

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO.

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE.



Année universitaire 2021-2022

N°/..... /



TITRE DU MEMOIRE

*Fréquences et facteurs de risques des Troubles Psychiques
en Période du Post Partum au CScom-U de Konobougou*

Présenté et soutenu publiquement le 12 / 01 / 2023 à heures

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako

Par : Dr Abasse DIABY

Pour obtenir le Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine de Famille/Médecine
Communautaire

JURY

Présidente :

Pr Fatoumata DICKO TRAORE

Membre :

Dr Al-Housseyni dit Guimba SISSOKO N° 2

Codirecteur :

Dr Mamadou Bayo COULIBALY

Directeur :

Pr Souleymane dit Papa COULIBALY

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

A Allah : le Tout Puissant, le Clément et le Miséricordieux. Tout commence par Lui et tout finit par Lui. Je Lui rend grâce de m'avoir donné la vie, le courage et la santé sans quoi ce travail n'aurait pas eu lieu.

Le prophète Mohamed : que la paix de Dieu soit sur lui

Mon père

Cher Père, ce travail est le tien. Tu as cru en moi et tu n'as ménagé aucun effort pour faire de moi ce que je suis aujourd'hui.

Tu m'as guidé dans mes premiers pas, tu m'as appris le sens de l'honneur, de la dignité, de l'humilité, de la morale, de la justice et du pardon.

Tu as toujours été un exemple pour toute la famille car tu es un travailleur acharné, rigoureux et exigeant envers toi-même et les autres.

Trouve dans cette œuvre l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Tes prières ne m'ont jamais fait défaut ainsi que tes encouragements, ton soutien moral, affectif et matériel.

Merci du fond du cœur car tu es la clé de ma réussite. Que le Seigneur tout puissant ALLAH te guide et te bénisse.

Feu Fanta Danté

Très chère Maman, tu as incarné en moi l'affection d'une mère dévouée, courageuse et tolérante. Ta vie sur terre a été et est une source d'inspiration pour nous.

Merci pour tes bénédictions, tes prières et tous les sacrifices consentis pour tes enfants ainsi que pour toute la famille.

Que le seigneur tout puissant t'accueille dans son paradis éternel. Dors en paix chère Maman.

Feu Tidiane Diaby

Tu as été plus qu'un grand frère pour moi, ainsi tu as cultivé en moi le respect, l'honnêteté, le courage, et le sens du travail bien fait. J'ai pensé à toi à chaque instant de ce travail. Que ton âme repose en paix.

Mes Frères et Sœurs : Kadiatou, Assan, Sira, Sory, Mani, Seydou , Moussa, Harouna

Chers frères et sœurs merci pour vos soutiens, vos affections et respects à mon égard. Que le bon Dieu me donne le courage d'être reconnaissant envers vous, qu'Il soit le garant de notre fraternité.

Ma femme et mes enfants

Merci pour vos accompagnements durant ce cycle de DES. Vous avez été une source de motivation et d'inspiration pour moi. Ce travail est le vôtre.

Qu'Allah le tout puissant vous donne une longue vie et vous protège dans sa grâce.

REMERCIEMENTS

Aux Maitres assistants et à tous les CEC du département de la Médecine de famille et communautaire pour m'avoir encadré.

Au président de L'ASACO et au Directeur Technique du CSCOM-U de Konobougou de m'avoir autorisé à collecter les données au sein de son centre.

Aux personnels du CSCOM-U de Konobougou, merci de m'avoir accompagné et facilité la collecte des données.

Au Professeur Alassane Dicko et équipe.

Merci pour votre collaboration et soutien

Aux Aînés et D E S du département de la Médecine de famille et communautaire
Je vous remercie tous sincèrement pour l'enseignement, l'accompagnement, et le respect parvenant de vous, merci une fois de plus les mots me manquent pour vous qualifier.

A Tous ceux qui, de près ou de loin, ont œuvré pour notre formation et l'élaboration de ce travail.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et présidente du jury

Pr Fatoumata DICKO TRAORE

- **Professeure Titulaire de Pédiatrie à la Faculté de Médecine et d'Odonto- Stomatologie ;**
- **Coordinatrice du DES de médecine de famille et médecine communautaire ;**
- **Chef de service de la néonatalogie de la clinique périnatale Mohamed VI ;**
- **Secrétaire générale de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED) ; Secrétaire générale de l'Association des Pédiatres d'Afrique Noire Francophone (APANF) ;**
- **Membre du collège Ouest Africain des médecins.**

Chère Maître,

Nous sommes très honorés de vous avoir comme présidente du jury de notre mémoire.

Vous nous avez confié et dirigé ce travail avec bienveillance et disponibilité, malgré vos multiples occupations.

Très chère maître, veuillez accepter ici, le témoignage de notre profonde admiration et nos sincères remerciements.

Puisse, Dieu vous garder et vous couronner.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Al-Housseyni dit Guimba SISSOKO N° 2

- **Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**
- **Charger de cours à la faculté de médecine et d'odontostomatologie**

Cher Maître ;

Votre simplicité, votre disponibilité sont autant de qualités que nous admirons. La clarté de vos explications ainsi que votre accueil fraternel font de vous un exemple à suivre.

Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur

Docteur Mamadou B COULIBALY

- **Spécialiste en Médecine de famille/médecine communautaire**
- **Chargé d'encadrement clinique du DES de Médecine de famille/médecine communautaire**
- **DTC du CSCOM-U de Konobougou**

Cher Maître ;

La qualité de votre encadrement clinique et la valeur de vos connaissances ont suscité notre admiration.

Au-delà de vos compétences, vos qualités humaines font de vous un exemplaire. Nous vous prions d'accepter l'expression de nos sentiments de sincères reconnaissances et de profond respect.

A notre Maître et Directeur

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- **Maitre de conférences à la Faculté de Médecine et d’Odonto-Stomatologie**
- **Psychiatre au CHU du point G**
- **Membre de la société Malienne de la santé Mentale (SOMASAM)**
- **Membre du Consortium Human heredity and health in Africa (H3africa)**
- **Membre de la société Africaine de santé Mentale (SAM)**

Cher maître ;

Nous vous remercions pour l’honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

L’opportunité nous est ainsi donnée pour vous faire part de l’estime et de l’admiration que nous portons à votre égard.

Vos qualités d’homme de science éclairé, de praticien infatigable, de pédagogue averti font de vous un enseignant apprécié de tous.

Votre expérience et votre compétence nous ont marqué et nous serviront de model dans notre carrière.

Soyez rassurer cher maître de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

ABREVIATIONS :

ASACO : Association de Santé Communautaire

ATCD : Antécédent

CPN : Consultation Périnatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM-U : Centre de Santé Communautaire et Universitaire

DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5e edition

DTC : Directeur Technique du Centre

EDS : Enquête Démographique et de Santé

Fig : Figure

PEV : Programme Elargi de Vaccination

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Tab : Tableau

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Introduction	1
1. Contexte et justification	3
2. Objectifs	5
2.1. Objectif général	5
2.2. Objectifs spécifiques.....	5
3. Méthodologie	6
3.1. Cadre de l'étude	6
3.2. Type et Période de l'étude	6
3.3. Population de l'étude	6
3.3.1. Critères d'inclusion.....	6
3.3.2. Critères de non-inclusion	6
N'ont pas été inclus dans cette étude :	6
3.3.3. Méthode d'échantillonnage.....	6
3.4. Techniques et outils de collecte.....	7
3.5. Outils de collecte :	7
3.6. Plan d'analyse des données	8
3.7. Définitions Opérationnelles	8
3.8. Considérations éthiques	8
4. Résultats	9
4.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	9
4.2. Antécédents.....	14
4.3. Fréquences des troubles psychiques	19
4.4. Suivi des troubles psychiques	20
4.5. Facteurs de risques.....	21
5. Discussion	24
5.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	24
5.2. Antécédents.....	25
5.3. Fréquences des troubles psychiques	26

5.4. Suivi des troubles psychiques du post partum.....	27
5.5. Facteurs de risques liés aux troubles psychiques du post partum	28
6. Conclusion :	30
7. Recommandations :.....	31

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure

Figure 1 : Répartition des participantes selon l'âge	9
Figure 2: Répartition des participantes selon le Statut matrimonial.....	10
Figure 3 : Répartition des participantes selon l'existence des coépouses	10
Figure 4: Répartition des participantes selon le niveau de scolarité	11
Figure 5: Répartition des participantes selon la provenance	12
Figure 6: Répartition des participantes selon le lieu d'accouchement	13

Tableaux

Tableau I : Répartition des participantes selon la durée de l'union	11
Tableau II : Répartition des participantes selon la Profession.....	12
Tableau III: Répartition des conjoints selon le niveau d'instruction.....	13
Tableau IV: Répartition des participantes selon leur impression par rapport à la grossesse.....	14
Tableau V: Répartition des participantes selon les antécédents médicaux	14
Tableau VI: Répartition des participantes selon les antécédents chirurgicaux .	15
Tableau VII: Répartition des participantes selon la Parité.....	15
Tableau VIII: Répartition des participantes selon le nombre de décès d'enfant	15
Tableau IX: Répartition des participantes selon le nombre d'avortement.....	16
Tableau X: Répartition des participantes selon l'âge gestationnel	16
Tableau XI: Répartition des participantes selon le nombre de suivi des CPN .	16
Tableau XII: Répartition des participantes selon le mode d'accouchement.....	17
Tableau XIII: Répartition des participantes selon le mode d'enrôlement	17
Tableau XIV: Répartition des participantes selon la période du Post-partum (Durée)	18
Tableau XV: Répartition des participantes selon la motivation de la grossesse	18

Tableau XVI: Répartition selon la personne qui supporte le coût des ordonnances 18

Tableau XVII: Les fréquences des troubles psychiques 19

Tableau XVIII: Répartition des cas de troubles psychiques selon la période du post partum..... 20

Tableau XIX: Répartition des cas de troubles psychiques selon la durée d'évolution 20

Tableau XX: Répartition des participantes selon la dépression et les facteurs de risque 21

Tableau XXI: Répartition des participantes selon l'anxiété et les facteurs de risque 21

Tableau XXII: Répartition des participantes selon le post-partum blues et les facteurs de risque 22

Tableau XXIII : Répartition des participantes selon les troubles psychiques et les facteurs de risque 22

Tableau XXIV: Répartition des participantes selon l'analyse multivariée des facteurs liées aux troubles psychiques 23

INTRODUCTION

Introduction

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum correspondent à tous les états psychopathologiques liés à la période de la gravidité-puerpéralité. Celle-ci s'étend de la conception à la première année de l'enfant et concerne les étapes de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement et du sevrage. Si tous ces événements sont naturels, ils représentent pour les femmes des épreuves à la fois physiques et psychiques. Il existe un continuum entre les manifestations psychiques normales liées à ces mutations psychiques et les manifestations pathologiques. Cela dépend de leur intensité, de leur durée et de leur retentissement. Ces troubles psychiques font l'objet de prévention et de dépistage, ils sont actuellement une priorité de santé publique : d'une part ils participent aux possibles complications obstétricales, d'autre part ils concourent à d'éventuels troubles chez le bébé ; enfin, certains peuvent se compliquer de suicide et/ou d'infanticide (1).

Lors de la grossesse, la femme traverse une période marquée par des bouleversements à la fois somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux. Son corps, son psychisme vont devoir s'adapter. Le processus psycho-affectif qui mène à l'état d'être mère, dénommé maternalité, est favorisé par la transparence psychique qui permet à la mère d'être à l'écoute de sa propre histoire infantile : des conflits anciens émergent à sa conscience, sont réactualisés pour être réaménagés. De fille, la femme va devenir mère. C'est à ce moment de sensibilité particulière que des traumatismes et des deuils passés peuvent resurgir. C'est tout d'abord le vécu concernant l'état de grossesse qui est au premier plan avec un sentiment fréquent de plénitude et de toute puissance. Puis, progressivement, des représentations concernant l'enfant à venir se construisent : l'enfant imaginaire est celui qui correspond à l'idéal maternel, l'enfant fantasmatique est le fruit du conflit œdipien et l'enfant réel commence à être appréhendé lors des échographies. Ces différentes représentations devront se concilier (1, 2).

Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20 % des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale (3). En France, environ 12,5 % des femmes enceintes ont déclaré une détresse psychologique anténatale dans le cadre de l'étude Elfe (4). Ces troubles psychiques périnataux incluent notamment les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychiques sévères (bipolarité, schizophrénie, troubles graves de la personnalité, etc.), les addictions et mésusages de l'alcool et des autres substances psychoactives), et les troubles de la relation précoce (parents-bébé). Il convient également de prendre en compte un risque accru de survenue et de rechute dans le cas de troubles bipolaires (5). Une part importante de ces troubles est cependant non diagnostiquée et non prise en charge, une étude française ayant montré que seules 25 % des femmes rapportant une détresse psychologique déclaraient avoir bénéficié d'une consultation avec un professionnel spécialisé en psychiatrie et santé mentale et 11% des femmes ont été mis sous traitement antipsychotique (6).

Les conséquences d'une absence de prise en charge ou d'une prise en charge non optimale peuvent être importantes. Il s'agit de la persistance des symptômes sur le long terme chez les mères ; la perte de la vie chez leurs enfants et un risque psychosocial pour leur entourage.

Les suicides ont représenté 20 % des morts maternelles sur la période 2007-2009. Ils se plaçaient ainsi en tête des causes de mortalité maternelles (7, 8).

Des difficultés potentielles dans l'instauration de la relation précoce entre la mère et l'enfant sont également susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant en l'exposant à un sur risque d'être victime de carences, de négligences et de maltraitance (9).

Au Sénégal ; GUEYE a rapporté que sur 3ans d'hospitalisation psychiatrique dans le service des femmes, les psychoses puerpérales s'élevaient à 27,5% (10).

Au Mali, DIARRA S en 2003 a trouvé dans son étude, au service de psychiatrie de l'hôpital du point G. 7,50% de psychose puerpérale sur 1656 consultations (11).

1. Contexte et justification

Environ 15% des femmes enceintes présenteraient un trouble de santé mentale souvent mal dépisté au cours de la grossesse et/ou en post partum immédiat. Le risque est un taux de mortalité élevée chez la mère, une augmentation du risque d'addictions et de maltraitance chez l'enfant par négligence parentale, ou de violence, et un trouble des interactions mère-enfant préjudiciable pour le devenir des enfants (1).

- ✓ Les troubles de l'humeur touchent 10-20 % des mères dans la période du post-partum.
- ✓ Anxiété, elle touche entre 5 et 15 % des femmes dans la période prénatale.

La psychose du post-partum ou psychose puerpérale est un état délirant aigu associé à des troubles thymiques et des éléments confusionnels. Elle concerne 1 à 2 pour 1 000:(1)

Le Mali traverse depuis 2012 une crise multidimensionnelle avec ses cortèges d'insécurité, de pauvreté grandissant et violence surtout faite aux femmes, aux filles et adolescentes. Toutes choses qui entravent le développement et l'épanouissent de la population en général et ceux des femmes et filles en particulier.

Cette crise multidimensionnelle greffée par une crise sanitaire sans précédent constitue sans doute un facteur de risque de souffrances psychiques. Dans ce contexte les femmes enceintes courent un risque élevé de troubles mentaux.

Les problèmes de santé mentale s'avèrent un enjeu de santé important au Mali. Des entretiens menés auprès de médecins maliens, généralistes expérimentés,

indiquent en effet une présence importante de troubles somatiques médicalement inexpliqués, de dépression, de dépression post-partum, de troubles de développement chez les enfants, de troubles délirants et de suicide. Cependant, la prise en compte de ces problèmes pose des défis considérables, entre autres, parce qu'ils sont généralement méconnus et peuvent faire l'objet de préjugés. De plus, certains éléments socioculturels relatifs aux croyances, aux valeurs et à la spiritualité jouent un rôle important dans la reconnaissance, la compréhension et la prise en charge de ces problématiques.

Bien qu'un bon nombre de personnes soient aux prises avec des problèmes de santé mentale, peu de ressources sont disponibles dans le système de santé pour intervenir auprès d'elles.

Au Mali, le besoin de prise en charge des troubles mentaux en périnatalité se pose avec acuité à cause d'une insuffisance des personnels qualifiés en la matière et l'absence de politique prise en charge.

En effet, les consultations prénatales et post-natales se font par des sages-femmes et infirmières obstétriciennes. Celles-ci sont peu outillées pour le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux auxquels les femmes enceintes peuvent être atteintes.

Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum sont étroitement corrélés avec des facteurs psycho-affectifs et des facteurs obstétricaux. La prévention et le dépistage de ces troubles chez les femmes enceintes et en post partum passe impérativement par une bonne évaluation de la dimension psychique lors du suivi de la grossesse et du post-partum. Cependant nous disposons de peu de données au Mali sur les troubles psychiques du post partum. C'est ce qui justifie cette présente étude qui se fixe des objectifs.

OBJECTIFS

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Evaluer les troubles psychiques en période du post partum au CScCom-U de Konobougou.

2.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer les fréquences des troubles psychiques en période du post partum ;
- ✓ Déterminer les pathologies psychiques rencontrées en période du post partum ;
- ✓ Identifier les facteurs de risque de troubles psychiques chez la femme en période du post partum.

METHODOLOGIE

3. Méthodologie

3.1. Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans l'aire de santé du CSCom U de Konobougou, district sanitaire de Barouéli dans la région de Ségou.

3.2. Type et Période de l'étude

Il s'agissait d'une étude analytique observationnelle de type cohorte portant sur les femmes en période de post-partum immédiate définit selon OMS dans l'aire de santé du CSCom U de Konobougou entre 01 Mars 2022 au 31 Juillet 2022 ; soit quatre mois.

3.3. Population de l'étude

3.3.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans l'étude :

- ❖ Les femmes ayant accouché durant la période d'étude, résidant dans l'aire de santé de Konobougou et ayant accepté de participer à l'étude ;
- ❖ Les femmes n'ayant pas accouché durant la période d'étude mais se trouvant dans la période du post-partum selon OMS (6 à 8 semaines après accouchement), résidant dans l'aire de santé de Konobougou et ayant accepté de participer à l'étude.

3.3.2. Critères de non-inclusion

N'ont pas été inclus dans cette étude :

- ❖ Les femmes accouchées et se trouvant au-delà de la période du post partum selon OMS (6 à 8 semaines après accouchement) ;
- ❖ Les femmes accouchées ne consentant pas à l'étude.

3.3.3. Méthode d'échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage par commodité ; c'est-à-dire toutes les femmes en post-partum disponibles et consentantes durant la période de collecte de 4 mois ont été enregistrées et suivies.

3.4. Techniques et outils de collecte

➤ **Matériel :**

La fiche d'enquête, les registres.

➤ **Collecte des données :**

Le recueil des données a été effectué auprès des mères dans le Centre de Santé Communautaire et dans les Sites des Agents de Santé Communautaire.

Les informations ont été consignées dans un questionnaire standardisé. Ce questionnaire comprenait les caractéristiques sociodémographiques et les données cliniques des participantes.

Les suivis des participantes ont été effectués lors de leurs rendez-vous de la consultation post-natale, de la vaccination de leurs enfants et par téléphone selon un rythme de deux semaines.

3.5. Outils de collecte :

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

Outres ces outils, nous avons utilisé une fiche d'enquête pour enregistrer les informations afin de faciliter l'analyse des données. Elle était répartie en treize items dont : Données sociodémographiques, antécédents, données socio-économiques conjoint, nature de la demande, données cliniques, concepts populaires, période de survenue, facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynécologiques et obstétricaux, facteurs psychosociaux et histoire personnelle, examen physique, examens complémentaires, prise en charge.

Dans le but d'atteindre nos objectifs, nous avons utilisé l'outil de dépistage des troubles psychique conçu par le département de médecine de famille /médecine communautaire du Mali en collaboration avec le département de la psychiatrie du Mali (12).

3.6. Plan d'analyse des données

La collecte, le traitement et l'analyse des données ont été effectuées sur les logiciels Access, Excel 2007, Epi info 7.2 et Stata 15.1.

Le test d'indépendance du Chi² a été réalisé pour identifier des éventuelles relations entre les troubles psychiques et les facteurs étudiés. Le seuil de décision était fixé à 0,05.

Par ailleurs une régression logistique nous a permis d'identifier tous les facteurs de risque associés aux troubles psychiques. Pour ce faire, une nouvelle variable a été créée en regroupant les différents troubles psychiques observés.

3.7. Définitions Opérationnelles

- Femme : Être humain du sexe féminin (13) ;
- Grossesse : Ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel (13) ;
- Accouchement : l'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois (28 semaines d'aménorrhée) (14) ;
- Post-partum : La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse (15).
- Trouble psychique/ Trouble mental : « Un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mentale » (16).

3.8. Considérations éthiques

Le consentement verbal individuel a été obtenu de chaque participante de l'étude.

L'étude s'est déroulée sans aucun risque pour les participantes incluses, les noms et prénoms des participantes n'ont pas été utilisés. Seul un numéro d'identification codé a été utilisé pour identifier les participantes.

RESULTAT

4. Résultats

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

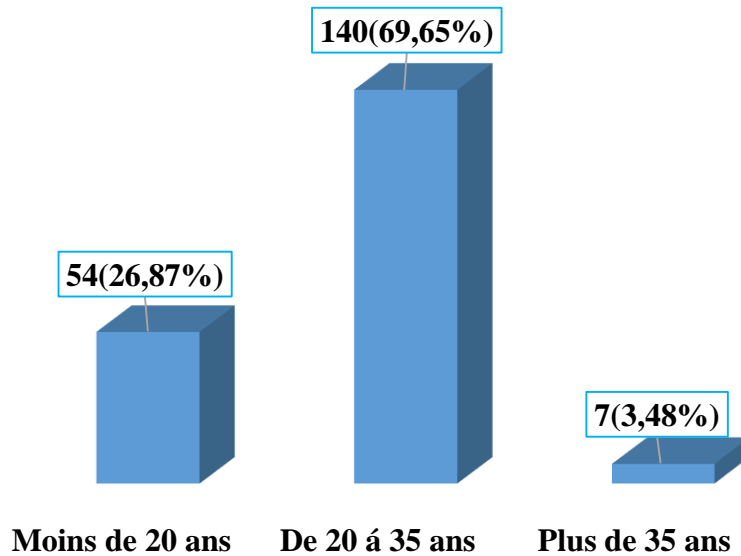


Figure 1 : Répartition des participantes selon l'âge

La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée soit 70% ; la moyenne d'âge était de 24 ans \pm 5,95. L'âge médian était de 23 ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans.

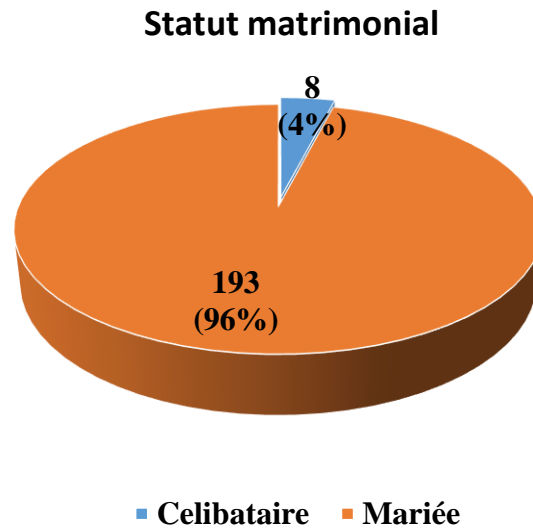


Figure 2: Répartition des participantes selon le Statut matrimonial
Les femmes mariées représentaient 96%.

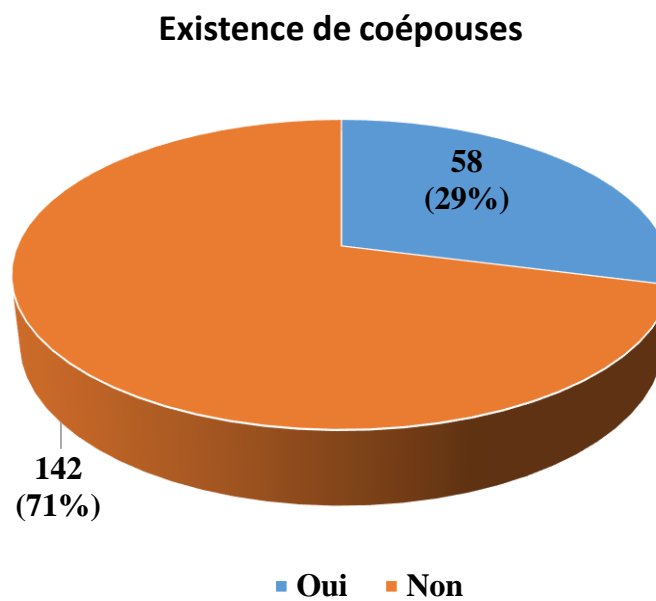
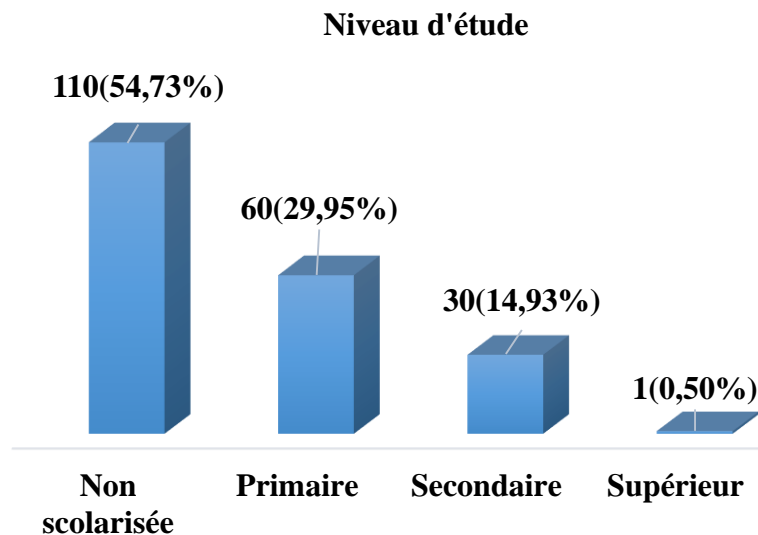


Figure 3 : Répartition des participantes selon l'existence des coépouses
Dans 29% des cas, les participantes vivaient dans un régime avec existence des coépouses.

Tableau I : Répartition des participantes selon la durée de l'union

Durée de l'union	Effectifs	Pourcentage
< à 5 ans	89	44,28
5 à 10 ans	76	37,81
> à 10 ans	36	17,91
Total	201	100

La durée moyenne d'union était de 6,75 ans \pm 5,88 avec des extrêmes (0 à 37) ans et 44,28% des couples avaient une durée d'union inférieure à cinq (5) ans.

**Figure 4:** Répartition des participantes selon le niveau de scolarité

Les participantes étaient non scolarisées dans la majorité des cas soit 54,72%.

Tableau II : Répartition des participantes selon la Profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Ménagère	163	81,09
Vendeuse/Commerçante	20	9,95
Etudiant/Elève	9	4,48
Autres	9	4,48
Total	201	100

Les ménagères étaient majoritaires avec 81,09% des cas.

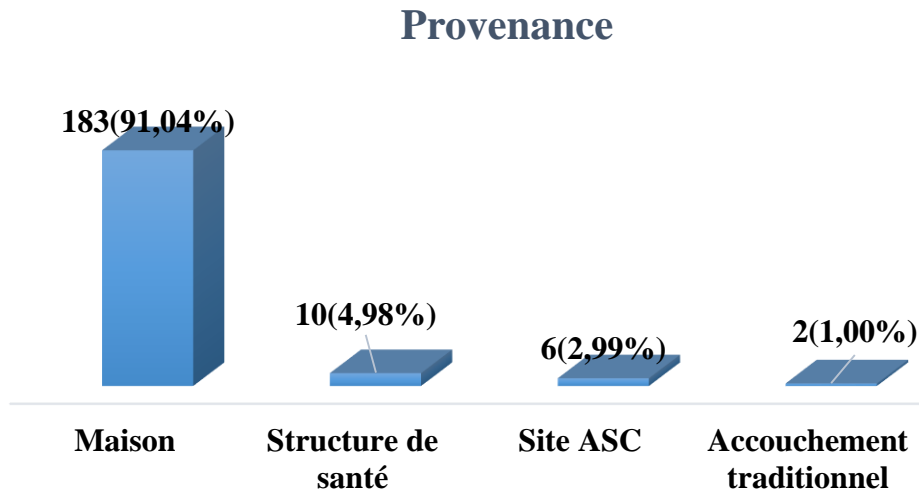


Figure 5: Répartition des participantes selon la provenance

La majorité des participantes provenaient directement de la maison (91,04%).

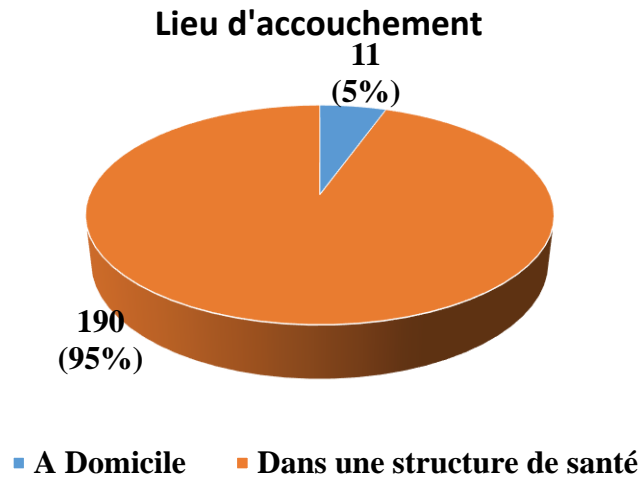


Figure 6: Répartition des participantes selon le lieu d'accouchement

Le lieu d'accouchement privilégié par les participantes était une structure de santé soit 95%.

Tableau III: Répartition des conjoints selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction des Conjoints	Effectifs	Pourcentage
Non scolarisé	110	55,56
Primaire	42	21,21
Secondaire	34	17,17
Supérieur	12	6,06
Total	198	100

Les conjoints étaient non scolarisés dans 55,56% des cas.

Tableau IV: Répartition des participantes selon leur impression par rapport à la grossesse

Impression par rapport à la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Enthousiaste	176	87,56
Désireux	21	10,45
Mécontent	2	1
Indifférent	1	0,5
Sans avis	1	0,5
Total	201	100

L'enthousiasme était présent chez 87,56% des couples suite à la découverte de la grossesse.

4.2. Antécédents

Tableau V: Répartition des participantes selon les antécédents médicaux

Médicaux	Effectifs	Pourcentage
Sans antecedents	181	90,05
HTA	11	5,47
Autre	5	2,49
Drépanocytose	3	1,49
Anémie	1	0,5
Total	201	100

Les participantes avaient un antécédent médical dans 9,95% des cas. L'hypertension artérielle était présente chez 5,47%.

Autre : Gastrite, Asthme, Epilepsie

Tableau VI: Répartition des participantes selon les antécédents chirurgicaux

Chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Sans antecedents	195	97,01
Césarienne	5	2,49
GEU	1	0,5
Total	201	100

L'antécédent de césarienne était présent chez 2,49% des participantes.

Tableau VII: Répartition des participantes selon la Parité

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	57	28
Paucipare	75	37
Multipare	69	34
Total	201	100

Les paucipares étaient les plus représentées avec 37% suivi des multipares avec 34%. La moyenne de parité était de $3,12 \pm 2,06$ avec des extrêmes de 1 à 10.

Tableau VIII: Répartition des participantes selon le nombre de décès d'enfant

Nombre de décès	Effectifs	Pourcentage
0	158	78,61
1	33	16,42
2	8	3,98
3	1	0,5
4	1	0,5
Total	201	100

L'antécédent de décès d'un enfant a été retrouvé chez 16,42% des participantes.

Tableau IX: Répartition des participantes selon le nombre d'avortement

Nombre d'avortement	Effectifs	Pourcentage
0	184	91,54
1	15	7,46
2	2	1
Total	201	100

L'antécédent d'avortement était présent chez 8,46%

Tableau X: Répartition des participantes selon l'âge gestationnel

Age de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
A terme	197	98,01
Non à terme	4	1,99
Total	201	100

La grossesse était à terme chez 98,01% des participantes.

Tableau XI: Répartition des participantes selon le nombre de suivi des CPN

Nombre de CPN	Effectifs	Pourcentage
4 et Plus	93	46,27
Moins de 4	89	44,28
Pas de CPN	19	9,45
Total	201	100

Les participantes ayant fait 4 consultations prénatales et plus représentaient 46,27%.

Tableau XII: Répartition des participantes selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage
Eutocique	189	94
Dystocique	9	4,5
Césarienne	3	1,5
Total	201	100

L'accouchement a été eutocique dans 94% des cas.

Tableau XIII: Répartition des participantes selon le mode d'enrôlement

Mode d'enrôlement	Effectifs	Pourcentage
Suite de couche	115	57,21
CPON/PEV	75	37,31
Site ASC	6	2,99
Maladies de l'enfant	3	1,49
Hospitalisation de la mere	2	1
Total	201	100

La majorité des participantes ont été enquêtées dans les suites de couche (57,21%) suivie de la consultation post natale et ou au cours du PEV (37,31%).

Tableau XIV: Répartition des participantes selon la période du Post-partum (Durée)

Période de selection	Effectifs	Pourcentage
1 à 4 semaines	196	97,51
5 à 6 semaines	5	2,49
Total	201	100

Les participantes ont été enregistrées au cours des premières semaines (1 à 4) du post-partum dans 97,51% des cas.

Tableau XV: Répartition des participantes selon la motivation de la grossesse

Motivation de la grossesse	Effectifs	Pourcentage
Grossesse désirée non planifiée	173	86,07
Grossesse désirée planifiée	23	11,44
Sans avis	3	1,49
Grossesse non désirée	2	1
Total	201	100

La motivation de la grossesse était désireuse mais non planifiée dans 86,07% des cas.

Tableau XVI: Répartition selon la personne qui supporte le coût des ordonnances

Coût des ordonnances supporté par	Effectifs	Pourcentage
Conjoint	186	92,54
Quelqu'un de la belle- famille	10	4,97
Elle-même	3	1,50
Quelqu'un de ma famille	2	0,99
Total	201	100

Le coût des ordonnances était supporté par les conjoints dans 92,54% des cas.

4.3. Fréquences des troubles psychiques

Tableau XVII: Les fréquences des troubles psychiques

Trouble psychique	Effectif (n =201)	Fréquence (%)
Depression	11	5,47
Anxiété	8	3,98
Post-partum blue	11	5,47
Stress post traumatisme	1	0,5
Psychose puerperalité	1	0,5
Total	32	15,92

La fréquence globale des troubles psychiques était de 15,92%. Les troubles psychiques étaient respectivement de la Dépression (5,47%) ; de l'Anxiété (3,98%) ; du post-partum Blues (5,47%) ; du stress post traumatique (0,50%) ; et de la psychose puerpérale (0,50%).

4.4. Suivi des troubles psychiques

Tableau XVIII: Répartition des cas de troubles psychiques selon la période du post partum

TROUBLES PSYCHIQUES	PERIODE D'APPARUTION EN POST PARTUM	
	1 à 3 SEMAINES	3 à 6 SEMAINES
Dépression du post partum	10(90,90%)	1(9,10%)
Post partum Blue	11(100%)	0(0%)
Anxiété	8(100%)	0(0%)
Psychose puerpérale	1(100%)	0(0%)
Stress du post partum	1(100%)	0(0%)
Total	31(96,87%)	1(3,13%)

Les troubles psychiques étaient apparus dans 96,87% des cas entre une à trois semaines suivant l'accouchement

Tableau XIX: Répartition des cas de troubles psychiques selon la durée d'évolution

TROUBLES PSYCHIQUES	DUREE D'EVOLUTION		
	1 à 3 SEMAINES	3 à 6 SEMAINES	Supérieur à 6 SEMAINES
Dépression du post partum	0(0%)	4(36,36%)	7(63,64%)
Post partum Blue	11(100%)	0(0%)	0(0%)
Anxiété	4(50%)	2(25%)	2(25%)
Psychose puerpérale	0(0%)	0(0%)	1(100%)
Stress du post partum	0(0%)	1(100%)	0(0%)
Total	15(46,87%)	7(21,88)	10(31,25)

Dans 46,87% des cas, la durée d'évolution des troubles psychiques était entre une à trois semaines

4.5. Facteurs de risques

Tableau XX: Répartition des participantes selon la dépression et les facteurs de risque

Facteurs	Dépression		RR	95% IC	P-valeur
	Oui(n=11)	Non(n=190)			
ATCD de carences affectives	1(9,09)	9 (4,73)	1,91	[0,27-13,49]	0,437
ATCD de maltraitance	1(9,09)	7(3,68)	2,412	[0,35-16,62]	0,367
Age : 25 ans et plus	9(81,82%)	76(40,00%)	6,14	[1,36 ;27,70]	0,001
Multiparité	7(63,64%)	62(32,63%)	3,34	[1,01 ;11,04]	0,049
Antécédant médical	4(36,36%)	16(8,42%)	5,17	[1,66 ;16,14]	0,015
Absence de CPN	3(27,27%)	16(8,42%)	3,59	[1,04 ;12,41]	0,072
Décès enfant	4(36,36%)	5(2,63%)	12,19	[4,35 ;34,17]	0,001
Existence de coépouse	6(54,55%)	52(27,37%)	2,94	[0,93 ;9,25]	0,082

Il existait une relation significative entre la dépression et les facteurs comme : la multiparité, l'âge supérieur ou égal à 25 ans, l'antécédent médical et le décès d'enfant avec un RR variant de 3,34 à 12,19.

Tableau XXI: Répartition des participantes selon l'anxiété et les facteurs de risque

Facteurs	Anxiété		RR	95% IC	P-valeur
	Oui(n=08)	Non(n=193)			
Antécédant médical	3(37,50%)	17(8,81%)	5,43	[1,40 ;21,05]	0,034
Mère célibataire	1 (12,50)	2 (1,03)	9,43	[1,63-54,69]	0,115
Grossesse non désirée	1 (12,50)	2 (1,03)	9,43	[1,63-54,69]	0,115
Multiparité	4 (50,00)	65 (33,68)	1,91	[0,49-7,42]	0,449

L'antécédant médical des participant était le facteur de risque associées à l'anxiété avec un RR=5,43, p=0,034.

Tableau XXII: Répartition des participantes selon le post-partum blues et les facteurs de risque

Facteurs	Post-partum blues		RR	95% IC	P-valeur
	Oui(n=11)	Non(n=190)			
Age: 25 ans et plus	8(72,73%)	77(40,53%)	3,64	[0,99 ;13,31]	0,056
ATCD de carences affectives	1 (9,09)	9 (4,73)	1,91	[0,27-13,49]	0,437
ATCD de maltraitance	2 (18,18)	6 (3,16)	5,361	[1,38-20,87]	0,063
Multiparité	7(63,64%)	62(32,63%)	3,35	[1,01 ;11,04]	0,049
Antécédant Chirurgical	2(18,18%)	4(2,11%)	7,22	[1,97 ;26,48]	0,036

Il existait une relation significative entre le post-partum blues et les facteurs les facteurs comme : la multiparité, l'âge supérieur ou égal à 25 ans et l'Antécédent chirurgical avec un RR variant de 3,35 à 7,22

Tableau XXIII : Répartition des participantes selon les troubles psychiques et les facteurs de risque

Facteurs	Trouble Psychiques		RR	95% IC	P-valeur
	Oui(n=32)	Non(n=169)			
Age: 25 ans et plus	21(65,63%)	64(37,87%)	2,61	[1,33 ;5,11]	0,006
Multiparité	19(59,38%)	50(29,59%)	2,8	[1,47 ;5,32]	0,002
Antécédant médical	8(25,00%)	12(7,10%)	3,01	[1,57 ;5,80]	0,006
Antécédant Chirurgical	3(9,38%)	3(1,78%)	3,36	[1,41 ;8,01]	0,053
Absence de CPN	6(18,75%)	13(7,69%)	2,21	[1,04 ;4,69]	0,090
Décès enfant	4(12,50%)	5(2,96%)	3,05	[1,36 ;6,83]	0,038

Il existait une relation significative entre les troubles psychiques de façon générale et les facteurs comme : la multiparité, l'âge supérieur ou égal à 25 ans, l'Antécédent chirurgical, l'antécédent médical, l'absence de CPN et le décès d'enfant

Tableau XXIV: Répartition des participantes selon l'analyse multivariée des facteurs liés aux troubles psychiques

Facteurs liés aux troubles	RR ajusté	95% IC	P-valeur
Multiparité	1,88	[1,11 ;3,18]	0,019
Antécédant médical	3,21	[2,02 ;5,11]	0,001
Antécédant Chirurgical	4,34	[2,47 ;7,62]	0,001
Absence de CPN	2,62	[1,63 ;4,22]	0,001
Décès enfant	4,41	[2,77 ;7,00]	0,001

La régression logistique réalisée a montré que les troubles psychiques étaient globalement associées aux facteurs de risque : la multiparité, l'antécédent médical, l'antécédent chirurgical, l'absence de CPN et le décès d'enfant.

DISCUSSIONS

5. Discussion

Notre étude s'est intéressée à l'évaluation des troubles psychiatriques en période du post-partum en médecine de première ligne dans l'aire de santé de Konobougou. Pendant la période allant du 1er Mars au 31 juillet 2022, soit une durée de quatre (04) mois et portait sur 201 femmes en période du post-partum immédiate, nous avons mené une étude analytique observationnelle de type cohorte.

Au cours de ce travail, nous avons été confrontés à des difficultés telles que l'absence des carnets de CPN au moment du recrutement et de contact téléphonique. Cependant, ce travail a le mérite de produire : une prévalence des troubles psychique chez les femmes en période du post-partum en médecine de première ligne sur une période de 4 mois de suivi.

5.1. Caractéristiques sociodémographiques

L'âge moyen était de $24,01 \pm 5,95$ ans avec des extrêmes allant de 15 à 45 ans. Les participantes âgées de 20 à 35 ans représentaient la majorité des participantes de l'étude soit 70%. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la population au Mali est généralement jeune (52%) (17).

Ce résultat était comparable à celui de Diarra S. au Mali qui avait trouvé 62,1% (11). Par contre TLJI A. au Maroc (18) avait signalé une prédominance de la tranche d'âge de 25 à 35 ans avec 48 %. Et Togola H. avait eu 47,7% pour la tranche d'âge de 21 à 30 ans (19). Cette différence pourrait être expliquée par la variation des limites des tranches d'âges selon les études.

Durant notre étude les femmes mariées ont représenté 96%. Ce résultat était similaire à ceux de Diarra S et Togola H et qui ont retrouvé respectivement 87,9% et 88,1% (11, 19). Ces résultats pourraient être expliqués par l'âge précoce d'entrée en union des femmes au Mali ; selon EDS (VI) 53 % des femmes étaient déjà en union avant 18 ans exacts (17).

La polygamie demeure une pratique assez répandue au Mali puisqu'elle concerne 37 % (17). Au cours de notre étude 29% des participantes vivaient dans un régime

polygamique avec existence des coépouses. Ce résultat était différent de celui retrouvé par Togola H soit 8,3% ; cela pourrait s'expliquer par la différence de méthodologie et le type d'échantillonnage (19). La durée de l'union inférieure à Cinq (5) ans était la plus fréquente soit 44,28% des cas.

Au Mali 2/3 des femmes soit 66% n'ont aucun niveau d'instruction (17). Parmi les participantes enquêtées durant notre étude, 54,72% étaient non scolarisées et 81,09% étaient des ménagères. Ces résultats étaient comparables à ceux de Togola H qui a retrouvé respectivement 58,4% et 83,9% (19).

Le lieu d'accouchement privilégié par les participantes était une structure de santé soit 95%. Cela pourrait être expliqué par le renforcement des activités de sensibilisation menée par le CCom U de Konobougou dans le cadre de la promotion de la santé de la reproduction. Dans notre étude, 91,04% des participantes provenaient directement de la maison. Selon Togola H, les patientes ayant accouché dans une structure de santé étaient les plus représentées avec 98,5% et les patientes venant de la maison étaient les plus représentées avec 77,2% (18).

5.2. Antécédents

L'hypertension artérielle prédominait l'ensemble des antécédents médicaux (9,95 %). Elle a été retrouvée chez 5,47% des participantes suivies de gastrite (1,99%), de drépanocytose (1,49%), d'épilepsie (0,50%) et d'anémie (0,50%).

Les antécédents chirurgicaux étaient prédominés par la césarienne (2,49%) suivie de l'intervention pour la GEU (0,5%).

Les paucipares représentaient 36,82% suivies des multipares (35,32%) et des primipares (27,86%). Ces résultats étaient différents de ceux retrouvés par Diarra S et Togola H qui ont retrouvé respectivement pour la primiparité 36,3% et 34% (11, 19). Cette différence pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon et le type d'étude ; la nôtre était une étude de cohorte.

Notre étude a retrouvé 75,62% des participantes qui avaient une parité inférieure à 5 et l'antécédent d'avortement a été retrouvé chez 8,46 % des participantes. Ce

résultat pourrait être expliqué par l'âge jeune de la population malienne et les activités de la promotion et de la sensibilisation du CscCom U de Konobougou.

La grossesse était à terme chez 98,01% des participantes durant notre étude. Ce résultat pourrait être expliqué par la qualité et le nombre des consultations prénatales au CscCom U de Konobougou.

La consultation prénatale a été effective dans 46,27% des cas ; par contre 9,45% des participantes n'avaient pas fait la consultation prénatale durant notre étude.

L'accouchement a été eutocique dans 94% des cas. Ces résultats pourront être expliqués par les activités de communication interpersonnelle et l'accessibilité géographique.

La majorité des participantes ont été enquêtée dans les suites de couche soit 57,21% suivi de la consultation postnatale et ou au cours du PEV (37,31%). Les participantes enregistrées au cours des premières semaines (1 à 4) du post-partum ont représenté 97,51%. Ces résultats pourront être expliqués par l'accessibilité géographique, l'appropriation du CScCom-U par la communauté de Konobougou.

5.3. Fréquences des troubles psychiques

Le temps de la grossesse et de la périnatalité constitue pour le père et la mère une étape de réorganisation psychique qui favorise une vulnérabilité pouvant être à l'origine de la survenue ou de la décompensation d'une pathologie psychiatrique (20).

Durant notre étude, l'outil du dépistage nous a permis de diagnostiquer les troubles psychiques à l'image de ceux décrits dans la littérature notamment : la psychose puerpérale, le stress post traumatique, le blues du post-partum, l'anxiété et la dépression avec des prévalences variant de 0,50 à 5,47%.

➤ La dépression du post-partum :

La fréquence de la dépression postnatale durant notre étude a été 5,47%.

Ce résultat était proche de celui de MASSOUBRE C avec 7 % de dépression mineure et 3 % de dépression majeure chez les femmes (20). Cependant, il était inférieur à ceux de Bydlowski S qui a retrouvé 13% de dépression du post partum

(2) et de Gavin qui a retrouvé 19.2% (IC95% = 10.7 - 31.9%) dans les 3 mois suivant la naissance de leur enfant. Sur la même période, la prévalence des épisodes dépressifs majeurs serait de 7.1% (IC95% = 4.1 - 11.7%) (21). Cette différence pourrait être expliquée par la méthodologie utilisée et également dans notre étude, il n'y avait pas de cas de dépression majeur.

➤ **L'anxiété :**

Elle concernait 3,98% de nos participantes. Ce taux était comparable ceux retrouvés par Wenzel A. chez qui les taux de prévalence des troubles d'anxiété sociale pendant la période du post partum précoce variaient de 0,2 à 6,5% (22). Notre taux était inférieur aux taux de Matthey et Makrides qui ont retrouvé respectivement 10,4% et 16,2% des troubles anxieux (phobies, trouble panique ou troubles de l'ajustement) et 20.6% des symptômes anxieux (23 ; 24).

➤ **Le post-partum blues :**

Le post-partum blues survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement est transitoire et spontanément résolutif. Il concernait 5,47 % des participantes. Ce résultat était inférieur à ceux généralement décrits dans la littérature. Selon Bydlowski S et Élise R. ils avaient eu respectivement (50 à 80 %) et (30 à 80 %) (2, 25).

➤ **Par ailleurs le stress post traumatique et la psychose puerpérale** ont été retrouvés respectivement chez 0,50% des participante.

Notre fréquence du Stress post traumatique était inférieur à la moyenne retrouvée par Yildiz portant sur une méta-analyse ou la prévalence moyenne du stress post traumatique au niveau communautaire pour la majorité des études était de 4,0% (95%, CI 2,44-4,54) (26).

5.4. Suivi des troubles psychiques du post partum

Les troubles psychiques rencontrés durant notre étude était apparus entre une à trois semaines suivant l'accouchement dans 96,87%. La durée d'évolution était entre une à trois semaines dans 46,87% des cas. Ces résultats corroborent avec ceux retrouvés dans la littérature.

Selon Katell F, Le post-partum blues apparaît entre le 2^e et le 5^e jour, avec un pic au 3^e jour, contemporain de la montée laiteuse. Il dure quelques jours et est spontanément résolutif.

Les troubles de l'humeur du post-partum surviennent le plus souvent dans les 3 à 6 semaines. Leur durée varie de plusieurs semaines à plus d'un an (27).

5.5. Facteurs de risques liés aux troubles psychiques du post partum

La période périnatale est également une période au cours de laquelle peut survenir un premier épisode psychiatrique. Le dépistage des femmes à risque de déclencher un trouble psychiatrique en période périnatale parmi les patientes indemnes de toute pathologie psychiatrique antérieure est donc essentiel (28).

La motivation de la grossesse était désireuse mais non planifiée dans 86,07% des cas durant notre étude.

Les facteurs de risque dépistés au cours de notre étude étaient : les facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynéco-obstétriques et les facteurs psychosociaux et histoire personnelle. Ils étaient présents respectivement chez 7,46% ; 38,31% ; 28,36% ; et 10,45% des participantes.

Durant notre étude, nous avons trouvé un lien statistique entre :

➤ La dépression et les facteurs comme : la multiparité ($p= 0,049$; $RR = 3,34$ et $IC [1,01-11,04]$) ; le décès d'enfant ($p= 0,001$; $RR = 12,19$ et $IC [4,35-34,17]$) ; l'âge de 25 ans et plus ($p= 0,001$; $RR = 6,14$ et $IC [1,36-27,70]$) ; l'antécédent médical ($p= 0,015$; $RR = 5,17$ et $IC [1,66-16,14]$).

Selon Hartmann JM un risque plus élevé de la dépression du post partum a été retrouvé chez les multipares ($p= 0,001$; $RR = 2,80$ et $IC [2,15-3,65]$) (29) ;

Rushj GEC a également retrouvé que la multiparité était un facteur de risque significatif pour le développement de la dépression (30).

Cela pourrait être expliqué par le retrait brutal des hormones (œstradiol) dans les premiers jours du post partum ayant un effet déstabilisant sur l'humeur.

Selon Milgrom le risque de souffrir de dépression à 6 semaines postpartum serait augmenté chez les femmes ayant souffert auparavant de dépression mineure (OR

= 3.21, IC95% = 2.62 - 3.94) ou majeure (OR = 4.52, IC95% = 3.43 - 5.96) mais aussi de troubles anxieux (OR = 3.34, IC95% = 2.41 - 4.61) et de troubles dépressifs avec anxiété comorbide (OR = 6.13, IC95% = 4.73 - 7.94) (31).

➤ L'anxiété et l'antécédent médical ($p= 0,034$; RR = 5,43 et IC [1,40-21,05]).

Selon Bell les évènements de vie également semblent favoriser la survenue de symptômes anxieux à 2 mois (OR = 1.53 ; IC95% =1.25 - 1.88), et 8 mois post partum (OR =1.53 ; IC95% =1.24 – 1.87) (32) et selon Yelland à 6 mois post partum (AOR = 4.27, IC95% = 3.2 – 5.6 si ≥ 3 évènements) (33).

➤ Le blues du post partum et les facteurs comme : la multiparité ($p= 0,049$; RR = 3,35 et IC [1,01-11,04]) ; l'âge de 25 ans et plus ($p= 0,056$; RR = 3,64 et IC [0,99-13,31]) ; l'antécédent chirurgical ($p= 0,036$; RR = 7,22 et IC [1,97-26,48]).

Selon Buttner MM 2012 et Gonidakis F 2007 : les symptômes d'humeur négative atteignent un pic entre le troisième et le cinquième jour du post partum, ce qui reflète peut-être les réajustements hormonaux après accouchement (34 ;35).

- Le stress post traumatique et les facteurs psychosociaux et histoire personnelle notamment l'évènement stressante pendant la grossesse ($p= 0,014$). Il a été rapporté dans d'autres études des facteurs comme l'antécédent de traumatisme et les expériences de la naissance ayant des liens avec la survenue du stress post traumatique du post partum (25).

CONCLUSION

6. Conclusion :

Le post-partum étant décrit comme une période de grande vulnérabilité psychique avec un risque important de décompensation.

Durant notre étude, il s'agissait de déterminer les prévalences des troubles psychiques du post partum étant exposées à des facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynéco-obstétrique, facteurs psychosociaux et histoire de la famille.

Elle nous a permis de retrouver des troubles psychiques comme la dépression, l'anxiété, le post partum Blue, le stress post traumatique et la psychose du post-partum ayant eu des liens statistiques avec certains facteurs dont la multiparité, les antécédents médicaux et le décès d'enfant.

RECOMMANDATIONS

7. Recommandations :

Au décours de toutes ces constatations, nous formulons les recommandations suivantes :

Aux Femmes en âges de procréer et gestantes

- Respecter les calendriers de consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON).

Aux Autorités administratives sanitaires

- Créer un réseau de psychiatrie périnatale ;
- Former les agents de santé au niveau communautaire sur le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques en particulier de la période périnatale ;
- Introduire l'outil de dépistage des troubles psychiques périnatale dans les outils de la consultation prénatales (CPN) et consultation post natal (CPON) comme recommande l'OMS.

Aux agents de la santé

- Renforcer les activités de sensibilisation au cours des consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON) sur le dépistage des facteurs de risque des troubles psychiques ;
- Faire le dépistage systématique des facteurs de risque des troubles psychiques de la période périnatale au cours des consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON) ;
- Faire le dépistage systématique des troubles psychiques de la période périnatale au cours des consultations prénatales (CPN) et consultations post natal (CPON).

REFERENCES

Références

1. **Haute Autorité de Santé.** Psychiatrie et santé mentale 2018-2023. Programme pluriannuel. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf
2. **Bydlowski S.** Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : Recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2015; 44: 1152-1156.
3. **Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B.** The costs of perinatal mental health problems. London: Centre for Mental Health 2014; 43p.
4. **Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H et al.** Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. Eur Psychiatry 2015; 30(2):322-8.
5. **National Institute for Health and Care Excellence.** Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. Clinical guideline. London : NICE ; 2019. Programme pluriannuel et Psychiatrie et santé mentale 2018-2023.
6. **Bales M, Pambrun E, Melchior M, Glangeaud-Freudenthal NM, Charles MA, Verdoux H et al.** Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort. Eur Psychiatry 2015 ; 30(2) :322-8.
7. **Comité national d'experts sur la mortalité maternelle.** Les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du CNEMM sur la mortalité maternelle 2007–2009, Inserm, 2013.
8. The WHO application of ICD-10 codes to deaths during pregnancy, childbirth and the postpartum period. 2012.
9. **Rousseau D, Riquin E, Rozé M, Duverger P, Saulnier P.** Devenir à long terme de très jeunes enfants placés à l'Aide sociale à l'enfance Revue Française des Affaires Sociales 2016 ; 1 : 343-74.

10. **GUEYE (M).** Les psychoses puerpérales en milieu sénégalais (A propos de 92 observations). Thèse Med Dakar 1976, n°27.
11. **DIARRA (S.),** les psychoses puerpérales en milieu psychiatrique à Bamako : à propos de 124 cas. Thèse de Méd. n°58 2003
12. **J Achim, M. Benoit et M.M** Adaptation du Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées. OMS, DSM-5, 2014.
13. **Merger R, Lévy J, J Melchior.** Précis d'obstétrique. 6e édition, Masson, Paris, 2001, ISBN : 9782294008979, 624p.
14. **Dictionnaire de français Larousse.** Consulté le 02/03/2022 <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395#:~:text=1.,la%20%C3%A9condation%20et%20l'accouchement.&text=2.,d%C3%A9veloppe%20d'ans%20l'ut%C3%A9rus%20maternel>
15. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF).** Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone, Support de Cours (Version PDF) 2010-2011.
16. **Crocq M A, Guelfi J D.** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. DSM-5, 5^e édition, 2015. Consulté le 02/03/2022 <https://psyclinicfes.files.wordpress.com/2020/03/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux.pdf>
17. **Institut National de la Statistique (INSTAT),** Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
18. **TLIJI A.** Psychoses puerpérales : étude rétrospective étalée sur 10 ans au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès au Maroc.
19. **Togola H.** Etude épidémio-clinique des psychoses puerpérales dans le service de psychiatrie du CHU du Point G. Thèse Méd, FMOS, 2015, 88p.

- 20.MASSOUBRE C, DESFONDS E, BENDJEDDOU M.** Les troubles psychiatriques du péri et du post-partum. Urgences psychiatriques, CHU de Saint-Étienne, Hôpital Nord, Chapitre 24, 2014, 12p.
- 21.Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, et al.** Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005;106:1071–83.
- 22.Wenzel A, Stuart SC.** Anxiety in childbearing women: diagnosis and treatment. Washington DC: American Psychological Association; 2011.
- 23.Matthey, S., Barnett, B., Howie, P., & Kavanagh, D.** Diagnosing postpartum depression in mothers and fathers: Whatever happened to anxiety? *Journal of Affective Disorders*, 2003 ; 74(2), 139–147. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00012-5)
- 24.Makrides, M., Gibson, R. A., McPhee, A. J., Yelland, L., Quinlivan, J., & Ryan, P.** Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *Jama*, 2010 ;304(15), 1675-1683.
- 25.Riquin E, Faure K, Legras M, Chocard A S, Gillard P, Descamps P et al.** Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien* 2015 ; 65 (19) : 701-708.
- 26.Yildiz, P. D., Ayers, S., & Phillips, L.**The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 2017 : 208, 634-645.
- 27. Katell F, Matthieu L, Anne-Sophie C, Philippe D.** Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. *La revue du praticien* 2008 ;58(15) : 1475-1482
- 28.Lescarret M R.** Prévention et pathologies mentales en période périnatale. Thèse med, Université Bordeaux, France, 2016, n°3038, 167p.
- 29.Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A.**Postpartum depression: prevalence and associated factors. *Cadernos de saude publica*, 2017 ; 33(9), e00094016-e00094016.

- 30. Ruschi GEC, Mattar SYSR, Chambô Filho A, Zandonade AE, Lima VJL.** Aspectos epide - miológicos da depressão pós-parto em amos - tra brasileira. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2007; 29:274-80.
- 31. Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., ... & Buist, A.** Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. Journal of affective disorders, 2008 ; 108(1-2), 147-157.
- 32. BELL, A. F., CARTER, C. S., DAVIS, J. M., et al.** Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. Archives of women's mental health, 2016, vol. 19, no 2, p. 219-227.
- 33. YELLAND, Jane, SUTHERLAND, Georgina, et BROWN, Stephanie J.** Postpartum anxiety, depression and social health: findings from a population-based survey of Australian women. BMC public health, 2010, vol. 10, no 1, p. 1-11.
- 34. Buttner MM, O'Hara MW, Watson D.** The structure of women's mood in the early postpartum. Assessment 2012;19:247-56.
- 35. Gonidakis F, Rabavilas AD, Varsou E, et al.** Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. J Affect Disord 2007 ;99:107-15.

ANNEXES

CHRONOGRAMME

(Diagramme de GANTT) :

Activités	Chronogramme																Res pon sabl e
	MOIS 1				MOIS 2				MOIS 3				MOIS 4				
	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Prise de contact avec l'équipe du CScCom U																	
Explication des raisons de cette étude																	
Collecte des données																	
Analyse des données collectées																	
Restitution du résultat de l'évaluation avec les acteurs impliqués																	
Réalisation des documents du mémoire																	

Fiche d'enquête

A) **Données sociodémographiques :**

Q1 : Numéro du dossier :/Tel :

Q2 : Nom : Prénom :

Numéro D'identification :

Q3 : Age :

Q4 : Statut matrimonial : /-----/

1 : Célibataire 3 : Veuve 5 : Séparée
2 : Mariée 4 : Divorcée 6 : Autres

Q5 : Régime (existence de Coépouse) /-----/

1 : Oui 3 : Non

Q6 : Durée : de l'union :

Q7 : Niveau de scolarité : /...../

1 : Non scolarisée 3 : Secondaire
2 : Primaire 4 : Supérieur

Q8 : Profession : /-----/

1 : Ménagère 2 : Vendeuse/Commerçante 3 : Fonctionnaire
4 : Etudiant/Elève 5 : Aide-ménagère 6 : Autres

Q9 : Résidence :

Q10 : Provenance :

1 : Maison 3 : Autres structures de santé
2 : Accoucheuse traditionnelle 4 : Marabout 5 : Autre à préciser

Q11 : Lieu d'accouchement :

1 : A Domicile 2 : Dans une structure de santé

B) **Les antécédents**

Q12 : Médicaux :

1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Drépanocytose ou autres hémopathies, 4 : Cardiopathie 5 : Tuberculose, 6 : Anémie 7 : Autre à préciser 8 : RAS

Q13 : Chirurgicaux/...../

1 : Césarienne, 2 : GEU, 3 : Myomectomie, 4 : Curetage, 5 : Laparotomie pour 6 : Appendicectomie, 7 : Autres à préciser..... 8 : RAS

Q14 : Obstétricaux : (nombre)

1 : G..... 2 : P..... 3 : V..... 4 : D.....
5 : A..... 6 : MNé.....

Q 15 : Avortements (nombre)

1 : Spontanés 2 : Provoqués

Q 16 : **Accouchements prématurés (nombre)**

Q17 : **Age Gestationnel** :

1 : grossesse à terme 2 : grossesse non à terme

Q18 : **Suivi des CPN (nombre)**.....

1 : Moins de 4, 2 : 4 et Plus, 3 : Pas de CPN

Q19 : **Mode d'accouchement** :

1 : Eutocique 2 : Dystocique 3 : Césarienne 4 : Dystocie + Césarienne

Q 22 : **Motivation de la grossesse** : Grossesse désirée planifiée/-----/ ; Grossesse désirée non planifiée /-----/; grossesse non désirée/-----/

Sans avis /-----/

C) **Données socio-économique conjoint** :

Q 23 : **Profession du conjoint** :

Q 24 : **Age Conjoint** :

Q 25 : **Niveau d'instruction du Conjoint** : /-----/

1 : Supérieur 2 : Secondaire

3 : Primaire 4 Non scolarisé

Q 26 : **Impression par rapport à la grossesse** /-----/

1 : Désireux 2 : Enthousiaste

3 : Mécontent 4 : Indifférent 5 : Sans avis

Q 27 : **Qui est ce qui supporte le coût des ordonnances** : /-----/

1 : Conjoint 2 : Moi-même 3 : quelqu'un de la belle-famille :

4 : Quelqu'un de ma famille 4 : Tierce personne

Q 28 : **Qui vous a accompagné pour l'accouchement** : /-----/

1 : Parents de la belle-famille 2 : Mes propres parents

3 : Veilles du quartier 4 : Une amie 5 : Personne

D) **Origine de la demande** : /-----/

1 : Elle-même 2 : Par une tierce personne 3 : Demande non exprimée/découverte fortuite

4 : lors CPON 5 : PEV 6 : Autre à préciser

E) **Données cliniques** :

Q 29

Dépression postnatale

- DEP1 : Humeur dépressive, tristesse persistante
- DEP2 : Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes
- DEP3 : Perte d'énergie ou fatigue
- DEP4 : Problèmes de sommeil
- DEP5 : Problèmes d'appétit
- DEP6 : Agitation ou ralentissement psychomoteur
- DEP7 : Difficultés de concentration ou d'exécution des activités habituelles
- DEP8 : Pensées récurrentes concernant la mort ou désir de mourir
- DEP9 : Autres symptômes (p. ex., retrait social, symptômes somatiques). SVP précisez
- DEPP 10 : Désintérêt à l'égard du bébé
- DEPP 11 : Rumination pessimiste à l'égard du rôle de mère
-

Trouble bipolaire

- TB1 : Alternance de symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, flot de paroles excessif, irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportements imprudents récurrents) et de symptômes dépressifs

Psychose (la présence des critères PSY2 ou PSY3 ou PSY4 est nécessaire)

- . SVP précisez : _____

Psychose postnatale

- PSYP 1 : Les symptômes de psychose doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement
- PSY2 : Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée)
- PSY3 : Délires (croyances erronées fermement soutenues, divergeant de la norme et non-fondées culturellement)
- PSY4 : Hallucinations (perceptions sensorielles de choses qui n'existent pas –par ex : voix, vision- qui n'ont pas d'explication culturelle)
- PSY5 : Catatonie (immobilité pouvant alterner avec une agitation excessive sans but apparent, résistance active aux tentatives de mobilisation, mutisme)
- PSY6 : Dysfonctionnement marqué au plan social ou des activités, perte de volonté
- PSY7 : Autres symptômes (p. ex., agressivité verbale ou physique inhabituelle).

Troubles liés à la consommation d'alcool (la présence du critère TCA 1 est nécessaire)

- TCA1 : Personne sous l'influence de l'alcool (p. ex., odeur d'alcool, difficultés d'élocution, difficultés de coordination motrice, comportements agressifs) de façon

récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres

TCA2 : Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool : insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées

TCA3 Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Troubles liés à la consommation de drogues (la présence du critère TCD 1 est nécessaire)

TCD1 : Personne sous l'effet d'une drogue (p. ex., manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres

TCD2 : Signes indiquant l'utilisation de drogues (p. ex., marques d'injections, infections cutanées, apparence peu soignée)

TCD3 : Demandes répétées de prescription de médicaments sédatifs (p. ex., somnifères, opioïdes)

TCD4 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Stress post-traumatique (la présence du critère SPT 1 est nécessaire ainsi qu'au moins un autre critère)

SPT 1 : Réactions à un (ou plusieurs) événement(s) *passé(s)* ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison d'une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes

SPT2 : Événements constamment revécus : souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars, flashbacks (revivre la scène comme si on y était encore), détresse importante liée à des indices évoquant l'événement passé

SPT 3 : Dissociation : sentiment d'être absent à soi ou à l'extérieur de soi et détaché des autres

SPT4 : Tentative d'évitement persistant de tout ce qui peut rappeler l'événement passé et/ou incapacité de s'en rappeler

SPT5 : Difficultés de sommeil, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, hyper vigilance et sursauts exagérés

SPT6 : Sentiment de ne plus avoir de rêves ou d'aspirations ou de ne plus pouvoir faire de projets pour l'avenir

SPT 7 : Autres symptômes (p. ex., croyances négatives persistantes liées au mauvais sort, esprits).

Anxiété (la présence du critère ANX 1 ou de ANX 2 est nécessaire)

ANX 1 : Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes (distinguer du stress post-traumatique où la menace est *passée*)

ANX2 : Symptômes physiques possibles : Tension musculaire, sensation de boule dans la gorge, tremblements, accélération du rythme cardiaque, nervosité

ANX3 : Difficultés de sommeil

ANX4 : Difficultés de concentration

- Blues du post-partum
- Survenue dans les jours qui suivent immédiatement la naissance
- Labilité de l'humeur
- Hypersensibilité
- Irritabilité
- Spontanément résolutif et sans gravité
- Difficultés d'adaptation liées à l'histoire ou contexte de vie
- DAD 1 : Précisez et rapportez dans le registre (p. ex., problèmes familiaux ou de couple, violence conjugale, abus sexuel ou physique, problèmes de santé, pauvreté extrême, rejet ou exclusion sociale, conflit socio-politique) :

©Adaptation du *Guide d'interventionmhGAP pour luttercontre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terradas (2014). Cette adaptation tientcompte des critères du American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*(5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorder

F) Les concepts populaires :

Q30 : Diagnostic traditionnel envisagé par les parents :/

- 1: Djinè bana 2 : Hakili bana
3: Kounafen 4: Djoliyèlèla kunkolofè 5 : Indéterminé

Q31: Circuit thérapeutique :/

- 1 : traditionnel 2 : Conventionnel 3 : Mixte

Q32 : Conséquence sur la relation mère-enfant :/

- 1 : Indifférence 2: Maltraitance
3 : Privation des soins 4 : Infanticide
5 : absence 6Autres

Q33 : Evolution :/

- 1: Stable 2: Instable

G) Période :

Q34 : **Post-partum** (Durée) :..... /

1 : 1 à 4 semaines

2 : 5 à 6 semaines

H) Facteurs liés à une vulnérabilité psychique

Q35 : les antécédents de carences affectives..... / 1 : OUI 2 : NON

Q36 : les antécédents de maltraitance..... / 1 : OUI 2 : NON

Q37 : les antécédents d'abus sexuels pendant l'enfance..... / 1 : OUI 2 : NON

Q38 : les antécédents personnels de troubles psychiatriques / 1 : OUI 2 : NON

Q39 : les antécédents familiaux de troubles psychiatriques / 1 : OUI 2 : NON

I) Facteurs biologiques

Q40:

- Multiparité / 1 : OUI 2 : NON

- Grossesses multiples..... / 1 : OUI 2 : NON

- Maladie chronique..... / 1 : OUI 2 : NON

- Prématurité et faible poids de naissance du bébé / 1 : OUI 2 : NON

J) Facteurs gynécologiques et obstétricaux

Q41: la primiparité / 1 : OUI 2 : NON

Q42 : l'interruption de grossesse / 1 : OUI 2 : NON

Q43 : Si interruption de grossesse

Volontaire / 1 : OUI 2 : NON

Médicale / 1 : OUI 2 : NON

Q44 : la suspicion de malformation anténatale / 1 : OUI 2 : NON

Q45 : l'accouchement prématuré / 1 : OUI 2 : NON

Q46 : l'accouchement dystocique / 1 : OUI 2 : NON

Q47 : la césarienne en urgence / 1 : OUI 2 : NON

Q48 : la césarienne programmée / 1 : OUI 2 : NON

Q49 : anesthésie générale / 1 : OUI 2 : NON

K) Facteurs psychosociaux et histoire personnelle

Q50: la grossesse non désirée / 1 : OUI 2 : NON

Q51 : l'âge jeune notamment l'adolescence / 1 : OUI 2 : NON

Q52 : la mère célibataire / 1 : OUI 2 : NON

Q53 : les conflits conjugaux / 1 : OUI 2 : NON

Q54 : le décès d'un enfant / 1 : OUI 2 : NON

Q55 : le deuil périnatal d'une personne proche / 1 : OUI 2 : NON

Q56 : les événements de vie stressants pendant la grossesse / 1 : OUI 2 : NON

Q57 : l'isolement familial et social / 1 : OUI 2 : NON

Q58 : la précarité socio-économique / 1 : OUI 2 : NON

L) Examen physique :

Q59 : Examen général :...../

1: Normal 2: AEG 3: Autres

Q60 : Examen gynéco-obstétrique :..... /

1: Normal 2 : Infection 3: Autres

M) Examens complémentaires :

Q61: Résultats des examens complémentaires :...../

1: HB:	Normal	Anormal	Non fait	Non Disponible	
2: GE:	Positif	Négatif	Non fait	Non Disponible	
3: Glycémie:	Hypoglycémie	Hyperglycémie	Normal	Non fait	Non Disponible
4: VIH:	Positif	Négatif	Non fait	Non Disponible	
5: Widal:	Positif	Négatif	Non fait	Non Disponible	
6: BW:	Positif	Négatif	Non fait	Non Disponible	
7: Toxoplasmose:	Positif	Négatif	Non fait	Non Disponible	
8: EEG:	Normal	Anormal	Non fait	Non Disponible	
9 :ECG :	Normal	Anormal	Non fait	Non Disponible	
10: Albumine :	Normal	Anormal	Non fait	Non Disponible	
11 :Autres:	Normal	Anormal			

Q62 : Suivi:...../

1: Externe 2: Hospitalisation

N) Prise en charge :

Q63: Chimiothérapie psychiatrique :..... /

1: Antidépresseurs 2 : Anxiolytiques
3 : Neuroleptiques 4 : Neuroleptiques + Antidépresseurs
5 : Antidépresseurs + Anxiolytiques 6 : Hypnotiques 7: Non

Q64 : Psychothérapie :...../

1: OUI 2: NON

DATE :

Fiche de suivi

Numéro D'identification :/

Suivi N° :.....

Date de suivi :.....

E)Données cliniques :

Q 29

<input type="checkbox"/> Dépression postnatale
<input type="checkbox"/> DEP1 : Humeur dépressive, tristesse persistante
<input type="checkbox"/> DEP2 : Diminution de l'intérêt ou du plaisir dans la pratique d'activités auparavant intéressantes
<input type="checkbox"/> DEP3 : Perte d'énergie ou fatigue
<input type="checkbox"/> DEP4 : Problèmes de sommeil
<input type="checkbox"/> DEP5 : Problèmes d'appétit
<input type="checkbox"/> DEP6 : Agitation ou ralentissement psychomoteur
<input type="checkbox"/> DEP7 : Difficultés de concentration ou d'exécution des activités habituelles
<input type="checkbox"/> DEP8 : Pensées récurrentes concernant la mort ou désir de mourir
<input type="checkbox"/> DEP9 : Autres symptômes (p. ex., retrait social, symptômes somatiques). SVP précisez
<input type="checkbox"/> DEPP 10 : Désintérêt à l'égard du bébé
<input type="checkbox"/> DEPP 11 : Rumination pessimiste à l'égard du rôle de mère
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire
<input type="checkbox"/> TB1 : Alternance de symptômes maniaques (euphorie anormale, trop d'énergie, flot de paroles excessif, irritabilité, réduction du temps de sommeil, comportements imprudents récurrents) et de symptômes dépressifs
<input type="checkbox"/> Psychose (la présence des critères PSY2 ou PSY3 ou PSY4 est nécessaire)
<input type="checkbox"/> . SVP précisez : _____
<input type="checkbox"/> Psychose postnatale
<input type="checkbox"/> PSYP 1 : Les symptômes de psychose doivent survenir dans les premières semaines suite à l'accouchement
<input type="checkbox"/> PSY2 : Comportement anormal ou désorganisé (discours incohérent ou hors propos, apparence inhabituelle, négligence de soi, apparence peu soignée)
<input type="checkbox"/> PSY3 : Délires (croyances erronées fermement soutenues, divergeant de la norme et non-fondées culturellement)
<input type="checkbox"/> PSY4 : Hallucinations (perceptions sensorielles de choses qui n'existent pas –par ex : voix, vision- qui n'ont pas d'explication culturelle)

- PSY5 : Catatonie (immobilité pouvant alterner avec une agitation excessive sans but apparent, résistance active aux tentatives de mobilisation, mutisme)
- PSY6 : Dysfonctionnement marqué au plan social ou des activités, perte de volonté
- PSY7 : Autres symptômes (p. ex., agressivité verbale ou physique inhabituelle).

Troubles liés à la consommation d'alcool (la présence du critère TCA 1 est nécessaire)

- TCA1 : Personne sous l'influence de l'alcool (p. ex., odeur d'alcool, difficultés d'élocution, difficultés de coordination motrice, comportements agressifs) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- TCA2 : Symptômes somatiques associés à la consommation d'alcool : insomnie, fatigue, anorexie, nausées, vomissements, indigestion, diarrhée, céphalées
- TCA3 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Troubles liés à la consommation de drogues (la présence du critère TCD 1 est nécessaire)

- TCD1 : Personne sous l'effet d'une drogue (p. ex., manque d'énergie, agitation, incapacité à se tenir tranquille, langage inarticulé) de façon récurrente, tel que rapporté par elle-même ou constaté par d'autres
- TCD2 : Signes indiquant l'utilisation de drogues (p. ex., marques d'injections, infections cutanées, apparence peu soignée)
- TCD3 : Demandes répétées de prescription de médicaments sédatifs (p. ex., somnifères, opioïdes)
- TCD4 : Difficultés dans l'exécution des activités habituelles

Stress post-traumatique (la présence du critère SPT 1 est nécessaire ainsi qu'au moins un autre critère)

- SPT 1 : Réactions à un (ou plusieurs) événement(s) passé(s) ayant suscité un sentiment de peur, d'horreur ou d'impuissance en raison d'une menace pour sa vie ou celle d'autres personnes
- SPT2 : Événements constamment revécus : souvenirs répétitifs et envahissants, cauchemars, flashbacks (revivre la scène comme si on y était encore), détresse importante liée à des indices évoquant l'événement passé
- SPT 3 : Dissociation : sentiment d'être absent à soi ou à l'extérieur de soi et détaché des autres
- SPT4 : Tentative d'évitement persistant de tout ce qui peut rappeler l'événement passé et/ou incapacité de s'en rappeler
- SPT5 : Difficultés de sommeil, irritabilité ou colère, difficultés de concentration, hyper vigilance et sursauts exagérés
- SPT6 : Sentiment de ne plus avoir de rêves ou d'aspirations ou de ne plus pouvoir faire de projets pour l'avenir
- SPT 7 : Autres symptômes (p. ex., croyances négatives persistantes liées au mauvais sort, esprits).

- Anxiété (la présence du critère ANX 1 ou de ANX 2 est nécessaire)
- ANX 1 : Anticipation et/ou peur liées à une ou plusieurs situations perçues comme menaçantes (distinguer du stress post-traumatique où la menace est *passée*)
- ANX2 : Symptômes physiques possibles : Tension musculaire, sensation de boule dans la gorge, tremblements, accélération du rythme cardiaque, nervosité
- ANX3 : Difficultés de sommeil
- ANX4 : Difficultés de concentration

Blues du post-partum

- Survenue dans les jours qui suivent immédiatement la naissance
- Labilité de l'humeur
- Hypersensibilité
- Irritabilité
- Spontanément résolutif et sans gravité

Difficultés d'adaptation liées à l'histoire ou contexte de vie

- DAD 1 : Précisez et rapportez dans le registre (p. ex., problèmes familiaux ou de couple, violence conjugale, abus sexuel ou physique, problèmes de santé, pauvreté extrême, rejet ou exclusion sociale, conflit socio-politique) :

©Adaptation du *Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées*, Version 1.0, de l'Organisation mondiale de la santé, effectuée par J. Achim, M. Benoit et M.M. Terradas (2014). Cette adaptation tient compte des critères du American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc., et du DC: 0-3R (2013). Diagnostic classification of mental health and developmental disorder

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Diaby

Prénom : Abasse

Adresse email : diaby127@yahoo.fr

Ville de soutenance : Bamako (Mali)

Pays d'origine : Mali

Titre : Evaluation des Troubles Psychiques en Période du Post partum en Médecine de Première Ligne Cas du CScCom-U de Konobougou

Lieu de dépôt : Faculté de médecine et d'Odonto-stomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé de la reproduction, Santé publique

Introduction : Les troubles psychiques font l'objet de prévention et de dépistage et sont actuellement une priorité de santé publique : d'une part ils participent aux possibles complications obstétricales, d'autre part ils concourent à d'éventuels troubles chez le bébé ; enfin, certains peuvent se compliquer de suicide et/ou d'infanticide. L'objectif était d'évaluer les troubles psychiques en période du post partum au CScCom-U de Konobougou.

Méthodologie : IL s'agissait d'une étude analytique observationnelle de type cohorte pendant la période allant du 1er Mars au 31 juillet 2022, soit une durée de quatre (04) mois et portait sur 201 femmes en période du post-partum immédiate. **Résultat :** La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée soit 70% ; la moyenne d'âge était de 24 ans \pm 5,95 avec des extrêmes (15 à 45) ans. Les femmes mariées représentaient 96% et 29% des participantes vivaient dans un régime avec existence des coépouses. La fréquence globale des troubles psychiques était de 15,92%. Les facteurs de risque dépistés au cours de notre étude étaient : les facteurs liés à une vulnérabilité psychique, facteurs biologiques, facteurs gynéco-obstétriques et les facteurs psychosociaux et histoire personnelle. **Conclusion :** Notre étude nous a permis de retrouver des troubles psychiques comme la dépression, l'anxiété, le post partum Blue, le stress post traumatique et la psychose du post-partum ayant eu des liens statistiques avec certains facteurs dont la multiparité, l'antécédent médical et le décès d'enfant.

Mots clés : Trouble psychique, Post partum, fréquence, Facteurs de risque.

Introduction: Mental disorders are the subject of prevention and screening and are currently a public health priority: on the one hand they contribute to possible obstetric complications, on the other hand they contribute to possible disorders in the baby; finally, some may be complicated by suicide and/or infanticide. The objective was to assess mental disorders in the postpartum period at the CScCom-U of Konobougou. **Methodology:** This was a cohort-type observational analytical study during the period from March 1 to July 31, 2022, i.e. a duration of four (04) months and involved 201 women in the immediate postpartum period. **Results:** The age group of 20 to 35 years was the most represented, i.e. 70%; the average age was 24 years \pm 5.95 with extremes (15 to 45) years. Married women represented 96% and 29% of participants lived in a regime with the existence of co-wives. The overall frequency of mental disorders was 15.92%. The risk factors detected during our study were: factors related to psychological vulnerability, biological factors, gynecological factors and psychosocial factors and personal history. **Conclusion:** Our study allowed us to find psychic disorders such as depression, anxiety, postpartum Blue, post traumatic stress and postpartum psychosis having had statistical links with certain factors including multiparity, medical history and child death. **Keywords:** Psychic disorder, Postpartum, frequency, Risk factors.