

## FREQUENCE ET FACTEURS ASSOCIES A LA DEPRESSION MENTALE APRES UNE PERTE DE GROSSESSE : ANALYSE D'UNE COHORTE DANS 4 HOPITAUX DE DOUALA, CAMEROUN

C. NGUEFACK TCHENTE, M. SIZE MAPA, CH.N. EYOUM, P. JOLEN KAMGA, M. EKONO, E.T. MBOUDOU

### RESUME

**Introduction** : Le deuil après accouchement d'un mort-né demeure un sujet très peu connu dans notre environnement, or ces accouchées sont sujettes non seulement aux pathologies psychosomatiques mais aussi à la détresse émotionnelle. L'objectif était de déterminer la fréquence et les facteurs associés à la dépression mentale après une perte de grossesse.

**Méthodologie** : Il s'agissait d'une cohorte prospective incluant les femmes ayant perdu leur grossesse quel que soit l'âge gestationnel, sur une durée de 5 mois. Les informations recueillies par entretiens étaient consignées sur une fiche d'enquête. La 1ère partie de la fiche était remplie 24 heures après l'évènement et portait sur les caractéristiques sociodémographiques, psychosociales, et cliniques. Deux semaines plus tard, l'état de dépression mentale était évaluée à l'aide de l'échelle Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9). Après analyses descriptives et univariées, l'analyse multivariée a permis d'obtenir les facteurs associés à la dépression.

**Résultats** : Au total, 158 femmes ont été recrutées, âgées en moyenne de 29,52±5,9 ans. La fréquence de la dépression était de 57,6% avec 15,4% de dépression sévère. Les facteurs associés à la dépression étaient l'âge gestationnel (28-37SA; p=0,026), la réalisation des bilans biologiques et des échographies lors du suivi (p=0,031 et 0,032), la mort fœtale in utéro (p=0,011) et la grande multigestité (p=0,041). Après analyse multivariée, la réalisation des bilans biologiques lors du suivi était le facteur indépendant associé à la dépression mentale après perte de grossesse (aOR:2,017[1,05-3;84] p:0,033).

**Conclusion**: La dépression après perte de grossesse est fréquente dans notre milieu et associée à certains facteurs comme la survenue à l'âge de la viabilité du fœtus. Nous recommandons de la dépister systématiquement pour améliorer la santé mentale des patientes endeuillées.

**Mots-clés** : Dépression, Perte de grossesse, Fréquence, Facteurs associés, Douala, Cameroun

### SUMMARY

**Frequency and factors associated with depression after pregnancy loss: a cohort study in four hospitals of Douala, Cameroon.**

**Introduction**: The mourning after stillbirth is a subject not very known in our environment. Women after delivery are subject not only to psychosomatic pathologies but also to emotional distress. The aim was to determine the frequency and factors associated to mental depression after pregnancy loss.

**Methodology**: This was a prospective cohort including women who lost their pregnancy regardless of gestational age, over a period of 5 months. Informations gathered through interviews were recorded on a survey sheet. The first part of the form was completed 24 hours after the event and covered socio-demographic, psychosocial, and clinical characteristics. Two weeks later, mental depression was assessed using the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) scale. After descriptive and univariate analyzes, multivariate analysis yielded factors associated with depression.

**Results**: A total of 158 women were recruited, with an average age of 29.52 ± 5.9 years. The frequency of depression was 57.6% with 15.4% severe depression. Factors associated with depression were advanced gestational age (28-37SA; p = 0.026), performing laboratory and echography tests during pregnancy (p = 0.031 and 0.032), intrauterine fetal death (p = 0.011) and great multigestity (p = 0.041). After multivariate analysis, performing laboratory tests was the independent factor associated with mental depression after pregnancy loss (aOR: 2.017 [1.05-3; 84] p: 0.033).

**Conclusion**: Depression after pregnancy loss is frequent in our environment and associated with certain factors such as the occurrence at the age of the viability of the fetus. We recommend systematic screening of the depression to improve the mental health of our bereaved patients.

**Keywords**: Depression, Pregnancy loss, Frequency, Associated factors, Douala, Cameroon

**Tirés à part** : Tchente Nguéack Charlotte, Hôpital Général de Douala BP 303, Cameroun. Tél +237675305341. Email cnguefack2007@yahoo.fr

NGUEFACK TCHENTE C., SIZE MAPA M., N EYOUM CH., OLEN KAMGA J.P., EKONO M., MBOUDOU E.T.  
Fréquence et facteurs associés à la dépression mentale après une perte de grossesse : analyse d'une cohorte dans 4 hôpitaux de douala, Cameroun. Journal de la SAGO, 2020, vol.21, n°2, p.1-7

## INTRODUCTION

La dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration [22]. Sa fréquence varie de 15 à 20% dans le monde [13] et 5 à 10% au Cameroun [11]. Elle est secondaire aux complications physiques et psychiques et souvent associée à un événement fréquent de la vie : « le deuil » [1,2].

Les pertes de grossesse peuvent survenir avant la viabilité [ $<22$  semaines d'aménorrhée (SA)]; ou après la viabilité ( $\geq 22$  SA), ce sont les morts fœtales in utéro (MFIU). La fréquence varie en fonction du type de perte : 12 à 24% pour les avortements [14]; 1 à 2,5% pour les GEU [17,21,18]; la plupart (98%) des MFIU se produisent dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire [15]. La fréquence dans les pays développés varie de 1,3 à 8,8 pour mille [10]. En Afrique on a des fréquences de MFIU de 3,4 à 13,9% dans certaines études [19,24,12]. D'une manière globale ces pertes de grossesse avant la naissance d'un enfant vivant entraînent des réactions émotionnelles importantes.

Le vécu parental du deuil qui suit le non né demeure un sujet très peu connu or ces accouchées éprouvées sont dans leur ensemble un groupe sujet non seulement aux pathologies psychosomatiques mais aussi à la détresse émotionnelle [3]. Selon plusieurs auteurs tels que Keck et coll, Bidlowski et coll, Legendre et coll, les répercussions psychologiques après une perte de grossesse sont récurrentes et la dépression est la plus fréquente [13,16,3]. Sa fréquence varie selon les pays et selon les études de 10 à 50% voire 55% un mois après la perte [13,16,3,8]. Cette perte de grossesse est un impact psychique dans ce que le bébé est la représentation, le fantasme, la réponse aux problèmes de la vie courante.

Certains facteurs influencent la survenue de la dépression après perte fœtale. Séjourné et coll ont retrouvé comme facteur associé l'âge gestationnel, les antécédents de perte de grossesse, les antécédents psychiatriques et la grossesse non programmée [23].

Si de nombreuses études ont été réalisées dans le monde, au Cameroun, le devenir psychologique des femmes après perte de grossesse n'a pas encore été évalué. Dans le but d'apprécier la fréquence de la dépression mentale post perte de grossesse et les facteurs associés, nous avons réalisé ce travail.

## I. METHODOLOGIE

Une étude de cohorte prospective a été réalisée chez les femmes en hospitalisation dans cinq centres hospitaliers de la ville de Douala. Les patientes

ont été recrutées du 23 Décembre 2016 au 1<sup>er</sup> Mai 2017. Les critères d'inclusion étaient l'obtention du consentement éclairé, l'existence d'un avortement spontané, d'une grossesse extra utérine ou d'une mort fœtale in utéro. Ont été exclues les patientes avec une interruption volontaire de grossesse, une interruption thérapeutique de grossesse, les décès post naissance, et les cas de grossesse multiple avec perte d'un seul fœtus. L'échantillonnage était consécutif. Nous avons obtenu la clairance N°CEI-Udo/913/16/2017/T du comité d'éthique institutionnel de l'université de Douala. Après obtention du consentement de chaque patiente, les données étaient collectées par un questionnaire comprenant une partie anamnétique recueillie 24h après la perte sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, statut marital et matrimonial, profession, niveau d'instruction), psychosociales (soutien du partenaire, soutien familial) et cliniques (antécédents personnels obstétricaux, gynécologiques, chirurgicaux, médicaux, immunologiques, toxicologiques, psychiatriques ; antécédents familiaux de dépression et de troubles psychiques ; type de perte, étiologie de la perte et suivi de la grossesse). Une autre partie du questionnaire comportant l'échelle de dépistage de la dépression (Patient Health Questionnaire : PHQ-9) a été utilisée deux semaines après l'évènement. Toute patiente présentant un score PHQ-9  $\geq 10$  était considérée comme positive au dépistage de la dépression mentale et était référée chez le psychiatre pour confirmation et suivi. Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS 10.00. La comparaison des proportions était faite par le test de chi-2 et par la probabilité exacte de Fisher. Le test de Student a été utilisé pour les variables continues. Les facteurs associés étaient déterminés par le calcul de Odd ratio (OR) avec l'intervalle de confiance à 95%. Une différence était considérée comme significative lorsque  $p < 0,05$ . Une régression logistique multivariée a été faite pour rechercher les facteurs associés indépendants.

## II. RESULTATS

Au cours de cette étude, la perte concernait 158 femmes sur les 2148 accouchements; 91 ont développé une dépression mentale d'après l'échelle PHQ-9 soit une fréquence de 57,59 %.

Nous avons observé 54,9 % de dépression légère, 29,7% de dépression modérée et 15,4% de dépression sévère. Concernant les patientes déprimées, la tranche d'âge la plus représentée était celle de 30-34ans (30,77%), les célibataires représentaient 48,35% et le niveau d'éducation était secondaire dans 58,24%. Nous n'avons pas retrouvé d'association entre les facteurs sociodémographiques et la dépression post perte de grossesse (tableau I).

**Tableau I** : Facteurs sociodémographiques associés à la dépression post perte grossesse

<b>Variabes</b>	<b>Modalités</b>	<b>Dépression Effectif (%)</b>	<b>Pas de Dépression Effectif (%)</b>	<b>OR (IC95%)</b>	<b>p-value</b>
Tranche Age	<20	2(50)	2(50)	Réf	1
	20-24	19(70,37)	8(29,63)	0,59(0,46-2,07)	0,191
	25-29	24(52,17)	22(47,83)	0,95(0,60-3;34)	0,426
	30-34	28(56)	22(44)	0,88(0,23-3,08)	0,779
	35-39	14(63,63)	8(36,37)	0,72(0,69-2,54)	0,590
	> 40	4(50%)	4(50)	1	0,648
Statut matrimonial	Célibataire	44(59,45)	30(40,55)	Réf	1
	Marié(e) monogame	29(60,41)	19(39,59)	0,97(0,75-2,95)	0,6924
	Marié(e) polygame	3(42,85)	4(57,15)	1,40(1,25-4,26)	0,4301
	En union libre	15(51,72)	14(48,28)	1,19(1,04-3,60)	0,5223
Niveau d'études	Analphabète	4(44,44)	5(55,56)	Réf	0,425
	Primaire	8(44,44)	10(55,56)	1,01(0,94-3,77)	0,259
	Secondaire	53(57,60)	39(42,40)	0,76(0,52-2,88)	0,998
	Supérieur	26(66,66)	13(33,33)	0,6(0,46-1,26)	0,252
Situation d'activité*	En activité	45(51,13)	43(48,87)	Réf	1
	Non en activité	46(65,71)	24(34,29)	1,83(1,13-3,49)	0,169
Revenu mensuel	Moins de 50000	15(42,85)	20(57,15)	Réf	1
	[50000, 100000 [	16(48,48)	17(51,52)	0,90(0,85-3,47)	0,7606
	[100000, 150000 [	5(55,55)	4(44,45)	0,77(0,63-3,0)	0,7908
	[150000, 200000 [	2(50)	2(50)	0,87(0,72-3,37)	0,9637
	Plus, de 200000	7(100)	0,0		1

\*Situation d'activité = emploi

Aucun facteur psychosocial n'était significativement associé à la dépression post perte de grossesse (tableau II).

**Tableau II** : Facteurs psychosociaux associés à la dépression post perte de grossesse

<b>Variabes</b>	<b>Modalités</b>	<b>Dépression Effectif (%)</b>	<b>Pas de Dépression Effectif (%)</b>	<b>OR (IC95%)</b>	<b>p-value</b>
Soutien du partenaire	Oui	65(59,63)	44(40,37)	Réf	1
	Non	26(53,06)	23(46,94)	1,12(0,82-1,52)	0,488
Soutien familial	Oui	89(57,05)	67(42,95)	Réf	1
	Non	2(100)	0,0	0,57(0,79-1,65)	0,330

Comme le montre le tableau III, la grande multigestité (nombre de grossesse supérieur à 5) multipliait par 2 le risque de dépression après la perte de la grossesse.

**Tableau III** : Facteurs obstétricaux, gynécologiques et chirurgicaux associés à la dépression post perte de grossesse

Variables	Modalités	Dépression Effectif (%)	Pas de Dépression Effectif (%)	OR (IC95%)	P-value
<b>Antécédents Obstétricaux</b>					
Gravidité	Primigeste (G1)	19 (73,07)	7 (26,93)	Réf	1
	Paucigeste (G2-G3)	38 (58,46)	27 (41,56)	1,67(1,01-5,59)	0,888
	Multigeste (G4-G5)	27 (57,44)	20 (42,56)	1,64(1,58-4,56)	0,984
	Grande Multigeste*	7 (35%)	13 (65)	2,08(1,05-3,83)	0,041
Parité	Nullipare (P0)	27 (64,28)	15 (35,72)	Réf	1
	Primipare (P1)	29 (60,41)	19 (39,59)	1,38(1,02-3,58)	0,472
	Paucipare (P2-P3)	26 (60,46)	17 (39,54)	1,06(1,01-2,72)	0,70
	Multipare (P4-P5)	7 (31,81)	15 (68,19)	0,47(0,15-1,18)	0,01
MFIU	Grande Multipare*	2 (66,66)	1 (33,34)	0,58(0,12-1,45)	0,75
	Oui	6 (46,15)	7 (53,85)	Réf	1
Fausse couche	Non	85 (58,62)	60 (41,38)	1,65(1,04-5,16)	0,383
	Oui	28 (57,14)	21 (42,86)	Réf	1
GEU	Non	63 (57,79)	46 (42,21)	1,02(1,01-2,03)	0,939
	Oui	3 (60)	2 (40%)	Réf	1
Antécédents Gynécologiques	Non	88 (57,51)	65 (42,49)	0,90(0,14-5,55)	0,912
	Oui	5(71,42)	2(28,58)	Réf	1
Myomes	Non	86(56,95)	65(43,05)	0,52(0,10-2,81)	0,449
	Oui	0	0	Réf	1
Malformations utérines	Non	91(57,59)	67(42,41)	/	0,563
	Oui	6 (60)	4 (40%)	Réf	1
Infections génitales	Non	85 (57,43)	63 (42,57)	0,89(0,24-3,32)	0,874
	Oui	4 (80)	1(20%)	Réf	1
<b>Antécédents chirurgicaux</b>					
Césarienne	Non	87 (56,86)	66 (43,14)	0,33 (0,36-3,01)	0,303

Grande multigeste\*: gestité &gt;5 ; Grande multipare\*: parité &gt;5

Les facteurs médicaux n'étaient pas associés à la dépression mentale post perte. Les patientes du groupe sanguin B, les femmes tabagiques avaient une fréquence plus élevée de dépression sans que la différence soit significative sur le plan statistique (tableau IV).

**Tableau IV** : Facteurs médicaux et psychiatriques associés à la dépression post perte de grossesse

Variables	Modalités	Dépression Effectif (%)	Pas de Dépression Effectif (%)	OR (IC95%)	P-value
<b>Antécédents médicaux, immunologiques et toxicologiques</b>					
Diabète	Oui	1(100)	0,0	Réf	1
	Non	90(57,32)	67(42,68)	1,74(1,09-1,99)	0,905
HTA	Oui	3(60%)	2(40%)	Réf	1
	Non	88(57,51)	65(42,49)	0,90(0,14-5,55)	0,578
Drépanocytose	Oui	3(75%)	1(25)	Réf	1
	Non	88(57,14)	66(42,86)	0,44(0,04-4,36)	0,503
Groupe sanguin	A	13(65)	7(35)	Réf	1
	B	17(54,83)	14(45,17)	1,29(1,08-3,54)	0,099
	AB	0,0	2(100)	2,85(1,75-7,85)	0,703
	O	41(55,40)	33(44,60)	1,27(1,12-3,50)	0,436
	Inconnu	20(64,51)	11(35,49)	1,01(0,97-2,78)	0,837
Rhésus	Positif	72(56,69)	55(43,31)	Réf	1
	Négatif	0,0	1(100)	/	0,525
	Inconnu	19(63,33)	11(36,67)	5,5(1,45-7,95)	0,828
Alcoolisme	Oui	31(58,49)	22(41,51)	Réf	1
	Non	60(57,14)	45(42,86)	0,94(0,48-1,84)	0,871
Tabagisme	Oui	3(100)	0,0%	Réf	1
	Non	88(56,77)	67(43,23)	1,76(1,53-2,02)	0,133
<b>Antécédents personnels psychiatriques</b>					
Antécédents de troubles psychiques	Oui	0	0	/	/
	Non	91 (57,59)	67 (42,41)		1
<b>Antécédents familiaux psychiatrique</b>					
Dépression	Oui	10 (71,42)	4 (28,58)	Réf	1
	Non	81 (56,25)	63 (43,75)	0,51(0,15-1,71)	0,314

Dans le tableau V, l'âge gestationnel entre 28-37 SA et la perte par MFIU augmentaient significativement le risque de dépression mentale après perte de grossesse.

**Tableau V** : Facteurs obstétricaux associés à la dépression mentale après perte de grossesse

Variables	Modalités	Dépression Effectif (%)	Pas de Dépression Effectif (%)	OR (IC95%)	P-value
Age gestationnel	≤14	12(50)	12(50)	réf	1
	14-22	10(52,63)	9(47,47)	0,94(0,80-3,31)	0,662
	22-28	9(52,94)	8(47,06)	0,97(0,83-3,29)	0,698
	28-37	24(77,41)	7(22,59)	1,54(1,32-5,41)	0,026
	37-41	18(56,25)	14(43,75)	0,87(0,83-3,06)	0,878
	> 41	6(66,66)	3(33,34)	0,66(0,53-2,33)	0,582
Type de perte	Inconnu	12(46,15)	14(53,85)	1,59(1,23-4,47)	0,238
	MFIU	55(63,95)	31(36,05)	1,13(1,07-4,33)	0,011
	Fausse couche	22(56,41)	17(43,59)	1,20(1,16-3,38)	0,881
	GEU	14(42,42)	19(57,58)	Réf	1
Nombre CPN	Aucun	27(46,55)	31(53,45)	Réf	1
	1-4	29(59,18)	20(40,82)	0,76(0,62-2,80)	0,822
	5-7	24(68,57)	11(31,43)	0,58(0,45-2,14)	0,189
	≥8	11(68,75)	5(31,25)	0,42(0,35-2,02)	0,367

Le tableau VI montre que la réalisation des bilans biologiques et des échographies lors du suivi multipliait par 1,4 et 2 respectivement le risque de dépression mentale après perte de grossesse.

Après régression logistique multivariée, la réalisation des bilans biologiques lors du suivi était le facteur indépendant associé à la dépression mentale après la perte d'une grossesse (aOR:2,017[1,05-3;84] p:0,033).

**Tableau VI** : Facteurs biologiques et échographiques associés à la dépression mentale après perte de grossesse

Variables	Modalités	Dépression Effectif (%)	Pas de Dépression Effectif (%)	OR (IC95%)	P-value
Bilans biologiques	OUI	59(64,83)	32(35,17)	1,41(1,22-5,98)	0,031
	NON	32(47,76)	35(52,24)		
Echographie	OUI	64 (64)	36 (36)	2,04 (1,05 – 3,94)	0,032
	NON	27 (46,6)	31 (53,4)		
Nombre d'échographies	0	27(46,55)	31(53,45)	réf	1
	1	12(54,54)	10(45,46)	0,85(0,70-3,12)	0,772
	2	19(57,57)	14(42,43)	0,79(0,64-2,91)	0,998
	3	20(74,07)	7(25,93)	0,48(0,35-,178)	0,083
	> 3	13(72,22)	5(27,78)	0,51(0,40-1,90)	0,209

### III. DISCUSSION

La fréquence de dépression après perte de grossesse est élevée dans notre milieu (57,6%), avec comme principaux facteurs associés la grande multigestité, l'âge gestationnel avancé et la réalisation des examens paracliniques en grossesse. Les patientes avec revenu mensuel élevé présentent les formes sévères.

#### 1. Fréquence et sévérité de la dépression après la perte de grossesse

Legendre et coll. en France montrent qu'après une mort fœtale in utero, des répercussions psychologiques à type de dépression sont fréquentes [16]. En réalité, le deuil post mort fœtale in utero est différent des autres de par sa nature ; les parents perdent quelqu'un qui n'a pas vécu et qui n'a pas eu d'existence autonome. C'est dans cette réalité, du non-accomplissement d'une vie, d'une perte, que réside sa spécificité et sa complexité. Si la dépression du postpartum a été beaucoup étudiée dans la littérature africaine [6], il n'en est pas de même de la dépression après perte de grossesse. La perte de grossesse apparaît souvent dans les études comme facteur de risque de la dépression du post partum. Des quelques données retrouvées en Afrique, l'étude de Obi et coll. a observé une fréquence de 91,2% de dépression post perte de grossesse avec 74,3% des participantes qui avaient une dépression légère contre 13,9% qui présentaient une dépression sévère [20]. Cette fréquence de la dépression sévère est proche de celle retrouvée dans notre étude (15,4%). La sévérité de la dépression peut s'expliquer par le fait qu'il n'existe aucune préparation au décès ; aussi, l'absence de souvenirs palpables rattachés au bébé rend la perte irréaliste donc difficile à surmonter d'où la dimension traumatique comme le déclare certains auteurs. Une revue systématique faite par Daugirdaitė et coll. ont relevé que le stress post-traumatique et les troubles liés au stress post traumatique étaient courants après perte de grossesse [5] ; résultats similaires à ceux de Engelhard et coll. [7]. Par ailleurs Farren et coll. ont travaillé sur le stress post traumatique, l'anxiété et la dépression après perte de grossesse précoce (1er trimestre). Dans une cohorte publiée en 2020, ils ont observé une dépression modérée à sévère chez 11% des femmes après 1 mois et 6% des femmes après 9 mois [9]. La fréquence était plus élevée dans une étude publiée par la même équipe quelques années plus tôt : 16% de dépression à un mois d'évaluation après perte de grossesse [8] Nous pouvons dire au vu de ces travaux que la dépression post perte est fréquente et il est important d'en identifier les facteurs de risque afin d'assurer une meilleure prévention.

#### 2. Facteurs associés à la dépression mentale après perte de grossesse

La perte de grossesse à un âge gestationnel de 28-37 SA était significativement associée à la dépression mentale dans cette étude. Ce résultat est similaire à celui de Bydlowski en France [3]. Legendre et coll. en France trouvent qu'un impact psychologique des morts fœtales est fréquent au troisième trimestre [16]. Les patientes ayant une grossesse avancée ont un risque élevé de développer un syndrome de stress post-traumatique après une perte de grossesse selon la métaanalyse de Daugirdaitė et coll [5]. Selon l'étude de Obi et coll. réalisée au Nigéria, l'âge gestationnel >20 semaines d'aménorrhée était aussi un facteur de risque de dépression post perte [20]. Ces observations peuvent s'expliquer par l'attachement de la mère au bébé à mesure que la grossesse avance, surtout qu'au-delà de 20 semaines d'aménorrhée, les mouvements actifs sont déjà perçus et matérialisent la vitalité fœtale.

Les grandes multigestes étaient plus sujettes à la dépression mentale après une perte de grossesse. Nous pouvons penser que face au traumatisme physique de la grossesse et même de l'accouchement va s'ajouter le traumatisme psychique lié à la perte. Ainsi, selon ces idées, un vécu répété de la grossesse et encore plus de la perte de grossesse pourrait être traumatique du point de vue psychique et favoriser la survenue de la dépression.

La réalisation du bilan biologique lors du suivi de la grossesse multipliait par 1,4 le risque de dépression après la perte d'une grossesse. Nous n'avons pas retrouvé d'étude traitant de la dépression en fonction de la qualité du suivi de la grossesse pour comparer à nos résultats. Nous nous baserons sur quelques données de la littérature pour mieux comprendre. Dans notre contexte de deuil après perte de grossesse, nous pensons que le bilan biologique non réalisé pendant le suivi de la grossesse est un instrument de culpabilité ou de non responsabilité. Par ailleurs celles qui le réalisent ont bien pris conscience et tiennent à leur grossesse. En effet, l'OMS recommande au cours du suivi de la grossesse la réalisation des bilans biologiques tels que le groupage sanguin, la numération formule sanguine, les bilans infectieux etc. afin de corriger certaines anomalies existantes et de prévenir certaines complications. Séjournée et coll. en France [23] montrent que la culpabilité et le sentiment de responsabilité sont fréquents après une perte de grossesse. Ceux-ci pourraient expliquer nos résultats et comprendre ce lien avec la réalisation des bilans biologiques. En effet, malgré les mesures prises pour un bon suivi de leur grossesse, elles doivent faire face à cette perte inattendue.

La réalisation de l'échographie multipliait de 2 le risque de dépression mentale, avec 64,83% des femmes qui présentaient une dépression mentale.

Chan en 2011 explique que l'échographie permet à la gestante d'entendre le cœur du bébé ou de le voir sur une image, ce qui l'amène à renforcer le lien [4]. Ainsi les éprouvées gardent le souvenir de ces images et de ces sons qui étaient la preuve d'une vie intra-utérine disparue qu'il faudra oublier. Dans ce contexte de deuil après perte de grossesse, il est donc un instrument d'attachement.

## CONCLUSION

La fréquence de la dépression après perte d'une grossesse est élevée dans notre environnement. Les facteurs associés sont le type de perte (MFIU), la grande multigestité, la réalisation des bilans biologiques et échographiques lors de la grossesse. Il est important de la rechercher systématiquement afin d'améliorer la santé mentale des patientes endeuillées.

### Remerciements

*Nous remercions toutes ces parturientes qui ont bien voulu répondre à notre questionnaire malgré leur douleur. Merci aussi à l'équipe médicale et paramédicale des centres hospitaliers dans lesquels l'étude a été réalisée.*

## REFERENCES

1. **Bomben L, Kaisser L.** La mort et le deuil. [internet] 2014. <http://cms.psymas.fr/>. Cité le 13 Septembre 2020
2. **Bourgeois ML.** Le deuil aujourd'hui. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2013;171[3]:155-157.
3. **Bydlowski M.** Le deuil infini des maternités sans objet. Topique. 2011;3[116]:7-16
4. **Chan A.** Décès et deuil périnatal. Internet. 2011. <https://www.inspq.qc.ca/Data/Sites/8/SharedFiles/PDF/deces-et-deuil-perinatal.pdf>. Cité le 19 Octobre 2020.
5. **Daugirdaitė V, van den Akker O, Purewal S.** Posttraumatic stress and posttraumatic stress disorder after termination of pregnancy and reproductive loss: a systematic review. J Pregnancy. 2015;2015:646345. doi: 10.1155/2015/646345.
6. **Djoda N, Foumane P, Kamga Olen JP, Dohbit Sama J, Ngo Um E, Mboudou E.** Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Yaounde, Cameroon. Open J Obstet Gynecol Biol Reprod 21 Sept 2015. 2015; 5:608-617.
7. **Engelhard IM, van den Hout MA, Arntz A.** Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23[2]:62-6.
8. **Farren J, Jalbrant M, Ameye L, Joash K, Mitchell-Jones N, Tapp S, Timmerman D, Bourne T.** Post-traumatic stress, anxiety and depression following miscarriage or ectopic pregnancy: a prospective cohort study. BMJ Open 2016;6:e011864. doi:10.1136/bmjopen-2016-011864
9. **Farren J, Jalbrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T.** Posttraumatic stress, anxiety and depression following miscarriage and ectopic pregnancy: a multicenter, prospective, cohort study. Am. J. Obstet. Gynecol. 2020; 222[4] : P367.E1-367.E22.
10. **Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M** et coll. Stillbirths: recall to action in high-income countries. The Lancet. 2016;387[10019]:691-702.
11. **Kamga Olen JP.** Tous dépressifs. [Internet]. 2017 ; Journal du Cameroun. [www.journalducameroun.com/tous-depressif](http://www.journalducameroun.com/tous-depressif)
12. **Kangulu IB, A'Nkoy AMT, Lumbule JN, Umba EKN, Nzaji MK, Kayamba PKM.** Fréquence et facteurs de risque maternels de la mort fœtale in utero à Kamina, République Démocratique du Congo. Pan African Medical Journal. 2016;23[114]:1-7.
13. **Keck ME.** La dépression. 2017. Edition Lundbeck (Suisse) SA, 8152 Glattbrugg.
14. **Kim C, Barnard S, Neilson JP, Hickey M, Vazquez JC, Dou L.** Les traitements médicaux pour les fausses couches incomplètes. Cochrane Systematic Review. 2017. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007223.pub4>
15. **Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D.** Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. The Lancet. 2016; 387[10018]:587-603.
16. **Legendre G, Descamps P.** Psychologie et perte de grossesse. 2014. Elsevier Masson SAS.;43 :908-917.
17. **Mann LM, Kreisel K, Llata E, J Hong, Hong J, Torrone EA.** Trends in Ectopic Pregnancy Diagnoses in United States Emergency Departments, 2006-2013. Maternal and Child Health Journal. 2020. 24:213-221
18. **Njingu AE, Cumber SN, Geh MM, Edgar Mandeng ML, Nkfusai CN, Ngunde JP, Halle-Ekane GE.** Incidence, risk factors, clinical presentation and treatment of ectopic pregnancy in the Limbe and Buea Regional Hospitals in Cameroon. PAMJ - Clinical Medicine. 2020;2:95.
19. **Nkwabong E, Fomulu JN, Ambassa JL.** Stillbirths at University Teaching Hospital, Yaoundé, Cameroon. Int J Gynaecol Obstet. 2012;119[1]:87-8
20. **Obi SN, Hyacinth HE, Okafor II.** Depression among Nigerian women following pregnancy loss. Int J Gynaecol Obstet. 2009; 105[1]:60-62
21. **Olamijulo JA, Okusanya BO, Adenekan MA, Ugwu AO, Olorunfemi G, Okojie O.** Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. 2020; 27[3]:177-183.
22. **Organisation Mondiale de la Santé.** Dépression. [Internet]. 2020. <https://www.who.int/topics/depression/fr>. Cité le 08 Aout 2020.
23. **Séjourné N, Callahan S, Chabrol H.** L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. La Revue Sage-Femme. 2008;7[6]:295-300.
24. **Soumah AFM, Tseunwo TC, Bah OH, Tebeu PM, Sy T.** Profil épidémiologique et modalités de prise en charge des gestantes présentant une mort fœtale in utero avant le travail dans une maternité de niveau ii en Guinée. Health Sci. Dis. 2018;19[1]:7-9.