande fatigue, puis apparaît rapidement un état confuso-onirique qui associe :

- un état délirant centré sur la relation entre la mère et son enfant avec un risque d'infanticide (dans 4 % des cas) ;
- une confusion mentale et une obnubilation ;
- désorientation temporo-spatiale
- des hallucinations (visuelles, auditives ou cénesthésiques) ;
- des troubles de l'humeur (dépression ou épisode maniaque) avec un risque suicidaire (dans 5 % des cas) ;

- une grande fatigue, un amaigrissement, des troubles du sommeil ;
- une grande angoisse.

Le CNHUP-C est une référence en matière de prise en charge des malades mentaux où un bon travail est abattu pour donner satisfaction aux uns et autres. Plusieurs maladies mentales y sont traitées et parmi lesquelles figure la psychose puerpérale. Une maladie susceptible de mettre la vie de la jeune mère et de son nouveau-né en danger d'où l'importance de connaitre ses causes et ses manifestations afin de faciliter sa prise en charge.

2-1-5 PROBLEMATIQUE

Dans toutes les sociétés et particulièrement celles africaines, l'enfant a toujours occupé une place importante dans le couple. Elles y accordent une place toute particulière car il représente la relève. Des interrogations et regards accusateurs surviennent de tout part si après quelques mois de vie commune, des signes de grossesse ne se font pas remarqués chez la femme. Quand un couple ne peut pas concevoir, au regard des sociétés africaines, c'est la femme qui est automatiquement indexée c'est une épreuve qui met à mal son bonheur ; et le couple n'hésite pas à faire recours à toutes les méthodes (médicale, prières, alliances avec des divinités …). L'absence de l'enfant dans un couple cause plusieurs mésententes jusqu'à la dislocation parfois de certains couples. Dans la mentalité africaine, c'est une richesse dont le couple ne peut s'en passer. Cette citation de l'écrivain français Victor Hugo : « Lorsque l'enfant parait, le cercle de famille applaudit à grands cris. Son doux regard qui brille fait briller tous les yeux, et les plus tristes fronts, les plus souillés peut-être se déridents soudain à voir l'enfant paraitre, innocent et joyeux. » (Victor Hugo, 1831) démontre si bien la joie que représente l'enfant, le nouveau-né pour son entourage, sa famille et surtout pour cette femme qui a connu cette chance d'être mère. Autrement dit, l'aspiration de la majorité des femmes est donc de pouvoir concevoir.

Cependant, ce désir naturel, logique, d'avoir un enfant n'est pas un désir comme les autres. L'arrivée d'un enfant est toujours un bouleversement pour le couple, il change les comportements des parents, les états d'esprits et bien d'autres choses. Devenir mère n'est donc pas aussi simple qu'on le croit. Une grossesse n'est jamais anodine même pour celle qui en ont connu plusieurs et pour une primipare, c'est souvent une catalyse, nausées, fatigue, nouvel examens médicaux, insomnie, des interdits alimentaires, mouvements limités. Cet état inconnu chamboule le quotidien et bouleverse le corps mais beaucoup plus l'esprit. Ainsi donc, Certaines, avant ou après l'accouchement, sont assaillies par des idées bizarres, des pleures excessifs sans raison, des troubles de sommeil, d'autres se jugeant incompétentes, elles ne désirent pas s'occuper de leur enfant. Trois de ces manifestations sont aujourd'hui bien connues : le blues du post-partum, la dépression périnatale et la psychose puerpérale (Jacques Dayan, 2016).

En réalité, la période après accouchement est un moment sensible pour les parturientes. Cette situation exceptionnelle d'aménagement et de changement subtil peut révéler certaines fragilités psychiques (Ferreri et al., 2002). Mais plusieurs facteurs entrent en jeu dans la survenue et les manifestations de ce type de maladie dont nous devons l'appellation de psychose puerpérale à l'auteur français Esquirol (1819). C'est un phénomène qui pourrait paraitre bizarre et non compréhensible lorsqu'on sait que l'attachement entre une mère et son enfant et particulièrement un nouveau-né est important. La psychose puerpérale est considérée comme une urgence psychiatrique qui nécessite une prise en charge spécialisée immédiate dès l'apparition des premiers symptômes. À cause du risque d'infanticide et de suicide, une hospitalisation, de préférence dans une unité mère-bébé, est nécessaire pour protéger la mère et son enfant (Les experts ooreka, 2017). Si l'on songe qu'une psychose puerpérale pour avoir été mal ou non traitée, peut passer à la chronicité ou laisser une cicatrice sensible, si l'on

pense à la menace qu'elle peut faire peser non seulement sur l'avenir de la femme mais aussi sur celui de l'enfant, si l'on se rappelle en effet quelle importance les premières relations avec la mère prennent dans le développement affectif et psychique de l'enfant, on mesure le prix qu'il convient d'attacher à la guérison complète des psychoses puerpérales (Patricia Cailliez, 2008).

Bien qu'elles soient relativement rares, chacune d'elles engage l'avenir d'une femme généralement jeune et souvent aussi de toute une famille. Ce qui nous amène à nous intéresser à ses facteurs de risque et manifestions.

Quelles sont alors les causes et les manifestations de la psychose puerpérale ? Telle est la principale interrogation de cette recherche qui se décline en deux (02) questions de recherche :

- Quelles sont les causes majeures de la psychose puerpérale ?
- Comment se manifeste la psychose puerpérale ?

Pour répondre à ces interrogations, des hypothèses ont été formulées.

2-1-1 Hypothèses de travail

Afin de répondre aux questions que je me suis posées, j'ai formulé les hypothèses suivantes :

- la primiparité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne ou de mort périnatale, influencent la survenue de la psychose puerpérale ;
- une insomnie totale, une grande angoisse, une confusion mentale et le délire constituent les manifestations de la psychose puerpérale.

Pour vérifier ces hypothèses, des objectifs de travail ont été définis.

2-1-2 Objectifs de recherche

Les objectifs de l'étude ont été fixés par rapport aux problèmes à résoudre et se déclinent en général et en spécifiques.

2-1-2-1 Objectif général

Il s'agit d'étudier les causes et les manifestations de la psychose puerpérale

2-1-1-2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques dans le cadre de ce travail sont de :

- identifier les facteurs majeurs de risque prédisposant à la psychose puerpérale.
- décrire les manifestations de la psychose puerpérale

Pour atteindre ces objectifs et vérifier les hypothèses, une approche méthodologique est suivie dans le cadre de cette recherche.

2-2 APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

La démarche suivie pour ce travail repose sur les méthodes de collecte des données, leur traitement et l'analyse des résultats.

2-2-1 Méthode et technique d'échantillonnage

Dans cette partie il s'agit d'aborder la population mère et l'échantillonnage de l'étude.

2-2-1-1 Population d'étude

La population mère de cette recherche est constituée de l'ensemble des patientes du CNHUP-C ayant au moins un enfant, qui sont surtout à leur premier geste et présentant au moins cinq symptômes parmi ceux de la maladie qui fait l'objet de cette réflexion. Ainsi donc, on a fait l'étude sur les cas dénommés ''situation clinique'' de deux patientes.

2-2-1-2 Echantillonnage de l'étude

Les groupes ciblés sont constitués essentiellement des patientes, leurs accompagnateurs naturels et autres patients venus pour des consultations. Les psychologues ont été aussi mis à contribution dans cette recherche.

Les enquêtes ont eu lieu pour la plupart du temps au CNHUP de Cotonou. La population enquêtée provient entre autres du bloc d'hospitalisation C de l'unité de soins d'urgence psychiatrique. La technique d'échantillonnage est celle du choix raisonné. Le choix des personnes interrogées repose sur les critères suivants :

- être âgé de 18 ans et plus ;
- avoir au moins un enfant ;
- avoir séjourné au CHNUP de Cotonou en qualité de patiente ;
- être une accompagnatrice ou un accompagnateur de la patiente.

Dans le cadre de cette recherche, deux situations cliniques ont été mis en exergue. Cela reste donc consécutif aux deux cas cliniques enquêtés. Ces cas ont été complétés par les accompagnateurs dont les avis ont été très utiles dans l'analyse des résultats.

Au total, soixante-six (66) acteurs ont été enquêtés. Leur répartition est présentée dans le tableau suivant.

TABLEAU I : Répartition de l'échantillon

Groupes cibles	Nombres enquêtés
Patientes hospitalisées	**02**
Accompagnateurs des patientes hospitalisées	**05**
Autres patientes venues en consultation	**17**
Accompagnateurs des autres patientes venues en consultation	**38**

Psychologues	**03**
Médecin généraliste	**01**
Total	**66**

Source : Résultats des enquêtes, juin 2017

De ce tableau, il ressort que soixante-six personnes ont été enquêtées. Il s'agit de deux (2) patientes hospitalisées, de cinq (5) accompagnateurs des patientes hospitalisées, de dix-sept (17) autres patientes venues en consultation, de trente-huit (38) accompagnateurs des autres patientes venus en consultation, de trois (3) psychologues et d'un (1) Médecin généraliste.

Pour l'exercice de collecte de données, des techniques sont utilisées.

2-2-2 Techniques et de collecte des données

Les techniques de collecte de données sont tous les moyens qui nous ont permis d'avoir des informations et de collecter des données qualitatives et quantitatives.

2-2-2-1 Technique de collecte des données quantitatives

Cette partie regroupe l'observation directe, la recherche documentaire et l'entretien. Ce sont les méthodes utilisées au début de notre enquête.

- **Observation directe**

Cette technique s'est révélée très intéressante pour le début de nos enquêtes puisque c'est sur elle que sont essentiellement basées nos recherches.

- **Recherche documentaire**

A travers la recherche documentaire, j'ai consulté un certain nombre de documents à savoir ; rapports et mémoires allant dans le sens de notre thème. Nous avons également consulté des documents dans plusieurs autres centres de documentation comme le centre de documentation du CNHUP-C, les archives

du CHNUP-C. Enfin, des ressources électroniques (internet) ont été utilisées. Ce qui a permis la réalisation de la revue de littérature.

- **Entretien**
  - A l'aide d'un guide d'entretien, des entrevus ont lieu avec quatre psychologues cliniciens, un médecin généraliste du CNHUP-C qui ont été rencontrés individuellement et selon leur disponibilité. Un questionnaire a été également conçu dans le cadre de cette recherche et administré à 46 enquêtés. Il renseigne d'abord sur les informations générales (Situation matrimoniale, sexe, nombre d'enfant) des enquêtés. Puis des questions ordonnées et hiérarchisées en première partie (causes de la psychose puerpérale) et en seconde partie (Manifestations de la psychose puerpérale). Car le but est d'avoir des réponses précises et concises sur le sujet. Cette méthode nous a permis de faire la moisson des informations très riches.

2-2-2-2 Outils de collecte des données quantitatives

Pour donner plus de poids et de crédibilité à ce travail, deux situations cliniques sont présentées.

2-3 RESULTATS DE LA RECHERCHE

Dans cette rubrique, nous allons présenter au premier abord la revue littéraire, ensuite présenter les deux situations cliniques.

2-3-2 Présentation des résultats de terrain et des situations cliniques

Dans cette partie, il sera question de présenter d'abord les résultats issus du questionnaire, ensuite le tableau clinique de la psychose puerpérale et enfin la présentation des cas cliniques proprement dit.

2-3-2-1 Présentation des résultats de terrain

Cette partie est constituée de la Présentation et de l'analyse des données relatives au problème spécifique n°1 et n°2 et le Tableau clinique de la psychose puerpérale

- **Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°1**

Le tableau II donne la présentation des résultats issus du questionnaire. Le pourcentage (%) est calculé en faisant l'effectif de chaque variable sur l'effectif total qui est devenu 46 au lieu de 66 car 20 enquêtés ne connaissent pas ce que c'est que la psychose puerpérale.

Tableau II: Causes de la psychose puerpérale

Variables	Effectifs	Proportion (%)
La primarité	14	30,437
les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique	12	26,086
Des antécédents de césarienne (Un accouchement difficile) ou de mort périnatale	10	21,739
La solitude et l'éloignement de la famille	06	13,043
Mauvaise situation socio-économique	02	4,347
Autres	02	4,347
Total	46	100

Source : résultats des enquêtes, juin 2017

Il ressort de ce tableau, qu'une grande partie de l'échantillon affirment que la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne (Un accouchement difficile) ou de mort périnatale

sont les causes principales de la psychose puerpérale avec des proportions respectives 30,437 % , 26,086, 21,739 Ensuite, viennent la solitude et l'éloignement de la familial, une mauvaise situation socio-économique et autres avec des proportions respectives suivantes 26,086%, 21,739%, 13,043%, 4,347%, 4,347%.

- **Présentation et analyse des données relatives au problème spécifique n°2**

Tableau III: Manifestations de la psychose puerpérale

Modalité	Effectifs	Proportions (%)
Insomnie	13	28,260
Une grande angoisse (anxiété)	11	23,043
Confusion mentale (les hallucinations)	8	17,39
Le délire (Sentiments de dévalorisation)	6	13,043
Trouble de mémoire et de perception	4	8,695
Obnubilation	2	4,347
Un amaigrissement	2	4,347
Total	46	100

Source : résultats des enquêtes, juin 2017

D'après le tableau ci-dessus, 28,260% des enquêtés affirment que la psychose puerpérale se manifeste par une insomnie totale, 23,043% pensent qu'elle se manifeste par une grande angoisse, 17,39% pensent à la confusion mentale, 13,043% au délire, 8,695% à un trouble mémoire et de la perception, puis un effectif de 4,347% pensent à obnubilation et à un amaigrissement.

- **Tableau clinique de la psychose puerpérale**

On note des signes avant-coureurs, comme par exemple des pleurs ou de la fatigue durant les trois premiers jours qui suivent l'accouchement. Puis tout à coup apparaîtront la confusion, l'obnubilation ainsi qu'une angoisse majeure. La femme aura des troubles de la mémoire et de la perception, alternés avec des périodes plus calmes. Après la confusion, surviendra le délire, qui s'installera avec des hallucinations auditives et visuelles. Les thèmes du délire sont centrés sur la relation mère/enfant, avec négation de la maternité, propos sinistres, voire lugubres. Les risques sont alors des conduites pathologiques comme le suicide ou l'infanticide.

Une fois passé l'état de crise, l'évolution est assez bonne sur le long terme. Si la chronicisation est possible, bien souvent l'épisode n'aura pas de suites.

Deux cas cliniques ont été rencontrés lors du stage

2-3-2-2 Situation clinique n°1

Il s'agit d'une patiente primipare

❖ **Identité**

- **Nom :** A.B
- **Age :** 19 ans
- **Sexe :** féminin
- **Domicile :** Porto-Novo
- **Profession :** couturière
- **Religion :** catholique
- **Ethnie :** fon
- **Etat civil :** mariée avec un enfant
- **Date d'admission :** 05/07/17
- **Mode d'entrée :** sous escorte familiale

- **Motif de la consultation :** Patiente conduite ce jour en urgence par ses parents (oncle, épouse de l'oncle, son grand frère) pour :
- **Symptomatologies présentées :** insomnie totale, délire, absence de notion du temps tentative de fugue, scène de nudité, des hallucinations (visuelle et auditive).

❖ **Anamnèse**

Le début de la symptomatologie remonte à cinq (05) jours avant son admission au CNHUP-C par des symptômes cités ci-haut à savoir : insomnie totale, tentative de fugue, scène de nudité, des hallucinations (visuelle et auditive). Devant ces symptômes une automédication aurait été faite à travers l'administration d'halopéridol. Ce qui aurait donné satisfaction à la patiente pendant quelque temps. Mais les symptômes seraient amplifiés par le refus de prise de médicament ; ce qui aurait motivé ses parents à l'emmener au CNHUP-C.

❖ **Traitements antérieurs**

Devant cette symptomatologie, sur conseil d'un médecin, les parents lui ont fait prendre un comprimé de halopéridol 5 mg par jour suite au quel, il aurait eu une amélioration. Mais la crise s'est ensuite amplifiée par un refus de prise du médicament. Ce qui les a motivés à l'emmener en consultation.

❖ **Antécédents :**

➢ **Personnels :**

Médicaux, Chirurgicaux, Judiciaires, Psychiatriques sont sans particularités

➢ **Obstétrique :** césarienne (la patiente aurait accouché par césarienne)

- **Familiaux :**

Médicaux, Psychiatrique : sa mère aurait présenté des troubles psychiatriques et serait décédé dans la période avec une symptomatologie non précisée.

La majorité de ses oncles maternels aurait souffert de trouble psychiatrique.

- **Les demandes**
  - **Demande consciente de la patiente :** être guérie de ses symptômes
  - **Demande inconsciente de la patiente :** retrouver une bonne relation avec son nourrisson.
- **Diagnostic retenu**

Ce tableau clinique présenté nous fait penser à la psychose puerpérale.

- **Conduite tenue**

La conduite tenue est essentiellement :

- Prise en charge en hospitalisation
- Entretien motivationnelle
- Psychothérapie de soutien à la patiente et à sa famille
- Psychoéducation
- Prise en charge médicamenteuse (neuroleptiques et anxiolytiques)

Une analyse psychologique est proposée afin de comprendre l'installation de la maladie chez la patiente A.B

2-3-2-2-1 Essai d'Analyse Psychologique n°1

L'évolution de l'être humain passe par plusieurs étapes avec la satisfaction de besoins spécifiques comme l'a si bien démontré Maslow A. dans sa pyramide des besoins en 1943.

Ainsi à une étape de l'existence humaine, l'Homme sent le besoin de se marier et le fruit attendu dans un couple est bien évidemment la naissance d'un enfant. Qui constitue une source de joie et d'allégresse.

La patiente A.B. a connu cet évènement heureux qui était en plus son premier geste. Remarquons que la patiente n'est pas parvenue à intégrer cette nouvelle situation à sa réalité.

Ne serons-nous pas en présence d'un sentiment de dévalorisation ?

L'accouchement serait –il le seul facteur déclenchant l'état actuel de la patient A.B. ? En effet, sept mois (07) après l'accouchement de sa fille, la patiente A.B. aurait commencé par présenter des symptômes tels que : insomnie totale, tentative de fugue, scène de nudité, des hallucinations (visuelle et auditive). Face à ce tableau clinique, couplé avec sa situation de parturiente, le diagnostic posé est la psychose puerpérale.

A travers le sens donné aux faits, l'on cherche à savoir le fonctionnement psychique de la patiente A.B. Cela se fera en cherchant d'abord le type de personnalité qu'elle pourrait avoir. On remarque chez notre patiente :

- un manque de confiance qui se note dans ses propos « pourrai-je être une bonne mère ? » « non, je ne pourrai jamais y parvenir »
- sa difficulté relationnelle : la patiente a de difficulté à ajuster sa relation avec son nouveau-né. Devant cette description et sous réserve d'un test de personnalité, nous pouvons dire que A.B. est de personnalité d'allure Borderline (limite).

Il convient donc de chercher la nature du conflit.

La principale préoccupation de la patiente est de pouvoir être à la hauteur de cette tâche.

Ses hallucinations portent le plus souvent du temps sur sa relation avec son enfant. On pourrait donc penser à travers ces propos que le conflit est de nature psychotique.

Décider de mettre des enfants au monde est un désir mais s'en occuper, est un devoir. Ainsi, dans le contexte africain et particulièrement au Bénin, l'accouchement est un évènement heureux et lorsque les parents n'assument pas leur responsabilité, cela est très mal jugé par l'opinion publique.

Dame A.B n'est pas la seule patiente à présenter dans le cadre des situations clinique.

2-3-2-3 Situation clinique n°2

- **Identité**
  - **Nom :** D.T
  - **Age :** 25 ans
  - **Sexe :** féminin
  - **Domicile :** Cotonou
  - **Profession :** ménagère
  - **Religion :** catholique
  - **Ethnie :** goun
  - **Etat civil :** célibataire avec un enfant
  - **Date d'admission :** 16/11/16
  - **Mode d'entrée:** sous escorte familiale et de la GNSP
  - **Motif de la consultation :** Patiente conduite ce jour en urgence par ses parents et la gendarmerie et donc contre son gré pour:
  - **Symptomatologie présentée :** trouble de comportement, propos incohérents, hallucination (visuelle et auditive), insomnie totale, confusion mentale, obnubilation.

❖ **Anamnèse**

Le début de la symptomatologie remonterait à deux jours avant son admission au CNHUP-C donc trois mois après l'accouchement de sa fille, par des troubles de comportement, propos incohérent. La persistance de ces symptômes auxquels s'ajoutent ce jour, des hallucinations auditives et visuelles, une insomnie totale et une agitation psychomotrice a motivé ses parents avec l'aide de la gendarmerie.

❖ **Traitements antérieurs**

Non précisés

❖ **Antécédents**

➢ **Personnels**

Médicaux, Chirurgicaux, Judiciaires, Psychiatriques : sont sans particularités

Obstétrique : césarienne (la patiente aurait accouché par césarienne)

➢ **Familiaux :** RAS

❖ **Les demandes de la patiente**

➢ **Demande de la patiente consciente :** être guérie de ses symptômes

➢ **Demande inconsciente de la patiente :** retrouver une bonne relation avec son nourrisson.

❖ **Diagnostic retenu**

Le tableau clinique que présente la patiente ressemble à celui de la psychose de la période du post partum.

❖ **Conduite tenue**

- Prise en charge en hospitalisation
- Psychothérapie de soutien à la patiente et à sa famille

- Psychoéducation.

Une analyse psychologique est proposée afin de comprendre l'installation de la maladie chez la patiente A.B

2-3-2-3-1 Essai d'Analyse Psychologique n°2

L'enfant était l'accomplissement de l'amour dans le couple, sa venue est source de joie et d'allégresse.

La patiente D.T. a eu la chance de connaitre cet heureux évènement qui n'a pas apparemment apporté l'effet escompté. La patiente n'est pas parvenue à intégrer cette nouvelle situation à sa réalité.

L'accouchement serait –il le seul facteur déclenchant l'état actuel de la patiente D.T. ? En effet, trois mois (03) après l'accouchement de sa fille, la patiente D.T. aurait commencé par présenter des symptômes tels que : insomnie totale, propos incohérents, agitation psychomotrice, tentative de fugue, des hallucinations (visuelle et auditive). Face à ce tableau clinique, couplé avec sa situation de parturiente, le diagnostic posé est la psychose puerpérale.

L'on cherche alors à connaitre le fonctionnement psychique de la patiente D.T. Cela se fera en cherchant d'abord le type de personnalité qu'il pourrait avoir. On remarque chez notre patiente :

- une faible estime de soi qui se note dans ses propos « pourrai-je être une bonne mère ? » « non, je ne pourrai jamais y parvenir » ;
- sa difficulté relationnelle : la patiente a de difficulté à ajuster sa relation avec son nouveau-né. Devant cette description et sous réserve d'un test personnalité, nous pouvons dire que A.B. est de personnalité d'allure Borderline (limite).

Il convient donc de chercher la nature du conflit.

La principale préoccupation de la patiente est de pouvoir assurer son devoir en tant mère.

Nous pouvons bien le cerner dans ses propos : « tout ce que je veux, c'est d'être une bonne mère » on pourrait donc penser à travers ces propos que le conflit est de nature psychotique.

2-3-2-2 Vérification des hypothèses

Il s'agira d'apprécier la véracité de nos hypothèses

L'analyse des résultats du terrain, la vérification des hypothèses et la formulation de quelques recommandations font l'objet de ce dernier chapitre.

2-3-2-2-1 Analyse des données relatives à l'hypothèse 1

A partir des résultats de nos enquêtes, on remarque que la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne (Un accouchement difficile) ou de mort périnatale sont les causes principales de la psychose puerpérale avec des proportions respectives de 30,437%, 26, 086%, et 21,739 %.

Des situations cliniques présentées, il découle que les deux patientes sont toutes des primipares. Ensuite la première patiente (A.B) à des antécédents familiaux de maladie psychiatrique et pour finir, elles ont toutes accouchées par césarienne et nous n'avons pas remarqué la présence des époux de toute la durée de leur hospitalisation. Enfin, aucunes deux parturientes n'a une autonomie financière et n'exerce encore aucune activité génératrice de revenu.

- En présence de toutes ces données et en se basant sur l'étude de Robertson et Coll (2006) notre hypothèse qui stipule que **la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de**

césarienne (un accouchement difficile) ou de mort périnatale, influencent la survenue de la psychose puerpérale est donc vérifiée.

2-3-2-2-2-Analyse des données relatives à l'hypothèse 2

Des résultats de nos enquêtes, les symptômes dominants de la manifestation de la psychose puerpérale sont faits d'une insomnie totale, une grande angoisse, une confusion mentale, un délire avec des proportions respectives 28,26%, 23,04%, 17,39%, 13,04%. Des, situations cliniques présentées, on remarque que, les symptômes que présentaient les patientes à la date de leur admission au centre CNHUP-C étaient en partie faits de : trouble de comportement et d'humeur, propos incohérents, hallucination visuelle et auditive, insomnie totale, agressivité, tentative de fugue, scène de nudité, obnubilation, une activité délirante, désorientation temporo-spatiale, etc.

Par ailleurs, pendant l'hospitalisation, nous avons noté un amaigrissement (perte de poids), une l'inappétence, des propos de culpabilité, une faible estime de soi chez les patientes.

Aussi, il faut préciser que les symptômes retrouvés tant chez la première que chez la seconde sont : insomnie totale et les hallucinations (visuelle et auditive), anxiété, délire, obnubilation, désorientation temporo-spatiale. Ces symptômes couplés avec le tableau clinique de la psychose puerpérale nous permettent de valider notre seconde hypothèse et de retenir que**, une insomnie totale, une grande angoisse, une confusion mentale et le délire** sont les grandes manifestations de la psychose puerpérale.

2-4 DISCUSSION

La réflexion scientifique a porté sur les facteurs de risque de la psychose puerpérale.

Il s'agit d'un thème intéressant car repris par de nombreux auteurs et très riche en revue littéraire.

Au terme de la recherche, les causes majeures trouvées sont : la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne ou de mort périnatale. Plusieurs auteurs sont allés dans le même sens. Au nombre des quels figure Esquirol (1819), Ferreri et ***al.,*** (2002), Stein et ***al.,*** (2000) qui ont abordé des sujets similaires à celui consacré à cette recherche. Ils ont également trouvé plusieurs causes à la psychose puerpérale qui sont entre autres, la primiparité (première grossesse) dans 70 % des cas, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrie (troubles de l'humeur), les antécédents familiaux de psychose puerpérale, une personnalité immature, une grossesse non préparée ou non désirée, la solitude et l'éloignement familial, un accouchement difficile, des antécédents de césarienne ou de mort périnatale, des psychos traumatismes dans l'enfance et antécédent familiale de schizophrénie, antécédent personnel d'accès psychotique aigu ou bouffée délirante aigue, mauvaise situation socio-économique.

D'autres auteurs ont même classés ces facteurs de risque selon qu'ils soient psychologiques, sociales ou biologiques, sociodémographiques. Les auteurs concernés sont Kendel (1981), les experts Ookara (2017), Nager (2005) et Marcé (1862).

- Concernant les manifestations de la psychose puerpérale, jusqu'à présent il n'existe pas de tableau clinique typique ou de référence. Les manifestations sont différentes d'une étude à autre mais les différents tableaux cliniques

associés à la psychose puerpérale ont en commun une humeur particulière, dépressive, maniaque ou mixte, des périodes de stupeur anxieuse, des idées délirantes contrées sur le nourrisson. Remarquons que, les scènes de nudité, et l'incurie découvertes chez les patientes lors de cette recherche ne figurent nulle part dans les travaux lus des autres auteurs.

Il est recommandé de faire quelques suggestions à la structure d'accueil pouvant l'aider à mieux atteindre ses objectifs et ameliorer son travail.

2-5 SUGGESTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE

Nous ferons dans un premier temps des propositions et donner ensuite les voies et moyens de les réaliser.

2-5-1 Suggestions

Dans le souci d'aider le CNHUP-C à améliorer le cadre de la structure d'accueil et la prise en charge des patients, nous suggérons quelques approches de solution qui vont à l'endroit de la Direction Générale et du personnel de santé. Il s'agit de :

- rendre le centre plus propre et agréable parce que la santé c'est aussi garder sain le cadre de vie ;
- séparer le bloc d'hospitalisation des patientes de celui des patients ;
- impliquer les maris des patientes souffrant de la psychose puerpérale dans le processus de prise en charge ;
- faire des sensibilisations sur les risques de la maladie.

Pour mettre en œuvre ces suggestions quelques conditions de mise en œuvre sont proposées

2-5-2 Conditions de mise en œuvre

Pour mettre en œuvre ces suggestions, il faut :

- recruter des agents d'entretien surtout pour les toilettes et exiger à ce que chaque patient participe au nettoyage de son cadre de vie plus ou moins temporaire. Et faire un suivi régulier ;
- chercher de partenariat avec des ONG surtout pour des aides matérielles et financières ;
- mettre en place un staff rien que pour s'occuper de cet aspect ;
- organiser des conférences et expliquer aux populations, des risques liés à la maladie.
- mettre à disposition des maternités, le protocoles de soins et de surveillance concernant la prise en charge des patientes à risque de décompensation psychiatrique dans le post-partum ;
- assurer une meilleure diffusion des informations concernant les pathologies psychiatrique puerpérale chez les professionnels impliqués : psychiatres, obstétriciens médecin généraliste, infirmières, sage-femme, travailleurs sociaux, … la population en générale
- recueillir systématiquement les antécédents psychiatriques personnels et familiaux chez les femmes lors de leur suivi de grossesse et de leur entrée en maternité.

Cette dernière partie a fait l'objet d'un sujet de réflexion scientifique qui a porté sur les causes et manifestations de la psychose puerpérale. Plusieurs causes ont été identifiées et des manifestations sont multiples. Des suggestions ont été faites avec les conditions de mise en œuvre.

CONCLUSION

La maternité est une période fondamentale dans la vie d'une femme : le corps se modifie et l'esprit se structure. Un accouchement, bien que ne se déroulant pas de la même manière chez toutes les femmes, possède un grand nombre de facteurs communs, tel le bouleversement familial lié à l'arrivée d'un nouveau membre, la modification de responsabilité pour les deux jeunes parents, mais aussi les changements majeurs au niveau bio-hormonal chez la mère, en relation avec l'accouchement, la délivrance et l'allaitement s'il existe. Cette épreuve peut être heureuse et enrichissante, mais elle est aussi une source de stress majeure surtout pour certaines jeunes mères qui n'arrivent pas à s'adapter à la nouvelle situation. C'est ainsi que cette recherche s'est penchée sur la question des causes et manifestations de la psychose puerpérale chez les patientes du CNHUP-C.

Cette recherche a pour objectif d'identifier les causes et manifestations de la psychose puerpérale chez les patientes hospitalisées au CNHUP-C. Il ressort de l'analyse des informations recueillies que la primarité, les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrique, des antécédents de césarienne ou la mort périnatale sont les principales causes de la psychose puerpérale**.** Les manifestations majeures sont : l'angoisse, la confusion mentale et le délire. Le post partum est la période de haut risque de décompensations psychotiques. Ses répercussions multiples sur l'environnement de la femme sont importantes et rendent la prévention et le dépistage essentiels. La sage-femme, par sa présence aux différentes étapes de la grossesse, de la naissance et du post partum y a un rôle primordial. L'observation clinique du couple mère-enfant, fondement du dépistage.

le post partum, pour qu'il soit vécu positivement par tous et surtout par la jeune mère, il faut qu'elle s'entoure d'un réseau d'aide pendant la grossesse, mais surtout pour le retour à la maison (famille, amis…) ; parler de ses angoisses, de sa fatigue, ou de sa déprime, avec son médecin traitant, son pédiatre, ou une sage-femme ; ne pas rester seule ; prendre du temps pour soi, faire des siestes, se reposer ; pratiquer des activités relaxantes comme la méditation, la relaxation, la sophrologie, le yoga ou encore se faire masser.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. BROCKINGTON, I., (1998). Post-partum depression: causes and consequences. Pp 155-159.
2. CAILLIEZ, P., (2008). Psychose du post-partum : les enjeux actuels, p25 et p28
3. DA SILVA. L., JOHNSTONE, E., (1981), A follow-up of severe puerperal psychiatric illness. British Journal of Psychiatry, pp: 346-354.
4. DAYAN, J., (2016), baby bleue. Presse universitaire de France-PUF, p 7
5. FERRERI, M., NUSS P., (2002), confrontation en psychiatrie. Département de psychiatrie et de psychologie médicale. Hopital saint Antoine.Pari.FRA, n° 43, pp 175-181.
6. GORWOOD, P., KESSELER, V., (2002), la psychose puerpérale : un modèle du concept de vulnérabilité génétique ? . Dans devenir, pp 17-26.
7. GRANVILLE-GROSSMAN, K., (1971), Post-partum mental disorders in: Recent Advances in Clinical Psychiatry (Ed. K Granville-Grossman), pp. 300-305.
8. HAMILTON, J., (1982) The identity of postpartum psychosis: Motherhood and Mental Illness. Academic Press, pp. 10-14.
9. HARDY, P., GORWOOD, P., (1995), Les événements de vie : Les maladies dépressives. Médecine-Sciences – Flammarion. Paris, pp. 325-327.
10. KENDELL, R., (1985), Emotional and physical factors in the genesis of puerperal mental disorders, Journal of psychosomatic Research, pp 8-11
11. KENDELL, R., RENNIE, D., CLARKE, J., DEAN, C. (1981), The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium ». Psychological Medicine, pp 341-350.

12. MASLOW,A., (1943), besoins de la pyramide 4 .

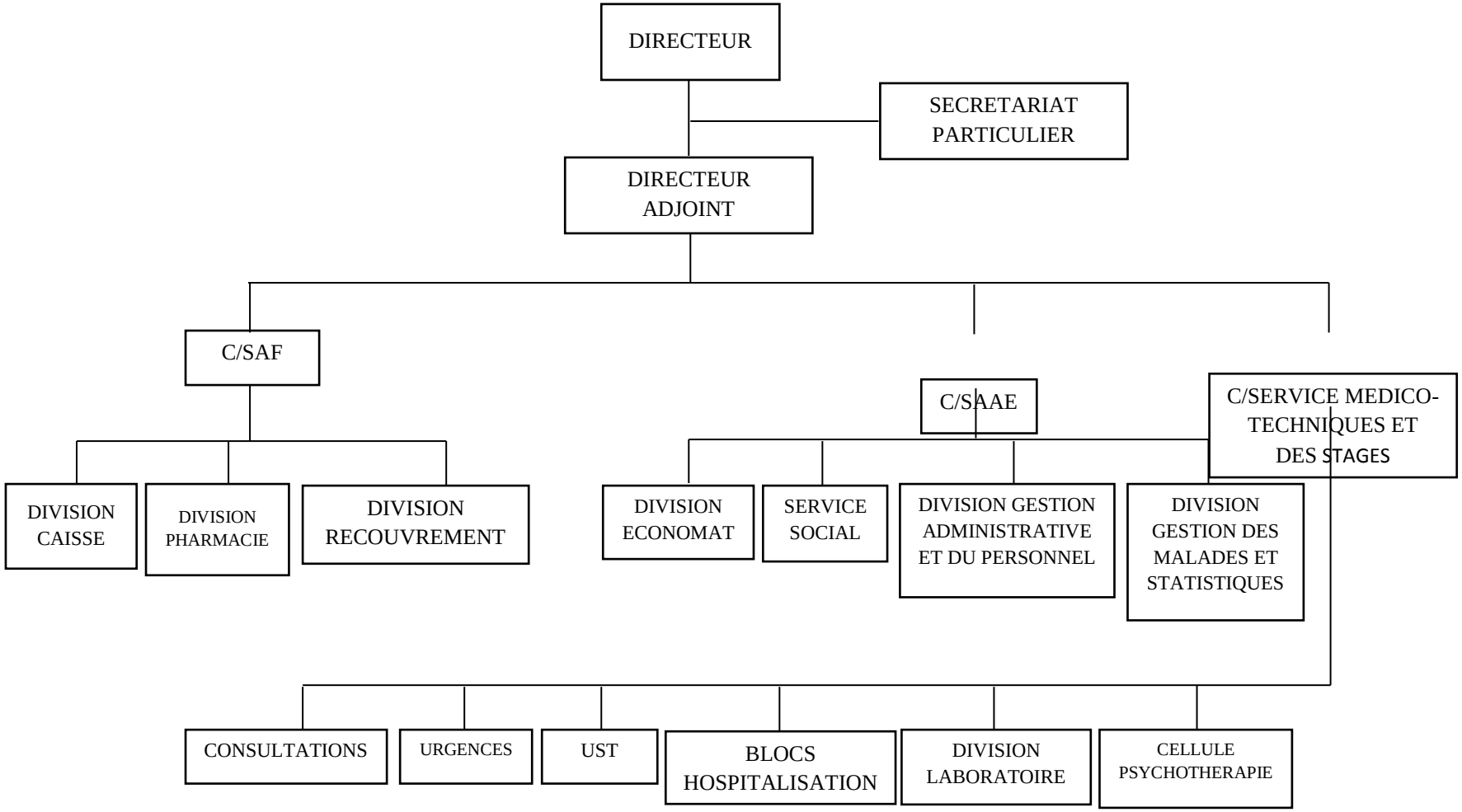
13. PROTHEROE, C., (1969), Puerperal psychoses: a long term study 1972-1961. British Journal of Psychiatry, pp 17-23.

14. STEINER, M., YONKERS, K., ERIKSSON, E., 2000 stoland NL Mood diserders in women. London. Martin Dunitz. p558.

15. STEINER M. (1979): «Psychobiology of mental disorders associated with childbearing. An overview». Acta Psychiatrica Scandinavica; pp 449-452.

16. WIECK A., KUMAR R., HIRST, A., (1991), increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. British medical Journal, pp 613-616.

ANNEXES



ORGANIGRAMME DU CNHUP-C DE COTONOU

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2
IN MEMORIAM 3
DEDICACE 4
REMERCIEMENTS 5
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 6
LISTE DES TABLEAUX 7
RESUME 8
INTRODUCTION 10
PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 12
1-1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE NATIONALE HOSPITALIER DE PSYCHIATRIE de (CNHUP-C) 13
1-1-1 Bref aperçu du CNHUP-C 13
1-1-2 Historique et description du CNHUP-C 13
1-1-3 Objectifs et activités du CNHUP-C 14
1-1-4 Ressources matérielles, financières et humaines du CNHUP-C 15
1-1-4-1 Ressources matérielles 15
1-1-4-2 Ressources financières 15
1-1-4-3 Ressources humaines 16
1-2 DEROULEMENT DU STAGE 17
1-2-1 Service d'accueil-attente 17
1-2-1-1 Les objectifs visés par ce service 18
1-2-1-2 Les activités effectuées au niveau de ce service 18
1-2-1-3 Les rôles assumés à l'accueil et les acquis au sein de ce service 20
1-2-2 Service de psychothérapie 20
1-2-2-1 Les Objectifs du service de psychothérapie 20
1-2-2-2 Les activités effectuées au niveau du service de psychothérapie 21
1-2-2-3 Les rôles assumés et les acquis du stage au niveau de ce service 21
1-2-3 Service du pavillon d'hospitalisation 21
1-2-3-1 Les objectifs attendus au niveau du bloc C du service du pavillon d'hospitalisation 21
1-2-3-2 Les activités effectuées au niveau du bloc C du service du pavillon d'hospitalisation 22
1-2-3-3 Les rôles assumés et les acquis au niveau du bloc C 22

1-2-4 Pavillon de consultation et d'urgence 23
1-2-4-1 Les objectifs du pavillon de consultation et d'urgence 23
1-2-4-2 Les activités effectuées au niveau du service de pavillon de consultation et d'urgence 23
1-2-4-3 Les rôles assumés et les acquis du stage 23
1-2-5 Les urgences 24
1-2-6 Les gardes 25
1-2-7 Les staffs 25
1-2-8 Les exposés 26
DEUXIEME PARTIE : REFLEXION CRITIQUE 28
2-1 Revue de littérature 29
2-1-1 Post-partum 29
2-1-2 Moments de manifestation et durée de la psychose puerpérale 30
2-1-3 Les facteurs de risques ou les causes de la psychose puerpérale 31
2-1-4 Manifestations de la psychose puerpérale 34
2-1-5 PROBLEMATIQUE 35
2-1-1 Hypothèses de travail 37
2-1-2 Objectifs de recherche 38
2-1-2-1 Objectif général 38
2-1-1-2 Objectifs spécifiques 38
2-2 APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 38
2-2-1 Méthode et technique d'échantillonnage 38
2-2-1-1 Population d'étude 38
2-2-1-2 Echantillonnage de l'étude 39
2-2-2 Techniques et de collecte des données 40
2-2-2-1 Technique de collecte des données quantitatives 40
2-2-2-2 Outils de collecte des données quantitatives 41
2-3 RESULTATS DE LA RECHERCHE 41
2-3-2 Présentation des résultats de terrain et des situations cliniques 41
2-3-2-1 Présentation des résultats de terrain 42
2-3-2-2 Situation clinique n°1 44
2-3-2-2-1 Essai d'Analyse Psychologique n°1 46
2-3-2-3 Situation clinique n°2 48
2-3-2-3-1 Essai d'Analyse Psychologique n°2 50
2-3-2-2 Vérification des hypothèses 51

2-3-2-2-1 Analyse des données relatives à l'hypothèse 1 51
2-3-2-2-2-Analyse des données relatives à l'hypothèse 2 52
2-4 DISCUSSION 53
2-5 SUGGESTIONS ET CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE 54
2-5-1 Suggestions 54
2-5-2 Conditions de mise en œuvre 54
CONCLUSION 56
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 58
ANNEXES 60
TABLE DES MATIERES 62