REPUBLIQUE ALGERIENNE
DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

PSYCHOSE PUERPÉRALE AU NIVEAU DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE PSYCHIATRIE HDEB-OUARGLA EN 2020 'DESCRIPTION D'UNE SERIE DE CAS'

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

GHEBAICHI Fatima Zahra

Encadré par :

Dr Bait Soumia

Devant le Jury Composé de :

Pr Bouaziz	Président de jury	Maitre de conférences A	Epidémiologie.
Dr Bait Soumia	Encadreur	Maitre assistante	Psychiatrie.
Dr Bettayeb	Examinateur	Assistant	Psychiatre.
Dr Djouadi	Examinateur	Maitre assistant	Psychiatrie.

Année Universitaire :

2020-2021

REPUBLIQUE ALGERIENNE
DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE KASDI MERBAH OUARGLA

FACULTE DE MEDECINE

DEPARTEMENT DE MEDECINE

PSYCHOSE PUERPÉRALE AU NIVEAU DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE PSYCHIATRIE HDEB-OUARGLA EN 2020 'DESCRIPTION D'UNE SERIE DE CAS'

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Présenté par :

GHEBAICHI Fatima Zahra

Encadré par :

Dr Bait Soumia

Devant le Jury Composé de :

Pr Bouaziz	Président de jury	Maitre de conférences A	Epidémiologie.
Dr Bait Soumia	Encadreur	Maitre assistante	Psychiatrie.
Dr Bettayeb	Examinateur	Assistant	Psychiatre.
Dr Djouadi	Examinateur	Maitre assistant	Psychiatrie.

Année Universitaire :

2020-2021

REMERCIMENT

A ma directrice de thèse Dr Bait Soumia maitre assistante en psychiatrie exerçante à l'EHS Hdeb :

Je n'exagère pas si je dis que vous êtes l'un des médecins les plus compétents que j'ai rencontré pendant mon cursus. Vous m'avez ouvert une très belle fenêtre sur le monde de psychiatrie en 5ème année puis une autre fenêtre non moins étonnante sur la psychologie médicale en 6ème année , et à chaque fois que nous terminions le programme des cours , je me disais que la psychiatrie fallait rester dans la liste des choix de ma future spécialité....J'ai besoin de quelqu'un qui m'accompagner dans cette thèse sans me mettre la pression, vos mots étaient toujours de soutien ...c'était pour moi une évidence de clôturer mes études en médecine générale à vos coté chère maitre .

Au Pr Allouai, Dr Douhil exerçant à l'EHS d'Ain Abbassa Sétif :

Un grand merci pour leurs renfort inestimable qu'ils ont pu m'apporté dans cette thèse, toute ma sympathie pour votre accueil chaleureux.

A mes jurys :

Merci de me faire l'honneur de bien vouloir juger ma thèse, veuillez recevoir mes sincères remerciement

A mon modèle dans mon monde préféré qui est le monde de pédiatrie : au Dr Ben Hacene :

Qui s'est distingué par sa tendresse, sa patience et sa pureté du cœur. vous avez marqué notre internat et donné l'exemple de la relation : maitre de stage-interne basé sur un véritable compagnonnage, confiance et gentillesse, vous nous avez montré que la transmission d'un savoir semblant inépuisable pouvait autant servir l'art médical que la science .Que dieu donne la santé et le bien-être en récompense de ce que vous nous avez donné tout au long de ce cursus chère maitre.

Au Dr Baradai vice doyen de notre faculté :

En tant que témoins " nous la 1ère promo de Ouargla" des premiers pas de notre faculté, et tout comme étant un petit enfant qui venait d'apprendre à marcher, elle a beaucoup trébuché ... vous étiez le père qui s'est trouvé toujours de coté pour quelle ne tombe pas. Nous savons très bien combien de sacrifices vous avez donné, nous les apprécions et nous les apprécierons jusqu'à mort.

J'étais persuadé que je ne serai pas déçue à chaque fois que je viendrais vous voir cher père ...très reconnaissante, très fière de vous cher père.

Au Dr Boukhris :

Le bon fils d'Ouargla, y a pas de mots qui puissent exprimer le grand respect que je garde pour vous dans mon cœur, je rêve toujours dessiner une bonne carrière comme la votre.

Au Dr Nouiser :

Votre discipline, votre très grand dévouement font de vous un nom inoubliable pour tous vos étudiants ainsi que pour tous vos patients.

A tous mes profs tout au long de ce cursus :

Anato: Dr Arif.

Biochimie : Dr Bounedjah.

Génétique : Dr Abbes, Dr Smili.

Biophysique : Dr Ben Touila.

Chimie : Dr Moussaoui.

Parasito : Dr Benbelkacem , Dr Chahed .

Microbio : Dr Malki , Dr Nemra.

Radio : Dr Djebara.

Pharmaco :Dr Hamdi Aissa.

Histo : Dr Chahma, Dr Ben Amara ,Dr Kebir et l'équipe d'histo de Annaba

Physioet physiopath : Dr Monguelati ,Dr Bouhouf, Dr Bouras , Pr Mehdadi de sétif , Dr Sbaa...

Gastro : Dr Boukhris , Dr Boudiaf ,Dr Nouisser ,Dr Torchi

Cardio : Dr Boudiaf, Pr Diab d'Alger

Notre chère équipe d'infectio : Dr Lati , Dr Hechani ,Dr Dib , Dr Chahed , Dr Laifa

Pneumo :Dr Sahli , Dr Tlili , Dr Fethallah

Hémato : Dr Baghdad

Neuro : l'équipe de neuro d'Alger.

Gynéco : Dr Yendjeh avec l'équipe de gynécologie de Blida

Notre chère équipe de pédiatrie : **mon modèle Dr Ben Hacene** , Dr Massoudi, Dr khelif, Dr Rebouh , Dr Mosbah, Dr Bouzraa..

Endocrino : Dr Longo, Dr Doudou

Notre chère équipe d'ortho : Dr Hamzoui, Dr Cherfaoui ,Dr Benamar ,Dr Debbabi

MPR :Dr Kehli, Dr Meliani , Pr Sid Ahmed Taleb de Tlemcen

Rhumato :Dr Goudar

Psychiatrie : Dr Bait , Dr Djouadi.

Uro-néphro : Dr Benyaken , Dr Solatani...

Urgence : Dr Ait Amer , Dr Hambli , Dr Netouna , Dr Soualhi, Dr Bensouna, Dr Bounadour , Dr Benguana , Dr Slimani de Ddjalfa ..

Ophtalmo :Dr Ghedjati, Dr Boukhenfous , Dr Abdou.

ORL: Dr Massoudi, Dr Benaziza ,Dr Naamani.

Médecine de travail: Dr Ouagadi, Dr Kardoun, Dr Touahir , Dr Hadef.

Epidémio et économie de santé : Dr Bouaziz.

Déonto et droit médical : Dr Zaatout.

Dermato : Dr Laadjel, Dr Henni, Dr Ahmed Masoud.

Notre cher médecin légiste: Dr Monguelati.

A tous les noms que j'ai cité et à tous ceux que j'ai oublié de citer, soyez fiers d'avoir contribué à la réussite d'une des premières promotions de médecine dans notre cher sud

A tous mes collègues frères et consœurs :

J'ai toujours cru qu'on a pas avoir accès à la faculté de médecine simplement parce que nous l'avions de la chance ... mais parce que nous avons été choisis par Dieu avec beaucoup de soin.

Notre personnalités qui sont très différentes, elles sont destinées à des patients seront encore très différents

Nous avons besoin d'un médecin gentil qui réconforte le patient ou ses proches en leur parlant , nous avons besoin d'un médecin calme devant l'accompagnateur du patient en colère , un autre qui est patienté et qui ne désespère pas de trouver le diagnostic , nous avons besoin d'un médecin sage et ordonné pour que nous puissions coordonner les tâches entre nous un jour , nous avons besoin d'un médecin courageux qui défende nos droits et même ce médecin arrogant et qu'il s'entoure d'une aura de glorification sera nécessaire pour certains patients , surtout ceux qui ne font pas confiance à ce que nous disons pour eux..... Nous méritons tous sans exception d'être médecins.

DEDICACE

Je dédie ce travail spécialement à mon père : Mohammed Sayeh Ghebaichi qui est parti rejoindre le dieu trop tôt mais qui veille toujours sur moi :

Merci pour toutes ces belles années à vos cotés, de croire en cette petite fillette, d'avoir inculqué toutes ces valeurs en si peu du temps, de m'avoir hérité l'amour de science et de m'avoir fait vivre l'une des plus belles enfances ..... J'aurais voulu voir les traits de fierté et de joie dans tes yeux le jour de ma soutenance, vous me manquez tellement, que ton âme repose en paix.

A la plus exceptionnelle des mamans : Om Elkhir et qui resemble beaucoup à son nom

A la femme en présence de qui rien ne me bat, à la femme qui n'a pas obtenu son diplôme et qui a réussi à construire quatre jeunes diplômés, à la femme qui nous a accompagnée avec la tendresse des mères et la rigueur des pères .je suis là grâce à vous chère mère .

Merci pour tout ce que tu m'apporté, m'apportes et tu m'apporteras, d'avoir toute cette confiance en moi ....merci d'être la plus belle et la plus extraordinaires des mamans.

A mes frères : Saïd ' le sage', Slimane ' le calme ', Taki Eddine ' l'énergique':

Les ailles avec les quelles je plane au plus haut des cieux, la main avec la quelle je frappe sur les obstacles qui m'affrontent pour les faire disparaitre ... les hommes à coté de qui je défie et gagne la vie.

A ma petite sœur Nafissa :

J'ai longtemps attendu son arrivée quand j'étais petite, tout comme son nom, elle est la personne la plus précieuse que j'ai, la fille qui m'a apporté la joie à la vie.

A ma grande mère : 'Yema Aicha' :

Y a toujours cette mère incroyable derrière toute femme qui réussit ...y a toute une famille, ta fille avec ses petits ont pu surmonter les difficultés grâce à vous chère grande mère.

A ma tente : Zohra Mahdjoubi et tous ses enfant surtout : Hichem, Houda Dekiche et le petit fils Bader Eddine qui me surprend toujours par son intelligence :

Merci beaucoup de m'offrir cette chaleureuse ambiance familiale à chaque fois à que je viens vous visiter ...que dieu vous protège tous.

LISTE DES ABREVIATIONS

1 **CIM**: Classification Internationale des Maladies
2 **Cp :** Comprimé
3 **DPP :** Dépression du Post-Partum
4 **DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
5 **ECT:** Electro-Convulso-Thérapie
6 **Gsse :** Grossesse
7 **Mds :** Médicament
8 **MFIU :** Mort Fœtale In Utéro
9 **NRl** : Neuroleptiques
10 **NRS:** Nourrisson
11 **OMS :** Organisation Mondiale de Santé
12 **PP** : Psychose Puerpérale
13 **PM :** PsychoMoteur
14 **PMI :** Protection Familiale et Infantile
15 **RAS :** Rien A Signaler
16 **Tr :** Trouble
17 **Trt :** Traitement
18 **TLT :** ThéléThorax
19 **TDM :** TomoDensitoMétrie
20 **UME :** Unité-Mère-Enfant

LISTE DES TABLEAUX

1 .facteurs de risque d'une dépression post-partum 19
2 comparaison entre la dépression du post-partum typique et atypique ……..... 23
3 Répartition selon les données sociodémographiques ……..... 45
4 Répartition selon les ATCD et les données anamnestiques ……..... 46
5 Répartition selon les données cliniques, thérapeutiques et évolutives …….. 47

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : les remaniements hormonaux de la grossesse et du post-partum……P4

TABLE DES MATIERES

Remerciement I
Dédicace..... VI
Liste des abréviations VIII
Liste de tableaux IX
Liste de figures X
Table des matières XI
Résumé en français XIII
Résumé en anglais XIV
Résumé en arabe XV
Introduction et problématique 01

Partie I : Revu de littérature

- Définition 03
- Pathogénie 04
  - A. Dimension biologique 04
  - B. Dimension psychologique 05
  - C. Dimension sociale 06
- Chapitre I : Les troubles psychiatriques pendant la grossesse
  - A. Manifestations psychosomatiques 07
  - B. Troubles d'allure névrotique 07
  - C. Episodes psychotiques 08
  - D. Episodes dépressives 08
- Chapitre II : Les troubles psychiatriques du post-partum :
  - A. Post-partum bleus :
    - Définition 09
    - Epidémiologie 09
    - Etiopathogénie 09
    - Clinique 10
    - Evolution 10
    - Prise en charge 11
  - B. Psychose puerpérale :
    - Définition 12
    - Epidémiologie 12
    - Facteurs de risque 12
    - Clinique 13
    - Diagnostic différentiel 15
    - Evolution 15
    - Prise en charge 16
  - C. Dépression post-partum :
    - Définition 18
    - Epidémiologie 18
    - Facteurs de risque 18

- Clinique 19
- Evolution 23
- Diagnostic différentiel 23
- Prise en charge 24

D. Dépression post-abortum 25

I. Matériels et méthodes 26

II. Observations 30

- 1ER cas clinique 30
- 2ème cas clinique 33
- 3ème cas clinique 36
- 4ème cas clinique 38
- 5ème cas clinique 40
- 6ème cas clinique 47

III. Résultats 45

- Les données sociodémographiques 45
- Les ATCD et les données anamnestiques 46
- Les données cliniques, thérapeutiques et évolutives 47

IV. Discussion *48*

1. La discussion 48
2. Les limites de l'étude 53
3. Les suggestions et les recommandations 53

V. Conclusion 55

VI. Bibliographie 57

VII. Annexes 60

- Annexe A : critères diagnostiques de DSM IV de trouble de conversion 60
- Annexe B : fiche d'enquête 61
- Annexe C : fiche de consentement 62
- Annexe D : critères d'un épisode maniaque 63
- Annexe E : critères d'un épisode dépressif majeur 64
- Annexe F : critères diagnostiques du trouble psychotique bref 66

Résumé

Problématique :

La psychose puerpérale constitue un véritable problème de santé par les tableaux graves qu'elle peut revêtir mettant parfois le pronostic mère-enfant en danger.

Objectifs :

Cette étude vise à déterminer les différentes entités cliniques de PP confrontées par les femmes de la wilaya d'Ouargla en 2020 et à décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas détectés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb de 01/01/2020 au 31/12/2020 à coté des différents facteurs de risque prédisposant à ce genre de troubles psychiatriques.

Méthodologie :

Une étude rétrospective descriptive observationnelle à type de série de cas faite de 06 cas de PP diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb Ouargla ,pendant une période d'un an.

Résultats :

Selon l'étude que nous avons mené la psychose aigue confuso-délirante a représenté l'entité clinique majeure de PP et dont La survenue était majoritairement dans les 15 premiers jours de post-partum. La PP a touché les femmes mariées et de de façon égale: les primipares et les multipares, femmes exerçantes d'une profession ou sans profession et dont d'âge situe essentiellement entre 25 à 35 ans, malgré l'existence des conditions socio-économiques acceptables. Parmi les facteurs de risques enregistrés par notre étude nous citons : Les ATCD psychiatriques familiaux, le recours urgent à une césarienne, le vécu d'un geste obstétrique, l'arrivée d'un bébé mort né ou bien malformé , des évènements traumatiques anticipateurs dans l'émergence de trouble psychiatrique chez la parturiente. Par ailleurs une évolution favorable a été observée après la mise en route d'un traitement médical chez toute nos patientes.

Conclusion :

Cette étude nous a permis de prouver l'importance de la recherche des facteurs de risque chez les parturientes et que le diagnostic et la prise en charge précoces de ces troubles font prévenir efficacement de l'évolution vers les formes graves et risquées.

Mots clés : psychose puerpérale, facteurs de risque, EHS de psychiatrie Hdeb Ouargla, série de cas.

ABSTRACT

Problem :

The puerperal psychosis constitute a real health problem not only by their frequency but by the serious clinical forms which they can take sometimes putting the mother-child prognosis in danger.

Goals :

This study aims to determine the different clinical entities of puerperal psychosis faced by women in the wilaya of Ouargla in 2020, to describe the socio-demographic characteristics of the cases detected at the level of the Hdeb psychiatry EHS from 01/01/2020/ to 31/12/2020 alongside the various risk factors predisposing to this kind of psychiatric disorder .

Methodology :

A retrospective descriptive observational case-series type study of 6 cases of PP diagnosed and managed at the EHS of psychiatry Hdeb Ouargla , over a period of one year .

Results:

according to the study we conducted , acute confuse-delusional psychosis represented the major clinical entity of PP and whose onset was predominantly in the first 15 days of post-partum. PP affected married women :primiparous ans multiparous equally ,exercising profession or without profession and whose age is mainly between 25to 35 years and dispite the existence of acceptable socio-economic conditions.Among the risk factors recorded by our study we cite: family psychiatric ATCD, Urgent recourse to a cesarean section,the experience an obstetric procedure,the arrival of a stillborn or a malformed baby, anticipatory traumatic events in the emergence psychiatric disorder in parturients. Furthermore a favorable evolution has been observed after initiation of medical treatment in all our patients.

Conclusion:

This study has enabled us to prove the importance of researching risk factors in parturients and that the early diagnosis and medical care of these disorders effectively prevent the progression to serious and risky forms.

Key words: puerperal psychosis , risk factors, EHS of psychiatry Hdeb , case-series .

الملخص

الإشكالية:

يشكل ذهان الحمل و النفاس مشكلة صحية حقيقية بالنظر للحالات السريرية الجادة التي يمكن أن يأخذها أحيانًا و التي قد تعرض مصير الأم والطفل للخطر.

الأهداف:

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد مختلف الحالات السريرية لذهان الحمل و النفاس التي واجهتها النساء في ولاية ورقلة خلال عام 2020 ، ووصف الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية للحالات التي تم رصدها و تشخيصها انطلاقا من تاريخ 01/01/2020 إلى غاية 31/12/2020على مستوى المستشفى الأمراض العقلية الحدب ورقلة إلى جانب عوامل الخطر التي قد تعرض لمثل هذه الاضطرابات العقلية.

المنهجية:

دراسة وصفية رقابية بأثر رجعي ل06 حالات سريرية تم رصدها و تشخيصها على مستوى مستشفى الأمراض العقلية بالحدب خلال فترة سنة واحدة.

النتائج:

بناءا على الدراسة التي أجريناها فان الذهان الوهمي الحاد يمثل الصورة الكلينيكية الأكثر ترددا لذهان الحمل و النفاس و الذي يظهر غالبا في الأيام 15 الأولى بعد الولادة . أصاب هذا الأخير النساء المتزوجات و بصفة متساوية اللاتي وضعن مولودهن للمرة الأولى أو اللواتي وضعن مولودا في مرات سابقة الماكثات منهن في البيت و الممارسات لمهنة و اللاتي تتراوح أعمارهن بشكل أساسي بين 25 و 35 سنة رغم توفر مستوى اجتماعي و اقتصادي مقبول .

من بين عوامل الخطر التي سجلتها دراستنا نستشهد بما يلي : أسبقيات مرضية عقلية عائلية ,العمليات القيصرية المستعجلة ,عيش تجربة الولادة بالاستعانة بالأدوات الطبية , قدوم طفل مشوه أو ميت ...كلها أحداث صعبة قد تساهم في ظهور هذا النوع من الاختلال العقلي عند المرأة و نشير هنا إلى التحسن الكبير الذي تمت ملاحظته على جميع المريضات بعد بدء العلاج الطبي .

الاستنتاج:

لقد مكنتنا هذه الدراسة من إثبات أهمية البحث عن عوامل الخطر عند الحوامل وأن التشخيص والتكفل الطبي المبكر بهذه الاضطرابات يمنع بشكل فعال التقدم إلى أشكال خطيرة.

الكلمات المفتاحية : ذهان الحمل و النفاس ; عوامل الخطر ; مستشفى الحدب للأمراض العقلية ,سلسلة حالات.

Introduction et problématique

Introduction et problématique

On entend par psychose : une altération globale de la personnalité bouleversant les rapports du sujet avec la réalité où le patient n'est pas conscient ou que partiellement conscient du son état.
La psychose puerpérale PP (ou psychose périnatale, ou encore psychose de post-partum) du latin : puer : « l'enfant » et parere : « enfanter » est un terme recouvrant plusieurs troubles mentaux caractérisés par l'apparition soudaine de symptômes psychotiques chez la mère dans les tout premiers mois après la naissance d'un enfant. Elle se caractérise par l'apparition brutale de symptômes psychiatriques et souvent neurologiques, principalement dans les 2 premières semaines après l'accouchement qui peuvent inclure une irritabilité, des sauts d'humeur extrêmes, des hallucinations, ce qui peut nécessiter une hospitalisation psychiatrique. À cause de la stigmatisation ou de l'incompréhension liées à cette condition, les mères qui en souffrent cherchent rarement de l'aide (01).
Jusqu'à présent, plus de 5800 maladies rares ont été officiellement reconnues, mais aucune d'entre elles n'est un trouble psychiatrique de l'adulte. En cette année bissextile (2016), la PP est incluse, pour la première fois vu sa trés faible incidence qui est de 01 pour 1000 accouchements dans la liste organisée par Orphanet , le portail d'information de référence sur les maladies rares. Elle touche majoritairement les femmes sans antécédent médical et est donc difficilement prévisible. et le risque relatif de première apparition de psychose affective est 23 fois plus élevé après l'accouchement qu'à toute autre période (02).
La PP est l'une des maladies psychiatriques les plus graves et les plus dramatiques. Elle est associée à un risque accru d'infanticide (03) et suicidaire (04) ,une cause majeure de décès maternel. les risques d'une maladie invalidante à vie (ex: trouble bipolaire) et de récidive après la prochaine grossesse (05) sont également élevés. Cependant, si elle est traitée rapidement et de manière adéquate, le pronostic à court terme est prometteur(06). (07).
La PP est une maladie orpheline non seulement parce qu'elle est rare, mais aussi parce qu'elle n'est pas officiellement reconnue. Les incertitudes concernant sa définition et sa classification ont probablement empêché des conclusions cohérentes sur sa physiopathologie et sa gestion et à cause de la stigmatisation ou de l'incompréhension de cette maladie , les mères qui en souffrent cherchent rarement de l'aide (01)et une proportion importante de femmes atteintes de PP qui se suicident ou commettent un infanticide ont été mal diagnostiquées et n'ont donc pas reçu de traitement adéquate (03, 04).

Nous espérons que la reconnaissance de la PP comme un trouble grave et rare aidera à inverser la tendance de la maladie à être qualifiée de dépression post-partum ou de blues. Notre travail consiste à une étude portant sur une série de cas présentant une PP et vise les objectifs suivants:

Objectif principal :

- Déterminer les différentes entités cliniques de psychoses puerpérales confrontées par les femmes de la wilaya d'Ouargla en 2020.

Objectifs secondaires :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques de cas de PP qui ont été détectés dans l'EHS de psychiatries Hdeb d'Ouargla en 2020.
- Décrire les différents facteurs de risque prédisposant les parturientes à confronter ce genre de troubles psychiatriques.

Partie 1 : Revu de littérature

1-Définition:

La psychose puerpérale PP (ou psychose périnatale, ou encore psychose de post-partum) du latin : puer : « l'enfant » et parere : « enfanter » est un terme recouvrant plusieurs troubles mentaux caractérisés par l'apparition soudaine de symptômes psychotiques chez la mère dans les tout premiers mois après la naissance d'un enfant. Ces troubles peuvent inclure une irritabilité, des sauts d'humeur extrêmes, des hallucinations, ce qui peut nécessiter une hospitalisation psychiatrique. À cause de la stigmatisation ou de l'incompréhension liées à cette condition, les mères qui en souffrent cherchent rarement de l'aide (01).

La PP est différente du baby blues ou de la dépression du post-partum. Il s'agit d'un trouble psychiatrique grave qui survient le plus souvent dans la semaine qui suit l'accouchement. Il se caractérise par un état de confusion et de délire qui peut mettre en danger la mère, mais aussi son enfant.C'est une forme de psychose qui touche environ une femme sur mille, le plus souvent dans la semaine après son accouchement. La plupart du temps, il n'y a aucun signe annonciateur et les symptômes apparaissent très rapidement, de façon assez brutale, dans le premier mois qui suit l'accouchement. Elle concerne le plus souvent les femmes primipares.

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

- Un état délirant centré sur la relation entre la mère et son enfant avec un risque d'infanticide (dans 4 % des cas).
- Une confusion mentale et une obnubilation.
- Des hallucinations (visuelles, auditives ou cénesthésiques).
- Des troubles de l'humeur (dépression ou épisode maniaque) avec un risque suicidaire (dans 5 % des cas).
- Une grande fatigue, un amaigrissement, des troubles du sommeil.
- Une grande angoisse.

Cette psychose, qui apparaît uniquement au moment du post-partum, ne nécessite la plupart du temps que quelques semaines de soins. Son évolution est assez bonne dans la plupart des cas à long terme. Elle peut parfois devenir chronique mais souvent l'épisode n'aura pas de suite.

2-Pathogénie:

Des études (08) ont mis en évidence que cet évènement constitue une étape particulièrement importante dans la vie d'une femme, Il s'agit d'une étape de réorganisation psychique sources d'une vulnérabilité pouvant être à l'origine de :

- La survenue d'une pathologie, directement en lien avec la puerpéralité.
- La décompensation d'une pathologie antérieure (psychose maniaco-dépressive, névrose, schizophrénie).

Les troubles de la puerpéralité font discuter en outre, trois dimensions pathogéniques :

- **Biologique**
- **Psychologique**
- **Sociale**

A°/ Dimension biologique :

Elle tient compte des remaniements hormonaux de la grossesse et du post-partum. Ces variations hormonales (chute brutale des oestrogènes et progestatifs, levée d'inhibition de la prolactine, dont on connaît les interactions avec la dopamine) interfèrent dans certains états dépressifs, le syndrome du 3ème jour, les psychoses aiguës puerpérales.

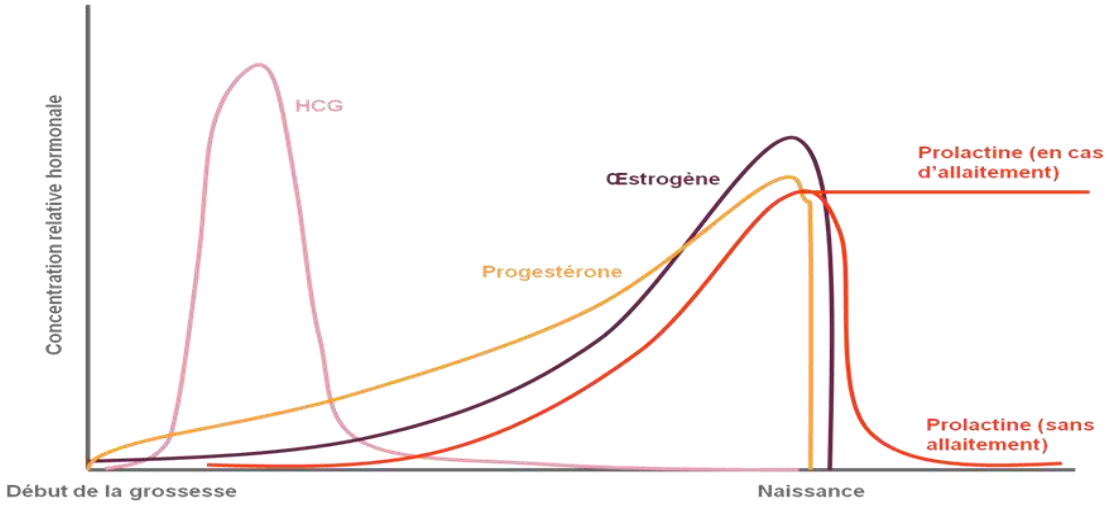

Figure 1 : les remaniements hormonaux de la grossesse et du post-partum.**(09)**

B°/ Dimension psychologique :

a. La Vulnérabilité:

Elle est délicate à évaluer, mais intéressante à mettre en évidence dans une perspective préventive :

- Du côté de la mère: elle correspond à des moments de fragilité relationnelle, à d'éventuels antécédents familiaux, personnels psychiatriques notamment dépressifs, à une personnalité peu structurée, névrotique ou psychotique. Troubles lié à l'addiction.
- Du côté du bébé, il est important de tenir compte de ses compétences, de ses "qualités" relationnelles: le bébé exerce parfois une influence sur la maladie maternelle, notamment par son comportement : bébé difficile ou bébé calme.

b. La Préparation à la maternité :

La participation à des groupes de préparation à la maternité surtout pour la **primipare** où sont expliqués les aspects psychologiques et biologiques ainsi que le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les besoins de l'enfant, constitue un bon soutien psychologique pour lutter contre l'angoisse et faciliter la naissance et les soins à l'enfant.

c. Le vécu de grossesse :

Il s'apprécie au travers de l'attitude de la femme vis à vis sa grossesse : elle l' apprécie ou la rejette ou elle est ambivalente envers elle et cela dépend de :

- Son désir de tomber enceinte : la programmation ou la survenue inopinée de Gsse.
- L'aide médicale donnée à la femme au cours de Gsse.
- Les craintes d'un accouchement difficile, c'est surtout pour les très jeunes mamans.
- Présence d'une malformation fœtale.
- La reviviscence d'un conflit préœdipien.
- La résurgence d'une image maternelle qui véhicule un modèle de mère.
- Des préoccupations excessives quant au déroulement de la Gsse.
- Présence des plaintes corporelles, des inquiétudes vis-à-vis sa propre santé ou celle de fœtus.

d . La représentation de l'enfant :

Un décalage trop grand entre l'enfant imaginaire et l'enfant réel : lors d'une prématurité, d'petit poids de naissance ou lors d'une malformation peut être source de difficultés relationnelles qu'il faut détecter tôt pour aider précocement la mère et enfant.

C°/ Dimension sociale :

Le bon déroulement de la grossesse et du post-partum est conforté par :

- la qualité relationnelle du couple.
- la stabilité dans le domaine professionnel.
- le statut économique suffisant.
- La place et la perception de la maternité dans la culture de sa société.
- le suivi médico-social régulier de la grossesse et de l'enfant dans la perspective de la PMI (protection maternelle et infantile) dans son pays.

I. TROUBLES PSYCHIQUES PENDANT LA GROSSESSE :

A. Manifestations psychosomatiques.

B. Troubles d'allure névrotique.

C. Episodes psychotiques.

D. Episodes dépressives.

A. Manifestations psychosomatiques :

-Elles sont à type de : nausées et vomissements qui sont physiologiques au 1er trimestre de la Gsse et donc banals et qui disparaissent normalement au 2ème trimestre.

-Elles sont présentes: chez 50 % des femmes au 1er trimestre ,dans 10 à 20 % des cas: elles persistent au-delà du 2ème trimestre et face à des manifestations fonctionnelles répétées, durables, on doit savoir évoquer : un problème névrotique ou un état dépressif sous-jacent,

-Parfois graves: engageant le pronostic maternelle et fœtal à la fois car elles peuvent se compliquer de : troubles ioniques , dénutrition sévère avec signes de polynévrite (carence vitaminique B6) , nécessitant ainsi une hospitalisation avec isolement.

B. Troubles d'allure névrotique :

-Leur intensité est plus importante, parfois handicapante.

-Ils s'expriment sous forme de: crises d'angoisse, de manifestations phobiques, d'obsessions.ces manifestations sont centrées sur:

- La crainte d'avoir un accouchement difficile.
- De ne pas savoir satisfaire les besoins de l'enfant.
- Parfois, il peut s'agir de véritables crises de panique ou d'obsessions avec "peur de tuer l'enfant" qui n'est pas encore né.

-Enfin, Il s'agit parfois de plaintes corporelles qui sont parfois prévalentes évoquant une pathologie de type conversion.(tableau de conversion voir annexe (1))

-Les exigences affectives sont accrues pour endiguer ces craintes croissantes avec demande d'une présence rassurante, quasi permanente

C. Episodes dépressives:

- Elles surviennent plutôt lors des premiers mois de grossesse et sont généralement transitoires.
- Touchent 10% des femmes enceintes (c'est à dire pas plus que la population générale).
- Facteurs favorisants: L'âge jeune, L'ambivalence vis-à-vis la Gsse , et l' environnement peu favorable.
- S'expriment dans la majorité des cas par: la symptomatologie névrotique précédemment décrite (ce sont les premières manifestations ou bien l'aggravation d'une névrose préexistante) à laquelle s'ajoutent :
    - une ambivalence vis-à-vis de la grossesse.
    - sentiments d'impuissance et dévalorisation du rôle de future mère.
    - crises de larmes, asthénie.
- Les manifestations mélancoliques sont rares et surviennent plutôt en fin de grossesse , elles se poursuivent alors au-delà et prennent une forme confusionnelle ou délirante.
- Les accès maniaques sont exceptionnels.

D. Episodes psychotiques :

- Les épisodes psychotiques, notamment les bouffées délirantes, sont très rares pendant la grossesse contrairement à la période du post-partum.

- Cette rareté des accidents psychiatriques majeurs souligne le "rôle protecteur" qu'aurait la grossesse vis-à-vis des troubles psychotiques comme en témoignent l'amélioration des psychoses évolutives et la survenue moindre des psychoses gravidiques, cinq fois moins fréquentes que les psychoses du post-partum (période à risque important de décompensation faisant l'objet ici d'une prévention des décompensations psychiatriques et des troubles de l'attachement.

II. TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM :

A. **Post-partum blues.**
B. **Psychose puerpérale.**
C. **Dépression du post-partum.**
D. **Dépression du post-abortum**.

A .Post-partum blues :

Définition :

C'est un trouble de l'humeur fugace et transitoire qui se déclare classiquement entre : 3ème et 5ème jour, et qui peut apparaître jusqu'au 6ème j. pour régresser au plus tard vers le 10ème jour du post-partum. (10) (11) (12) (13) (14).

Dénominations équivalentes : syndrome de 3ème jour, baby blues, maternité blues, fièvre du lait.

Epidémiologie :

C'est un syndrome fréquent : touche environ 50 à 80 % des accouchées. C'est un phénomène bien connu de un : par sa fréquence, mais aussi grâce au fait que souvent ce trouble se déclare lors du séjour à l'hôpital ce qui fait que les professionnels de santé y sont régulièrement confrontés.

Etiopathogénie :

S'explique autant par le bouleversement hormonal de la suite de couches que par les modifications psychologiques de la "préoccupation maternelle primaire" qui rend la mère très attentive à son enfant, intuitive et sensible à ses besoins. il n'est pas pathologique au sens strict.

Pour certains auteurs : il est considéré comme physiologique car ils le considèrent comme un processus d'adaptation qui permet à la jeune mère d'acquérir une sensibilité et une réactivité particulière indispensables pour répondre au mieux aux besoins de son bébé.

Clinique :

Le plus souvent des manifestations mineures et transitoires qui durent quelque jours, parfois qu'un seul, voire même quelque heures**,** et qui apparaissent d'autant plus paradoxales que la grossesse et l'accouchement se sont déroulés normalement, et durant le quel la post accouchée présente une humeur dysphorique, une labilité émotionnelle qui s'accompagne d'une :

- Irritabilité, crises de larmes faciles, anxiété relative aux soins à apporter au bébé, des ruminations pessimistes vis à vis du nouveau-né avec le sentiment d'incapacité de ne pas pouvoir bien s'occuper de lui, sensibilité exacerbée à l'environnement, notamment au conjoint avec sentiment d'être délaissée ,des plaintes somatiques diverses, asthénie liée surtout au troubles du sommeil…

  Malgré la diversité de ses symptômes, la mère reste attentive aux besoins du son bébé, elle s'intéresse et communique avec lui tout en ayant conscience de sa fragilité psychique.

Evolution :

- **Dans 90%: résolution rapide et spontanée :**
  Cet état disparaît généralement en quelques heures ou quelques jours, d'autant plus rapidement que l'attitude de l'entourage aura été maternant envers la jeune mère.

- **Dans 10%:**
  Il peut persister au-delà d'une semaine malgré la présence active de l'entourage, comme il peut se majorer coté symptomatologie et là on doit s'alerter car il peut être le point de départ d'une évolution dépressive du post-partum ou bien même l'annonce d'une psychose puerpérale aigue, de ce fait il faut prendre cet état qui est en général passager au sérieux afin d'éviter toute mauvaise évolution.

Prise en charge :

C'est un trouble d'humeur qui est transitoire, généralement bénin, et qui ne nécessite pas un traitement spécifique mais simplement un climat affectif et chaleureux, humanisé de l'entourage suffit et permet l'apaisement et la résolution de ce syndrome, de toute façon il doit être l'occasion pour les équipes de rencontrer la jeune mère afin de s'assurer d'une évolution favorable et de l'établissement de relations satisfaisantes avec le nouveau-né.

Une consultation psychologique devant un "post-partum blues" d'une durée et d'une intensité anormale n'est plus à démontrer, c'est le terrain de la psychose puerpérale proprement dite, de la dépression du post-partum avec tout un grand risque derrière. (15)(16)

B .La Psychose puerpérale :

Définition :

Le terme de psychose du post-partum recouvre des sens différents selon les auteurs .On peut systématiquement distinguer deux types de définitions (17) **:**

- Une définition restrictive, qui limite ce cadre aux troubles psychotiques se manifestant comme une bouffée délirante à début brutale dans le post-partum précoce (au cours du premier mois) et regroupant les signes de bons pronostics des psychoses aigües. Cette définition rejoint celle de la psychose puerpérale de la définition française.
- Une définition plus large qui regroupe l'ensemble des troubles psychiatriques majeurs apparaissant dans les suites de l'accouchement et incluant ainsi, en particulier, les épisodes de mélancolie délirante et les épisodes maniaques. C'est la définition adoptée par les travaux anglo-saxons.

Epidémiologie :

C'est un trouble psychotique peu fréquent qui touche 0.1% à 0.2% des postes accouchées seulement, et dont les sorties de la maternité de plus en plus précoces, expliquent en partie la moindre fréquence de ces psychoses en service d'obstétrique.

Les facteurs de risque:

Le post-partum est une période d'adaptation pour la jeune mère, autant dans cette nouvelle relation avec son bébé, que sur le plan familial, social, psychologique, hormonal et physique. Il s'agit d'un changement important qui peut révéler une fragilité sous-jacente.

Il n'existe pas une seule cause mais plusieurs facteurs de risque de psychose puerpérale:

- ATCD psychiatriques personnels ou familiaux: est présent dans un tiers des cas.
- Primiparité avec âge de plus de 35 ans.
- Perturbation relationnelle précoce de l'accouchée avec sa propre mère.
- Absence d'élaboration du travail psychique préparant à la maternité.

- Personnalité immature (ou une parentalité pendant l'adolescence par exemple) ou limite.
- La primiparité (première grossesse) dans 70 % des cas ;
- Les antécédents personnels et familiaux de maladie psychiatrie (troubles de l'humeur)
- Le changement hormonal
- Une grossesse non préparée ou non désirée
- La solitude et l'éloignement familial
- Un accouchement difficile (ou une naissance prématurée) ;
- Des antécédents de césarienne ou de mort périnatale ;
- Des psychotraumatismes dans l'enfance (violences physiques ou sexuelles par exemple).
- À noter qu'un faible statut socio-économique et/ou une perte de support social ou financier constituent également des facteurs de risque.

Clinique :

La psychose puerpérale est la plus sévère des manifestations psychiatriques du post-partum (18).

Début : brutal, caractérisé par des prodromes rappelant le tableau du post-partum bleus qui semble être tardif ou bien prolongé avec accentuation et majoration progressive des troubles. La confusion mentale s'installe progressivement avec fréquente majoration vespérale et s'y ajoute un désintérêt croissant pour le NRS.

Phase d'état: rapidement complète associant des symptômes : **thymiques, délirants, confusionnels :**

- **Grandes oscillations thymiques:** elles sont souvent au premier plan, un passage rapide dans une même journée d'une thématique mélancolique pendant la quelle le risque d'auto-agressivité et hétéro-agressivité sur l'enfant est très important à une thématique maniaque.
- **Délire :** mal structuré, très fluctuant dans son intensité et dans son expression**.** Les idées délirantes et les phénomènes hallucinatoires (auditives, visuelles) sont souvent axées sur le bébé :

- Pendant les phases mélancoliques : on peut assister à une négation de la maternité (ce n'est pas mon bébé), substitution(ils m'ont changé le bébé) , subtilisation de l'enfant (ils m'on volé mon fils) , maladie ou malformation (mon bébé et malade….mon bébé est malformé) , imminence de sa mort (mon bébé va mourir), malédiction sur le nouveau-né …..etc.
- Pendant les phases maniaques : elle peut recevoir son bébé comme prodige, exceptionnel et robuste, chargés de missions salvatrices, idées de toute puissance ….etc.
- **Confusion :** à variation rapide**,** dominé par la désorientation temporelle et spatiale, la perplexité anxieuse, l'onirisme transitoire, les perturbations du rythme veille sommeil**.**
- **L'anxiété :** est toujours présente, et elle est très souvent importante, avec par moment des sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, une atmosphère d'angoisse de mort : risque de suicide et/ou d'infanticide.

-Les critères diagnostiques du DSM IV du trouble psychotique bref:

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants:

1 Idées délirantes

2 Hallucinations

3 Discours désorganisé

4 Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

Noter bien: ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une maclante de réaction culturellement admise.

B. Au cours d'un épisode: la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d' l mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un trouble schizo-affectif, ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

D. **<u>Spécification</u> :**

- **Avec facteur(s) de stress marqué(s):** psychose réactionnelle brève.

  si les symptômes surviennent peu de temps après et apparemment en réaction à des évènements qui isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

- **Sans facteurs(s) de stress marqué(s) :** si les symptômes psychotiques ne surviennent pas peu de temps après ou ne sont pas apparemment réactionnels à des évènements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans les symptômes culture.

- **Avec début lors du post-partum :** si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

Diagnostic différentiel :

-Une psychose aiguë organique fréquemment confusionnelle, d'origine infectieuse, l'origine toxique ..
-Une réactivation d'une psychose schizophrénique ou d'un délire chronique.
-Un épisode thymique notamment mélancolique ou mixte dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive en sachant qu'une psychose puerpérale peut être une porte d'entrée dans un trouble bipolaire.

Evolution :

L'évolution immédiate : spontanément favorable dans la grande majorité des cas en quelques semaines; réduite à deux à trois semaines sous traitement neuroleptique.

La sismothérapie demeure le traitement le plus efficace proposée après échec des neuroleptiques ou d'emblée lorsque les dimensions mélancolique et délirante centrées sur l'enfant entraînent un risque de suicide ou d'infanticide.

L'évolution à long terme : variable et controversée quant aux pourcentages :
-Guérison (il s'agissait d'un épisode unique) : 70% des cas c'est presque dans les dans 2/3 des cas
-Récidive sur le même mode lors d'une grossesse ultérieure : 20% des cas
-Psychose maniaco-dépressive : 1% des cas
-Schizophrénie : très rare, surtout chez une jeune patiente d'une vingtaine d'années.

Prise en charge :

-C'est une urgence thérapeutique compte tenu de l'agitation, du risque suicidaire et d'infanticide.

-Une hospitalisation dans le plus bref délai en service spécialisé psychiatrique **:** de préférence en 'UME' unité mère-enfant (19) (20).car une séparation précoce peut avoir des conséquences néfastes sur la dyade, donc il faut l'éviter en tant que possible. En effet, la non-séparation de la mère et de son bébé permet de développer des liens le plus rapidement possible. Mais cela n'est possible que lorsque toutes les conditions de sécurité sont réunies. En ce sens, cette hospitalisation mère-bébé est parfois délicate et contre-indiquée dans un premier temps.

- une aide psychothérapique pendant cette hospitalisation est toujours nécessaire, centrée sur la mère mais aussi sur la relation mère-bébé. Les questions de parentalité seront travaillées, en tentant de maintenir un lien de qualité avec l'enfant lors de visites organisées avec le père ou un membre de l'entourage. Ce travail psychothérapique inclut aussi le père.

-Les neuroleptiques incisifs et sédatifs : sont adaptés en fonction de la clinique qui impose le plus souvent des posologies élevées pour réduire l'agitation

-Sismothérapie (électro-convulso-thérapie):le traitement consiste à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne. Plusieurs séances sont répétées et espacées dans le temps. La décision de recourir à un traitement par ECT repose sur l'appréciation des avantages et des inconvénients respectifs de l'ECT et des autres thérapeutiques au regard d'un examen approfondi de la sévérité de la pathologie du patient, des indications, contre-indications et de l'échec des autres traitements disponible, l'efficacité thérapeutique etla rapidité d'action de l'ECT est démontrée par rapport aux traitements de référence dans les épisodes thymiques aigus (dépression, manie) et dans les exacerbations symptomatiques schizophréniques.

L'ECT peut être considérée comme un traitement de première intention lorsqu'existe un risque vital à court terme , elle trouve son indication dans la PP quand le risque d'un geste auto ou hétéro agressif est important ou lorsque l'état de santé d'un patient est incompatible avec l'utilisation d'une autre forme de thérapeutique efficace, lorsque le bénéfice attendu par les traitements classiques est faible. Elle sera utilisée en deuxième intention après l'échec d'un traitement pharmacologique de référence, ou en raison de l'intolérance à un tel traitement, ou devant l'aggravation de l'état du patient.

.

- Une guérison est le plus souvent obtenue en 15 jours - 3 semaines.
- La fin de l'hospitalisation n'est pas forcément synonyme d'arrêt du traitement.

-Le suivi reste primordial : la mise en place d'un suivi de la patiente, de son enfant et d'un soutien familial est importante, associant : psychiatre, pédopsychiatre, médecin généraliste, pédiatre, protection maternelle et infantile (P.M.I.).

-La prévention des récidives doit être faite, afin d'éviter la survenue d'une nouvelle psychose lors de la prochaine grossesse. Il faut conseiller à la patiente d'attendre un petit moment avant de faire un autre enfant, afin de laisser le temps à la mère de créerun lien solide avec son enfant qui vient de naître pour favoriser un développement optimal du nouveau-né .

C .La dépression du post-partum ‘ DPP ’ :

Définition:

- Il s’agit d’un trouble dépressif majeur qui est généralement précoce survient dans les 15 premiers jours du PP et qui peut survenir selon la littérature scientifique jusqu’à 1 an après l’accouchement avec une pic de fréquence situe entre 2ème et 6ème mois.

- Selon [DSM-IV-TR] **(21):** le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). DPP a la particularité de débuter avant la quatrième semaine qui suit l’accouchement.

- Selon CIM 10 **(22)** : attribue au DPP, un syndrome dépressif qui se déclare dans les six semaines qui suivent l'accouchement.

Epidémiologie :

- Les DPP sont fréquentes : elles touchent 10 à 15 % des postes accouchées, constituent près de la moitié des hospitalisations en psychiatrie pendant les premiers mois après l’accouchement.
- Bien que la pathogénie de la dépression est encore mal élucidée (et donc de la DPP), les auteurs s’entendent pour dire qu’il n’existe pas de cause unique , des facteurs physiques ,hormonaux ,sociaux, psychologiques et affectifs peuvent tous jouer un rôle dans le déclenchement de la maladie .C’est ce qu’on nomme « le modèle bio-psycho-social de la dépression » .

Facteurs de risque de la dépression du post-partum (voir tableau 1) :

Cette étiologie multifactorielle regroupe un ensemble de facteurs de risque, dont des facteurs psychiatriques, gynéco-obstétricaux, socio-économiques et endocriniens (23) (24) (25) (26) (27) (28).

Tableau 1. Facteurs de risque de dépression de post-partum :

Facteurs psychiatriques
• ATCD personnels de dépression du post-partum • ATCD psychiatriques personnels ou familiaux (dépression) • Dépression pendant la grossesse • Baby blues severe
Facteurs socio-économiques
• Isolement social • Conflits conjugaux • Evènements négatifs pendant la grossesse • Niveau socio-économique bas • Age maternel aux extrèmes des périodes de fertilité
Facteurs obstétricaux
• Grossesse non désirée • ATCD obstétricaux : mort in utero, malformation fœtale, interruption de grossesse, accouchement prématuré, etc. • Grosses se pathologique • Morbidités néonatales
Facteurs endocriniens
• Hypothyroïdie

Clinique :

Début :

- L'entrée dans la dépression est généralement précoce marquée par la persistance des symptômes du baby blues au de là d'une semaine et / ou bien leurs 'intensification associant toujours à un degré plus ou moins important les signes classique de la dépression …on doit noter ici que la symptomatologie répond en quelque sorte aux critères diagnostiques du syndrome dépressif majeur..la clinique ainsi est typique et donc le diagnostic sera plus aisé.
- L'entrée dans la dépression peut être tardive dans l'année qui suit la naissance …la clinique ainsi est beaucoup plus atypique ce qui rend le diagnostic plus difficile.

Symptomatologie :

Certains considère la DPP comme une dépression ordinaire alors que d'autres maintiennent que c'est une dépression atypique, la spécificité de la DPP donc n'est pas clairement définie, cependant il existe des caractéristiques qui lui sont propre et qui permettront aux professionnels de santé associés aux critères de l'épisode dépressif majeur d'arriver à l'identifier et diagnostiquer.

Rappelons en premier les critères de la dépression ordinaire ' l'épisode dépressif majeur' selon le DSM-IV :

Critères d'un épisode dépressif majeur:

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur .au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive **1** soit une perte l'intérêt ou de plaisir **2**.

Noter bien : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection : médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (se sent triste ou vide) ou observée par les autres (pleure).

Noter bien : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres.

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

Noter bien: Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5.Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'épisode mixte)

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans (les autres domaines importants).

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex: Hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Critères de spécification d'un début lors du post-partum, spécifier si :

Avec début lors du post-partum :(peut s'appliquer à l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble bipolaire ou d'un trouble bipolaire ll ou du trouble psychotique bref).

Le début d'épisode survient dans les quatre premières semaines du postpartum.

1/Formes précoces : la clinique ainsi est typique avec une symptomatologie modérée qui s'approche en quelque sorte aux critères diagnostiques du syndrome dépressif majeur , avec présence de quelques particularités en faveur de la DPP typique .

2 /Formes tardives : la clinique ainsi est beaucoup plus atypique, soit trop bruyante, mais parfois trompeuse :

-Trompeuse : n'est repérée qu'au travers des signes indirects qui peuvent attirer l'attention au difficultés relationnelles mère –bébé qui s'expriment dans le comportement du bébé: l'alimentation (anorexie , régurgitations , vomissement) , troubles du sommeil pleurs inconsolables , prise de poids insuffisante imposant des consultation multiples durant les quelles on peut assister à la perturbation de la relation mère-bébé, demande excessive de réassurance, des obsessions.

la mère ainsi a de grande difficultés de parler de ce quelle ressent et attend souvent l'entourage ou le personnel pendant son interrogatoire à deviner l'importance du problème .elle exprime le sentiment de ne pas être heureuse qu'elle aurait pensé ou voulu et qu'elle n'arrive pas aux besoins du son bébé du fait de l'absence de plaisir à s'occuper de lui …cette lassitude est accompagne de sentiments d'incapacité, une culpabilité, des auto-accusations en relation avec des mauvais soins apportés à l'enfant , anxiété souvent importante ...tableau semble être d'intensité modérée mais il ne faut pas le négliger car il altère l a relation mère-enfant et dont le retentissement est très délicat sur le bébé surtout aussi bien sur la mère .

-Bruyante : correspond souvent à un tableau de mélancolie avec une thématique délirante centrée sur le bébé :

- Mélancolie : un sentiment d'incapacité, de culpabilité, d'indignité d'être une mauvaise mère, une désorientation; une absence de reconnaissance des proches; une négation du mariage, de la grossesse et/ou de la maternité.
- Des idées délirantes concernant le nouveau-né (responsabilité d'une menace de mort pesant sur son enfant, conviction d'une substitution d'enfant, de sa mort, d'un changement de sexe, de pratiques maléfiques sur l'enfant et la mère.
- Toutes ces situations délirantes sont vécues dans une atmosphère d'angoisse de mort omniprésente, quel que soit le comportement de la mère (apathie, indifférence ou excitation, agressivité), il est important de souligner la possibilité d'un geste suicidaire et/ou d'infanticide, qui impose de prendre des mesures adéquates, de sécurité et de soins.

Tableau 2 : comparaison entre DPP typique et la DPP atypique (29):

DPP typique	DPP atypique
-se voit la DPP précoce -dépression généralement modérée -risque suicidaire : apparait minime -altère la relation mère-bébé et peut retentir gravement sur celui-ci	-se voit dans la DPP tardive -dépression généralement franche -risque suicidaire ou infanticide très élevé notamment pour la forme mélancolique-délirante - altère aussi bien la relation mère-bébé aussi et le pronostic vital des 2 parfois

Evolution :

1. Résolution spontanée en 3 à 6mois : 50%
2. Persistance au-delà d'un an :50%
3. Risque de récidive lors d'une Gsse ultérieure : 20 à 30% des femmes ayant des antécédents de dépression feront une DPP (30).
4. Parfois la dépression du post-partum peut constituer une entrée dans un trouble dépressif récurrent et/ou récidiver lors d'une grossesse ultérieure.

5. Les conséquences de cet état pour la femme et ses relations à long terme, en particulier celles qui concernent le nouveau-né sont notables et péjorent le développement social, cognitif et émotionnel de ce dernier ; il peut y avoir développement d'une pathologique spécifique chez le nourrisson avec trouble de l'attachement car les mères déprimées décoderaient mal les signaux envoyés par leur bébé, ce qui entraverait les capacités de l'enfant à faire des liens cohérents avec son environnement (13)

Diagnostic différentiel :

-Se fait essentiellement avec : le baby-blues et la psychose puerpérale.

Prise en charge :

Cette pathologie est actuellement encore trop souvent sous- diagnostiquée car le début peut être insidieux et la mère est rarement capable d'appeler à l'aide. , Il lui parait interdit de dire qu'elle ne se sent pas mère, qu'elle ne se sent pas capable de s'occuper de lui. Avant toute chose, le souci est celui de la prévention de la survenue de cette pathologie par la formation adéquate du personnel soignant. Une préoccupation précoce de l'état maternel positive l'avenir psychique de la patiente.

- **Psycho-sociale :** L'attitude thérapeutique doit être centrée sur la relation mère-enfant, avec revalorisation des capacités matérnantes de la mère. Bien souvent, la femme masque son mal-être. Toute la difficulté est de le détecter et d'amener la patiente à se faire aider d'un point de vue psychique (psychologue, psychiatre, groupes de mères, généraliste, etc.) mais aussi social (assistants sociaux).
- **Médicamenteuse :** Si cela s'avère nécessaire, l'allaitement sera interrompu et la mise en route d'un traitement antidépresseur et/ou anxiolytique sera entreprise.
- **Hospitalisation :** Lors d'une chronicisation de la maladie dépressive, cette solution doit pouvoir être envisagée ,l'idéal est un séjour en unité mère-bébé afin de développer des liens le plus rapidement possible. Le retour à domicile nécessitera un suivi psychique.

D .Dépression du post-abortum :

-Interruption de grossesse : une peut engendrer une dépression réactionnelle associée à un senti- ment de culpabilité, surtout si cette interruption est liée à un problème maternel. Il s'agit d'une entité rare.

-Les ABRT : nombreux troubles psychiatriques tels que des troubles anxieux comme l'agoraphobie, les attaques de panique ou le syndrome de stress post-traumatique fréquemment observés.

-Les morts anténatales forcent à accomplir un travail de deuil. Pour éviter ou minimiser l'avènement de troubles psychiques futurs, il est important que les parents voient leur enfant mort, lui donnent un nom et organisent les funérailles. Ces actions, aussi difficiles soient-elles, permettent la réalisation du deuil.

Outre cela, un soutien lors d'une grossesse ultérieure sera souvent nécessaire car ça représente un facteur de risque de dépression du post-partum pour une grossesse itérative.

Matériels et méthodes

I .Matériels et méthode :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive observationnelle faite d'une série de 06 cas de PP.

2. Durée et lieu de l'étude :

L'étude s'étale de 01/01/2020 au 31/12/2020 portant sur l'étude clinique de six cas de PP diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'EHS de psychiatrie de Hdeb Ouargla.

3. la population d'étude :

- **Critères d'inclusion :**

  Toutes les patientes qui n'ont jamais eus des ATCD psychiatriques et qui ont été admises pour la première fois dans l'EHS Hdeb suite à des troubles psychiatriques survenus pendant la Gsse ou bien dans les 04 semaines du post-partum.

- **Critères d'exclusion :**

  Toutes les patientes suivies pour des maladies psychiatriques (trouble bipolaire, décompensation psychotique, schizophrénie...).

4. Dénomination de l'échantillon d'étude :

Notre échantillon sera désigné par une appellation : « Psychose puerpérale » en cas de recueil et d'analyse des variables propres à leur évaluation.

Nous retenons les définitions françaises et anglo-saxontes suivante de la PP (17) **:**

- Une définition restrictive, qui limite ce cadre aux troubles psychotiques se manifestant comme une bouffée délirante à début brutale dans le post-partum précoce (au cours du premier mois)et regroupant les signes de bons pronostics des psychoses aigües. Cette définition rejoint celle de la psychose puerpérale de la définition française.
- Une définition plus large qui regroupe l'ensemble des troubles psychiatriques majeurs apparaissant dans les suites de l'accouchement et incluant ainsi, en particulier, les épisodes de mélancolie délirante et les épisodes maniaques. C'est la définition adoptée par les travaux anglo-saxons. Voir annexes (D-E-F).

5. Modalités de collecte et de contrôle des données:

Les patientes ont été identifiées dans les registres non informatiques de 2020 de l'EHS de psychiatrie Hdeb, sous le diagnostic de PP selon les critères diagnostiques du DSM **(Annexe D-E-F)**

Les dossiers médicaux des patientes sélectionnées ont ensuite été consultés individuellement à partir l'archive de 2020 de l'EHS de psychiatrie Hdeb, afin de valider l'inclusion et recueillir les informations (tous les dossiers recueillis étaient en versions papier et manuscrit) .Ensuite des consultations ont été programmées par convocation des cas à fin d'accomplir les informations qui manquent sur les dossiers sur une fiche d'enquête **(Annexe B)** et pour bien retracer l'histoitre de la maladie .

6. Aspect éthique de l'étude :

- ✓ Les femmes ont été incluses dans cette étude après : avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement sur la fiche de consentement ou avoir celui de leur proches **(Annexe C)**.
- ✓ La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

7. Les variables étudiés :

Le questionnaire utilisé comprend 14 questions, rempli par l'interne lors de la consultation psychiatrique programmée assistée à coté du psychiatre pour bien retracer l'histoire de la maladie. Après la mention des informations relatives aux aspects socio-démographiques de la population étudiée comme l'âge, l'adresse, numéro téléphone, l'enquête recherche à recueillir les données suivants :

- **L'âge :** réparti en 03 tranches d'âges :
  - de 18 à 24 ans
  - de 25 à 35ans
  - de 35 ans ou plus
- **Le statut marital :**
  - Célibataire
  - Mariée
  - Divorcée
  - Veuve

- **Profession :**
    - Oui
    - Non
- **Le niveau scolaire :**
    - Coranique
    - Primaire
    - Moyen
    - Secondaire
    - universitaire
- **Le niveau socio-économique :** établi par la description de malade.
    - Bon.
    - Moyen.
    - Médiocre
- **Les antécédents :**
    - ATCD psychiatriques : Oui / Non
    - ATCD médicaux : Oui / Non
    - ATCD gynéco-obstétricaux
- **Le nombre de parité :**
    - Primipare
    - Multipare
- **La grossesse actuelle :**
    - Désirée / Non désirée
    - Suivie / Non suivie
    - Normale / A risque
    - Type de risque
- **La voie d'accouchement:**
    - Voie haute
    - Voie basse : non instrumentale /instrumentale
    - Si instrumentale : (Episiotomie /ventouse /Forceps /Autres)
- **L'état de naissance de nouveau-né :**
    - Vivant
    - Mort-né
    - Malformé

- **Les types de trouble :**
    - Psychoses aigues.
    - Dépressions à caractéristique psychotique.
    - Accès maniaques
    - Autres.
- **La période d'apparition des troubles :**
    - Au cours de la Gsse.
    - Post-partum précoce (0 jour- 15 jours)
    - Post-partum tardif (16 jours -29 jours)
    - Plus 29 jours du Post-partum
- **Les modes de prise en charge des patientes :**
    - Hospitalisation
    - Traitement ambulatoire
- **Le devenir des patientes :**
    - Stabilisées
    - Perdues de vue

Observations

II.Observations.

1er cas :

1. **Eléments biographiques et anamnèse:**

Il s'agit de la patiente k.R âgée de 26 ans demeurant et résidant à Ouargla (Mkhadma), femme au foyer, mariée et mère d'une fillette âgée de 6 mois, 2ème de 5 fratries, niveau : bachelière.

2. **ATCD personnels et familiaux :**

Familiaux : père : Alzheimer depuis 2 ans.

Personnels :

- Psychiatriques : RAS
- Médico-chirurgicaux : RAS
- Gynéco-obstétricaux :
  - G1P1A0.
  - La Gsse bien suivie.
  - Accouchement eutocique par voie basse.

3. **FDR :**

- Tr psychiatrique prénatal.
- Les conflits avec sa belle-famille.
- Niveau socio-économique : bas

4. **L'histoire de la maladie :**

L'histoire de la maladie remonte à la période de Gsse où la femme a présenté des épisodes faite de: crises de larmes, revendication affective envers son mari avec des idées de persécution, idée de morcellement du bébé qui n'était pas encore né, tristesse … ces troubles-là n'ont pas été pris en charge, elle a été vupar le Raki seul.

La femme vient se compliquer le 5ème j du post-partum d'une insomnie ,anxiété importante ,irritabilité, hétéro-agressivité verbale et physique envers son mari , et suite

à un conflit conjugal le 7ème j , elle a fait une agitation psychomotrice ‘elle a cassé toute la vaisselle ‘, commence à crier et à vociférer et par la suite, elle a perdu la conscience.

Elle a été ramenée à la maternité en état de malaise , TA : 80/50 , une correction volumique a été faite , des idées délirantes ont été objectivées à l’examen : elle n’arrêta pas de répéter (ma belle-mère est jalouse de moi parce que je suis plus belle qu’elle) , des hallucinations auditives étaient présentes :(ils m’ont dit qu’elle voulait me tuer …).

Un dextro, un ionogramme, bilan inflammatoire : VS, CRP ont été demandé en urgence revenant toute normale, la malade a été libérée avec une lettre d’orientation en psychiatrie.

5. L'examen psychiatrique :

- Patiente instable sur le plan PM (patiente agitée)
- Mimique anxieuse
- Contact difficile : la patiente agitée
- Discours centré sur son délire
- Humeur hostile
- Verbalise ce jour un délire de persécution à mécanisme hallucinatoire
- Le mari rapporte une insomnie subtotale

6. Examen physique :

- Apyrétique
- Bonne coloration cutané muqueuse
- Absence d’hémorragie
- Examen respiratoire et cardio-vasculaire : normal
- Examen neurologique est sans particularité

7. Les explorations para-cliniques :

- Glycémie : 1,20 dg/L
- Biologie : VS, CRP et ionogramme : normaux
- Imagerie : une TDM cérébrale : RAS

8. Le traitement donné par le psychiatre :

- Neuroleptique sédatif : Chlorpropazine (Largactil)en goutte à la dose de 60gtte 3x/J
- Neuroleptique incisif : Olanzapine(Olanzapine) CP de 10mg 1cp 2x/J
- Un régime alimentaire : Hyperprotéique, Hypoglucidique, normo lipidique.

9. L'évolution :

- Evolution immédiate : l'état de la patiente s'était amélioré seulement en cinq jours sous traitement médical (amendement de l'état d'agitation, et critique partiel de délire…)
- Evolution à moyen terme: on notait une stabilité de son état général au bout de 20jours sous traitement médical (critique total de délire).

2ème cas :

1. **Eléments biographiques et anamnèse :**

Il s'agit de la patiente B. A âgée de 32 ans, originaire de Djamaa et résidante à Ain El-Beida, femme au foyer : couturière, mère de 2filles, la 4ème de 9 fratries, niveau : CEM.

2. **ATCD personnels et familiaux :**

Familiaux : RAS

Personnels :

- Psychiatriques : RAS
- Médico-chirurgicaux : RAS
- Gynéco-obstétricaux :
  - G5P2A3 dont 2 étaient des MIU (les 2 morts nés étaient malformés), curetage traumatisant.
  - Gsse non suivie médicalement.

3. **FDR :**

- 2 MFIU (2ATCD de bébé malformé) et le curetage traumatisant.
- Niveau socio-économique médiocre.
- Conflits conjugaux.

4. **L'histoire de la maladie :**

Début de la symptomatologie remonte à la 4èmeGsseen 2019 non suivie médicalement par négligence du mari, une MFIU survenue le 6èmemois, un curetage a été réalisé le 8ème mois suite au quel la femme a beaucoup saigné, puis est transférée à la chambre de réanimation où elle a séjourné 3 jours.

Le même jour de sa sortie le mari a accusé sa femme responsable de cette malformation ce qui a déclenché chez elle : des crises de pleurs, une anxiété intense, une insomnie subtotale, arrêt d'alimentation.

La patiente a consulté un médecin généraliste qui lui a prescrit un traitement …!!! Après une semaine tout est rentré dans l'ordre.

Un an plus tard, il y a eu une nouvelle Gsse, une MFIU est survenue le 5ème mois, un autre bébé malformé encore cette fois aussi, le même scénario s'est répété : le mari a refusé d'avoir un bébé malformé et rejeté toute la responsabilité sur la femme, déclenchant chez elle un épisode similaire.

L'état de santé de la patiente cette fois ci n'a pas cessé de se dégrader : ralentissement psychomoteur, indifférence psychoaffective, prend pas soins d'elle-même ni de ses enfants, ne quitte pas son lit, elle est complètement détachée à l'ambiance avec une bizarrerie: négation de sa grossesse associée à un mutisme…..Motivant ses parents de la présenter aux urgences de psychiatrie.

5. L'examen psychiatrique :

- Patiente ralentie sur le plan PM (patiente incurique, coiffure et tenue vestimentaire négligée)
- Mimique inexpressive, indifférente
- Contact difficile : la patiente refuse d'adresser même le regard
- Discours pauvre voir même absent
- Humeur tend vers le pole dépressif
- Verbalise ce jour des idées de préjudice et de dévalorisation, négation de Gsse, pas d'activité hallucinatoire ce jour
- La mère rapporte une insomnie subtotale avec perte de l'appétit.
-

6. Examen physique :

- Sans particularités
- Examen neurologique est sans particularité

7. Les explorations para-cliniques :

- Bilan inflammatoire : normal
- Bilan général: RAS

8. Le traitement donné par le psychiatre :

- Neuroleptique: Olanzapine (Schizopin) Cp10mg 1cp /j
- Anti dépresseur: Paroxétine (Depretine)Cp 20mg 2cp/J

9. L'évolution :

- Evolution immédiate: rémission partielle au bout de 28 jours sous traitement médical (Rehaussement de l'humeur, rétablissement de fonctions instinctuelles à savoir le sommeil et l'appétit…).
- Evolution à moyen terme: rémission subtotal au bout 40 jours (critique subtotale de délire).

3ème cas :

1. Elément biographiques et anamnèse:

Il s'agit de la patiente N,H âgée de 27ans, originaire de Batna et résidant à Hassi Massoud , mariée et mère d'un seul enfant , 3ème de 3 fratrie , comptable dans une société .

2. ATCD personnels et familiaux :

Familiaux : RAS

Personnels :

- Psychiatriques : RAS
- Médico-chirurgicaux : RAS
- Gynéco-obstétricaux :
  - G1P1A0,
  - Césarisée suite à un accouchement dystocique.

3. FDR :

- Un accouchement dystocique.
- Maltraitance durant l'enfance suite au divorce de ses parents.

4. L'histoire de la maladie :

Début de la symptomatologie remonte au 10ème jour post opération césarienne qui a été effectuée en urgence après l'échec de son accouchement par voie basse, marqué par l'apparition d'une hallucination visuelle : ''elle disait avoir vu un ombre qui va emporter son bébé , elle essayait de le protéger tout en appelant son mari au secours'', Selon le mari, depuis son accouchement , sa femme souffrait d' anxiété, irritabilité , hostilité et une perte de l'appétit avec une insomnie subtotale parce elle est persuadé qu' elle doit surveiller son bébé pour le protéger.

5. L'examen psychiatrique :

- Patiente instable sur le plan PM (patiente agitée)
- Mimique anxieuse
- Contact difficile : la patiente agitée voir même agressive verbalement
- Discours centré sur ses craintes qui adhèrent à son délire de persécution
- Humeur irritable
- Verbalise ce jour un délire de persécution à mécanisme hallucinatoire
- Le mari rapporte une insomnie subtotale avec perte de l'appétit .

6. Examen physique :

- Apyrétique
- Conjonctives biens colorées
- Examens cardio-respiratoire : normaux
- TA : 130 /80
- Examen neurologique est sans particularité

7. Les explorations para-cliniques :

- Biologie: glycémie, NFS, ionogramme : RAS
- Electrocardiogramme : révélait une tachycardie sinusale.
- Imagerie : TLT normal

8. Le traitement donné par le psychiatre :

- Neuroleptique sédatif: Levomepromazine (Nozinan)Cp 25mg1 cp3X /j
- Neuroleptique incisif: Halopéridol (Haldol) gouttes 50gtte 3X/J
- Correcteur anti cholinergique: trixyphénidyle (Parkidyl)Cp 5mg/J

9. L'évolution :

- Evolution immédiate : l'état de la patiente s'était amélioré seulement en sept jours sous traitement médical (amendement de l'état d'agitation, et critique partiel de délire…)
- Evolution à moyen terme: on notait une stabilité de l'état général au bout de 24jours sous traitement médical (critique totale de délire).

4ème cas :

1. Elément biographiques et anamnèse:

Il s'agit de la patiente B .R âgée de 36 ans, originaire d'Ouargla et y résidant, mariée et mère de 3 enfants, professeur à l'université.

2. ATCD personnels et familiaux :

Familiaux : mère suivie pour une pathologie psychiatrique non précisé

Personnels :

- Psychiatriques : ATCD en 2016 (2ème accouchement) d'un épisode de quelques jours d'instabilité, insomnie et idées de persécution.
- Médico-chirurgicaux : RAS
- Gynéco-obstétricaux :

  -G4P3A1

  -Gsse bien suivie, désirée

  -Accouchement eutocique par voie basse

3. FDR :

- Mère psychotique
- Niveau socio-économique médiocre

4. L'histoire de la maladie :

L'épisode actuel remonte au 1er mois du post-partum marqué par l'apparition des idées délirantes (ma belle-sœur m'a fait de Sehour) rendent la patiente très anxieuse et irritable voir même agressive, avec une activité hallucinatoire (j'ai vu le prophète, y a une lumière qui vient du ciel, je vois ma tante elle est vivante elle n'est pas décédée), bizarrerie comportementale faite : des rires éclatants, tantôt des larmes, tantôt des cris.

5. **L'examen psychiatrique :**
   - Patiente instable sur le plan PM (patiente agitée)
   - Mimique anxieuse
   - Contact impossible patiente agitée
   - Discours incohérent complètement désorganisé marqué par des réponses à coté centre sur son délire
   - humeur labile
   - verbalise un délire de persécution ‘ mon mari veut plus de moi, il veut se remarier’, ‘ c’est ma belle-sœur qui m’a fait de sihr ‘ à mécanisme hallucinatoire.
   - Le mari rapporte la notion d’une insomnie subtotale avec perte de l'appétit

6. **Examen physique :**
   - Apyrétique
   - TA correcte
   - Des plaques d’ecchymoses étendues au niveau des 2 omoplates : elle a été agressée par le Raki
   - Examens pulmonaire et cardio-vasculaire : normaux
   - Examen neurologique est sans particularité

7. **Les explorations para-cliniques :**
   - Biologie: glycémie, ionogramme, FNS, bilan inflammatoire, bilan rénal : revenant sans particularités
   - Imagerie: TLT et TDM cérébrale : RAS

8. **Le traitement donné par le psychiatre :**
   - Neuroleptique incisif : Rispéridone (Risperdal) Cp2mg 1cp 3X/j
   - Neuroleptique sédatif : levomepromazine (Nozinan)Cp25mg2cp 2X/j

9. **L’évolution :**
   - Evolution immédiate : l’état de la patiente s’était amélioré seulement en six jours sous traitement médical (amendement de l’état d’agitation, et critique partiel de délire…)
   - Evolution à moyen terme: on notait une stabilité de l’état général au bout de 25jours sous traitement médical (critique totale de délire).

5ème cas :

1. Eléments biographiques et anamnèse :

Il s'agit de la patiente B, S âgée de 29 ans originaire de Batna et demeurant à Ouargla, femme au foyer. Mariée et mère d'un seul enfant. Niveau : diplômée en droits.

2. ATCD personnels et familiaux :

Familiaux : RAS

Personnels :

- Psychiatriques : RAS
- Médico-chirurgicaux : RAS
- Gynéco-obstétricaux :

  -G1P1A0,

  - Gsse bien suivie, désirée

  -Accouchement eutocique par voie basse.

3. FDR : RAS

4. L'histoire de la maladie :

La symptomatologie remonte au 2éme jour du post-partum marqué par une anxiété ,irritabilité qui s'est aggravé le 7ème jour par une insomnie subtotale avec déambulation nocturne, instabilité psychomotrice, euphorie avec sensation exagérée de bien être, désinhibition avec conduite de dénudation, agitation , hétéro-agressivité envers le mari d'où son orientation aux urgences psychiatriques.

5. L'examen psychiatrique :

- Patiente instable sur le plan PM (patiente agitée)
- Mimique anxieuse
- Contact impossible patiente agitée
- Discours incohérent complètement désorganisé marqué par des réponses à coté
- humeur hostile
- pas d'activité délirante ni hallucinatoire ce jour. Verbalise des idées de grandeur et d omnipotences.
- Le mari rapporte une insomnie subtotale

6. Examen physique :

- Apyrétique
- Bonne coloration cutané-muqueuse
- TA correcte
- Examen cardio-respiratoire : normal
- Examen neurologique est sans particularité

7. Les explorations para-cliniques :

- Biologie : un bilan complet a été demandé (FNS, VS, CRP, glycémie, urée, créatinine, ionogramme) revenant : normal
- Imagerie : TLT et TDM cérébrale : RAS

8. Le traitement donné par le psychiatre :

- Neuroleptique sédatif: Levomepromazine (Nozinan) Cp 25mg1 cp3X /j
- Neuroleptique incisif: Halopéridol (Haldol) gouttes 50gtte 3X/J
- Correcteur anti cholinergique : trihexyphénidyle (Parkidyl) Cp 5mg/J
- Thymo-régulateur: Lamotrigine (Lamictal) Cp 25mg1 Cp2X /j

9. L'évolution :

- Evolution immédiate : l'état de la patiente s'était amélioré au bout de dix jours sous traitement médical (amendement de l'état d'agitation, et tassement partiel de l'humeur…).
- Evolution à moyen terme: on notait une stabilité de l'état général au bout de 29jours sous traitement médical .

6ème cas :

1. **Eléments biographiques et anamnèse :**

Il s'agit de la patiente T, F âgée de 26 ans, originaire de Hassi Massoud et demeurant à Ouargla, couturière, marié et mère de 2 enfants, la 3ème de 5 fratries, niveau : bachelière.

2. **ATCD personnels et familiaux :**

Familiaux : RAS

Personnels :

- Psychiatriques : RAS
- Médico-chirurgicaux : hypertendue
- Gynéco-obstétricaux :

-G3P2A1,

- Gesse bien suivie, désirée

- Césarisée en urgence à cause d'une crise d'éclampsie.

3. **FDR :**

- Césarienne urgente suite à une urgence gynécologique (éclampsie).

4. **L'histoire de la maladie :**

La maladie aurait débuté une semaine après qu'elle ait subit une opération (césarienne),lors de l'accouchement. Elle avait fait une crise éclamptique et les médecins ont décidé de l'opérer au dernier moment pour la sauver ainsi que son bébé. Par la suite, elle avait présenté un état d'agitation, une insomnie et un état délirant en répétant continuellement « je vous salut Mohamed le prophète …, je suis la sainte marie… ». A cela s'est ajoutée une anxiété, irritabilité, avec hétéro-agressivité verbale.

Elle a été ramenée par sa famille à la maternité en croyant que ça peut être une complication liée à la césarienne qu'elle a subit.

Un bilan complet a été demandé avec une TDM cérébral revenant tous sans particularité suite auquel une orientation vers les urgences psychiatriques a été faite.

5. L'examen psychiatrique :

- Patiente instable sur le plan PM (patiente agitée avec poursuite oculaire et attitude d'écoute)
- Mimique anxieuse
- Contact impossible patiente agitée
- Discours incohérent complètement désorganisé marqué par des réponses à coté ne cesse pas à redire "je suis la sainte marie"
- humeur hostile
- rapporte ce jour une activité délirante "un délire mystique" à mécanisme hallucinatoire.
- la famille rapporte une insomnie subtotale

6. Examen physique :

- Plaie propre
- Patiente apyrétique
- Pas de pâleur cutané-muqueuse
- TA : 140/80
- Auscultation pulmonaire libre
- Examen neurologique est sans particularité.

7. Les explorations para-cliniques :

- Biologie : bilan complet a été demandé sans aucune anomalie.
- Imagerie : TLT et TDM cérébrale : normaux

8. Le traitement donné par le psychiatre :

- Neuroleptique sédatif: Levomepromazine (Nozinan)Cp25mg 1cp3X /j
- Neuroleptique incisif: Halopéridol (Haldol) gouttes 60gtte 3X/J
- Correcteur anti cholinergique : trihexyphénidyle (Parkidyl) Cp 5mg/J

9. L'évolution :

- Evolution immédiate : l'état de la patiente s'était amélioré seulement en six jours sous traitement médical (amendement de l'état d'agitation, et critique partiel de délire…)
- Evolution à moyen terme: on notait une stabilité de l'état général au bout de 34jours sous traitement médical.

Résultats

III. Résultats:

1. Données sociodémographiques :

L'âge moyen de patientes est de 29 ans (extrême 26 ans et36 ans). 4/6 soit les ¾ de nos patientes étaient dans la tranche d'âge qui va de 25 à 35 ans. Mariées tous et dont la moitié avait un niveau scolaire élevé et exerçante d'une profession **(Tableau3)**.Le niveau socio-économique pour La plupart de nos patientes représentée par les 2 /3 était de bon à moyen alors qu'un tiers seulement avait un bas niveau socio-économique **(Tableau 3)**.

Tableau 3 : Répartition selon les données sociodémographiques :

Paramètres étudiés :	Effectif :
Age :	
- de 18 à 24 ans.	**0 /6**
- de 25 à 35ans.	**4/6**
- de 35 ans ou plus	**1/6**
Le statut marital :	
- Célibataire.	**0/6**
- Mariée.	**6/6**
- Divorcée.	**0/6**
- Veuve.	**0/6**
Profession :	
- oui	**3/6**
- non	**3/6**
Niveau d'instruction :	
- Coranique.	**0/6**
- Primaire.	**0/6**
- Moyen.	**1/6**
- Secondaire.	**2/6**
- universitaire.	**3/6**
Niveau socio-économique :	
- Bon.	**2/6**
- Moyen.	**2/6**
- Bas.	**2/6**

2. Les ATCD et les données anamnestiques :

Les primipares et les multipares semblent être touchées de façon égale par la PP et quant aux antécédents, la plupart 5/6 de nos patientes n'avaient signalé aucun problème psychiatrique familial antérieur **(Tableau 4).**

Un recours à une césarienne urgente suite à une dystocie ou à une urgence médicale s'est effectué pour 2/6 de nos patientes soit le tiers des cas. Alors que la naissance d'un bébé malformé ou mort-né semblent aient été un des facteurs participants dans l'émergence de trouble d'une de nos patientes **(Tableau4).**

Tableau 4 : Répartition selon les ATCD et les données anamnestiques

Paramètres étudiés :	Effectif :
ATCD:	
- **ATCD psychiatrique familiaux :**	**1/6**
- **ATCD gynéco-obstétricaux. :**	
o Césarienne urgente	**2/6**
o Geste instrumentale	**1/6**
Nombre de parité :	
- Multipare	**3/6**
- Primipare	**3/6**
Etat de la naissance de nouveau-né :	
- Vivant	**5/6**
- Mort-né	**1/6**
- Malformé.	**1/6**

3. Les données cliniques, thérapeutiques et évolutives :

- L'entité clinique dominante assistée chez 4/6 de nos patientes soit les 2/3 est représentée par la psychose aigue confuso-délirante avec détection d'un seul cas de dépression à caractéristique psychotique et un seul cas d'accès maniaque et l'éclosion de trouble était précoce dans les 15 premiers jours pour plus de 2/3 des cas, un seul cas s'est déclaré tardivement dans plus 29 jours du post-partum **(Tableau 5).**
- Toutes nos patientes ont bénéficié d'une PEC thérapeutique ambulatoire vu le refus d'hospitalisation avec supervision quotidienne de psychiatre et pour ce qui est de l'évolution clinique à moyen terme des patientes que nous avons étudiées, la totalité d'entre elles ont réussi à retrouver leur équilibre mental 10jours à 30jours après la mise en route du traitement médical **(Tableau 5).** Cependant, nous avons des difficultés pour le suivie au long terme car la totalité de ces patientes sont perdues de vue et ratent leurs contrôles.

Tableau 5 : Répartition selon les données cliniques, thérapeutiques et évolutives :

Paramètres étudiés :	Effectif :
Type de trouble :	
- Psychoses aigues.	**4/6**
- Dépressions à caractéristique psychotique.	**1/6**
- Accès maniaque.	**1/6**
Période d'apparition de trouble :	
- Au cours de la Gsse.	**0/6**
- Post-partum précoce (01 jour- 15 jours).	**5/6**
- Post-partum tardif (16 jours -29 jours).	**0/6**
- Plus 29 jours du Post-partum.	**1/6**
Modalité de prise en charge des patientes :	
- hospitalisation	**0/6**
- traitement ambulatoire	**6/6**
Devenir des patientes :	
- stabilisées	**6/6**
- perdues de vue.	**0/6**

Discussion

IV. Discussion :

Plusieurs notions se dégagent de ce travail, nous allons les passer en revu brièvement.

1. Discussion :

A. Paramètres sociodémographiques :

- **Age :** pour notre étude l'âge de nos patientes se situe entre 26 et 36ans, avec une moyenne d'âge de : 29 ans, les ¾ de nos patientes étaient dans la tranche d'âge qui va de 25 à 35 ans.
  - Notre moyenne d'âge de 29ans est proche de celle rapportée par certains auteurs concernant l'ensemble des patientes hospitalisées dans huit unités psychiatriques Françaises et trois Belges en 1999 et 2000, ils ont retrouvé une moyenne d'âge égale à 30ans **(31)**. En tenant compte de notre situation, ce résultat est guère surprenant en effet, nous pouvons constater suivant les statistiques que la population de la plupart des pays Européens est vieille, contrairement à celle de l'Algérie plus précisément d'Ouargla où la population est plus jeune et encore plus la parturition est encore plus précoce.
  - Nos résultats concernant la tranche d'âge la plus touchée situe entre 25 et 35 peuvent être expliqués par le fait que cette phase de la vie est marquée par des responsabilités au plan familial, conjugal et/ou professionnel plus importantes. La gestion de ces responsabilités et la recrudescence des préoccupations, soit sur l'évolution de la grossesse, soit sur l'enfant pourrait expliquer cette forte prédominance pour cette tranche d'âge contrastant avec les résultats d'une étude menée en 2009 et qui a démontré que le risque est plus grand chez les femmes âgées de plus de35 ans **(32)**.
- **Le statut marital** : notre étude nous a permis de constater que la maladie n'a touché que des femmes légalement mariées.
  - Notre étude se rapproche de l'étude rétrospective qui a été faite au Cameroun entre janvier 2002 et 2004, cette recherche démontre que les femmes mariées étaient plus nombreuses à être atteintes par la psychose puerpérale (62,5%) que les femmes célibataires (35%) **(33)** et contraste avec les études multicentriques qui démontrent que la psychose puerpérale touche surtout les mères célibataires« le statut de femme célibataire représente un facteur de risque»**(34)**.

- Les patientes divorcées présentent un risque de troubles psychiques plus élevé que les sujets mariés ou les sujets jamais mariés et ceci indépendamment du contexte périnatal mais lorsque ce divorce a lieu dans la période de périnatalité il accentue la vulnérabilité psychique de la divorcée **(35)**

- **Profession et instruction:** selon l'étude qu'on fait les psychoses puerpérales se voient de façon égale chez les femmes au foyer et exerçantes d'une profession. De façon plus élevée chez les patientes instruites par rapport à ceux qui ont un niveau d'instruction plus bas.

  - Nos résultats contrastaient avec ceux que l'ont montré les études de Mbassa et Menick **(36)** où les femmes n'exerçant aucune profession qui sont les plus touchées .En revanche la charge apportée à la parturiente par la profession, l'instabilité et les contrariétés qu'elle peut confronter au domaine professionnel et la responsabilité supplémentaire, les préoccupations excessives quant au déroulement de la Gsse, les revenus qui sont pas importants pour les femmes qui étaient confrontées à jouer le rôle de chef familial constituent un facteur de stress qui peut argumenter la survenue accrue des psychoses puerpérales chez les femmes travailleuses.

- **Niveaux socioéconomique :** Le niveau socio-économique pour les 2 /3 de nos patientes était de bon à moyen alors qu'un tiers seulement avait un bas niveau socio-économique contrastant avec la littérature où les bonnes conditions économiques constituent un facteur protecteur de l'émergence des psychoses puerpérales.

B. Paramètres anamnestiques :

- **Les ATCD :**
  - **Psychiatriques familiaux :** ils ont été trouvés chez 1/6 des cas, soit les 15% seulement qui ont eus des ATCDS psychiatriques familiaux.
    - Nos résultats concordent avec ceux démontrés par plusieurs auteurs qui avaient déjà évoqué la corrélation entre les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et les psychoses puerpérales **[37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44]**.

- Si l'on se réfère aux résultats d'une étude réalisée en 1996, un auteur a constaté que le risque d'avoir une psychose puerpérale est estimé à environ 10% encas des ATCD familiaux de cette pathologie et c'est un chiffre proche de celui retrouvé dans notre étude(**45**).

- **Gynéco-obstétricaux :**un recours urgent à la voie haute suite à une dystocie ou bien une urgence obstétricale s'est effectué pour le tiers de nos cas chez qui nous avons pu distinguer que la césarienne urgente et les gestes obstétricaux constituent des facteurs traumatiques pouvant déclencher la maladie psychotique , ce qui est concordant à la littérature.

- **Fréquence des troubles par rapport à la gestité :** Selon les études que nous avons menées la psychose puerpérale atteint dans une proportion égale les primipares et les multipares. En revanche, les études faites par certains auteurs ont montré une prépondérance plus marquée de la survenue de la maladie chez les primipares que chez les multipares ; ils ont évalué comme suit, le risque d'admission en service psychiatrie dans les trois premiers mois du postpartum, suivant le cas : nombreuses études effectuées en Europe, ont confirmé ces résultats **(46)**.De même, une étude publiée en 2009 a souligné une forte admission des primipares**(32)**.
  - Tout ceci s'explique par le manque de préparation psychique de la femme pour faire face à l'accouchement qui est toujours un des facteurs de stress psycho-social non négligeable à l'origine des modifications biologiques et physiques, que ce soit pour les multipares ou pour les primipares..

- **Etat de naissance de nouveau-né :** notre 3ème cas avait 2 ATCD de MFIU "d'un bébé malformé" pendant 2 Gsses successives et ça semble ait été un facteur participant dans l'émergence de son trouble. Ainsi l'absence et la mort de bébé renforce et nourrit l'angoisse de la mère et la rupture subite de cette relation mère-enfant qui se forme entre les deux dès la période de Gsse serait un facteur précipitants dans la récidive et la pathologie chronique(**36**).

C. Paramètres cliniques, thérapeutiques et évolutives :

- **Clinique :**

-Type de trouble : l'entité clinique dominante assistée chez 4/6 soit les 2/3 de nos patientes est représentée par la psychose aigue confuso-délirante avec détection d'un seul cas de dépression à caractéristique psychotique et un seul cas d'accès maniaque.

- Si l'on se réfère aux résultats d'une étude réalisée sur une durée de 10 mois en 2015 à Madagascar notre nombre de cas de psychoses aigues est identique à celui détecté par cette étude **(47)**. Une autre étude effectuée au centre d'Afrique **(48)** où par rapport au type d'affection, les psychoses aiguës délirantes étaient les plus fréquentes mais avec un pourcentage un peu moindre (51,1%), ceci contraste les études de Ihezue et Mbassa Menick où les réactions psychotiques étaient les fréquentes **(49 ,36)**.

-Début : notre étude a met en évidence la majorité des psychoses aigues confuso-délirantes soit 5/6 des cas étudiées ont survenu dans les 15 premiers jours du post-partum, l'apparition des psychoses diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement où un seul cas a survenu dans plus de 29 jours le post-partum.

- Nous avons noté que, pareillement aux études Durand-Comiot **(50)** en 1977 et Ihezue en 1986/1987 **(39)** les troubles psychiques apparaissaient plus volontiers dans le post-partum précoce, nous pouvons admettre que les femmes venant d'accoucher sont très fragiles durant les premiers jours du post-partum.

- Notre étude montre que l'apparition des troubles diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement, comme l'avaient constaté les autres études **[37, 39 ,41 , 42,]**. L'éclosion des psychoses aigues confuso-délirantes semble être précoce par rapport à l'étude menée par Brockington et Coll **(31)** et qui ont constaté que la période d'éclosion de la maladie survient trois semaines après l'accouchement. Certaines équipes s'accordent en effet, à montrer que le pic d'admission se situe autour de la deuxième à la troisième semaine après l'accouchement **(36)**.

- **La prise en charge thérapeutique :** toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement ambulatoire avec supervision quotidienne de psychiatre vu le refus des proches d'hospitaliser la femme dans une cellule individuelle, le choix du traitement curatifs des psychoses aigues confuso-délirantes recourt constamment au neuroleptiques sédatifs et incisifs qui ont fait leur preuve car après la première semaine de traitement on perçoit une nette amélioration de l'état clinique des patientes dans 95% des cas, et aucune rechute n'a été enregistrée.
  - Le rétablissement de l'état clinique de nos patientes a été obtenu 20 à 40 jours après la mise en route du traitement médical et ce résultat concorde avec celui démonté par d'autre étude qui qualifie l'efficacité des traitements actuellement employés à réduire considérablement la durée des troubles en 2 à4 semaines**(51)**.En2004, une étude a montré l'efficacité de la mise en place d'un traitement médicamenteux (Olanzapine: un neuroleptique) pendant quatre semaines après l'accouchement**(52).**
  - Une étude faite en 2011 a réitéré que les traitements doivent être administré le plus rapidement pour maintenir la sécurité de la patiente, hospitaliser la mère et l'enfant dans l'immédiat si nécessaire **(53).**Avec possibilité de suivre les traitements à domiciles si les troubles sont de sévérité moindre**(51)**.
- **Devenir des patientes :** pour ce qui est de l'évolution des états clinique des patientes que nous avons étudiés, la plupart d'entre elles ont réussi à retrouver leur équilibre mental 20jours à 40jours après la mise en route du traitement médical.
  - Cependant, nous avons des difficultés pour le suivie au long terme de ces patientes car presque la totalité d e s patientes ne reviennent plus pour les contrôles qui doivent encore être faits comme pour tous les cas étudiés à Madagascar **(47).**Les abandons ont plusieurs causes mais le plus remarquable est l'errance thérapeutique. Les patientes vont voir d'autres guérisseurs (religieux, traditionnels) et abandonnent les visites psychiatriques par peur d'être dépendantes aux psychotropes. En1938, de bons résultats avaient été observé avec les cas de psychoses puerpérales étudiées, plus de la moitié ont été guéris toute fois une incertitude pesait sur l'avenir de la santé mentale de ces patientes. Elles ont été menacées de récidive qui pouvait être prévenue en évitant de nouvelles grossesses**(54)**.

2. Les limites de l'étude :

Malgré les informations que nous avons pu collecter avec la recherche effectuée, nous sommes dans l'obligation de mentionner les limites des résultats que nous avons obtenus :

- L'étude était limitée à l'EHS Hdeb et les femmes qui ont consulté chez les psychiatres libéraux intra et hors wilaya n'ont pas été pris en compte et par conséquent, le nombre de cas de PP détecté par notre étude ne reflète pas la situation réelle de la maladie dans la wilaya.
- La durée de 12 mois durant laquelle nous avons mené notre étude est un peu courte, peut être considérée, comme étant un point faible aussi.
- L'histoire médicale dans les dossiers médicaux est rarement détaillée, de plus l'écriture est difficilement déchiffrée ce qui rend la collecte des données difficile.
- Nous avons des difficultés pour ce qui est de la suivie à long terme chez les patientes qui abandonnent leurs contrôles.

3. Suggestions et recommandations :

Pour essayer de surpasser les limites susmentionnées, nous pouvons suggérer :

- Une meilleure diffusion des informations concernant les pathologies psychiatriques puerpérales entre les différents professionnels impliqués : psychiatres, gynécologues, infirmiers, sages-femmes, médecins généralistes, travailleurs sociaux, système judiciaire et dans la population en générale.
- Classer les psychoses puerpérales parmi les maladies à déclarer pourquoi pas pour un meilleur profile épidémiologique.
- Prolonger la durée des recherches à fin d'augmenter le nombre de cas à étudier.
- Informatiser les dossiers médicaux par l'intermédiaire des nouvelles technologies.

Quelques suggestions et propositions afin de réduire les facteurs de risque d'améliorer la prise en chargede la psychose puerpérale :

- Sensibiliser la population sur la nécessité et l'importance d'intégration à la santé et faire connaitre les différents signes qui devraient attirer l'attention concernant la pathologie psychiatrique de grossesse et de post-partum.
- Encourager les femmes enceintes de faire une consultation prénatale.
- Toute patiente en âge de procréer soit informée et éduquée sur les problèmes que peuvent engendrer la grossesse et l'accouchement, préparation psychologique à l'avènement de l'enfant et à la maternité en tant que mère.
- Formation adéquate en psychiatrie des différents personnels de santé surtout ceux qui se trouvent à proximité des femmes enceintes : médecins généralistes, infirmiers, sage-femme, les gynécologues et même les pédiatres.
- Un recueil systématique des ATCD psychiatriques personnels et familiaux chez les femmes lors de la suivie de leur grossesse et lors de leur entrée à la maternité.
- Une consultation psychiatrique systématique dans la périodeanténatale pour les femmes qui ont des ATCD psychiatriques personnels ou familiaux, avec informations claires données à propos des risques encourue dans le post-partum et à propos des traitements disponibles.
- Mise à disposition dans les maternités de protocoles de soins etde surveillance concernant la prise en charge des patientes àrisque de décompensation psychiatrique dans le post-partum
- Toute suspicion de trouble de comportement soit confirmée ettraitée correctement dans des centres de santé compétente.

Conclusion

CONCLUSION

Certes, la PP constitue un véritable problème de santé par les tableaux graves qu'elle peut revêtir .En effet la maladie psychiatrique reste jusqu'à nos jours un tabou dans notre société ce qui empêche la femme d'aller consulter ou exprimer ses peurs et la période de périnatalité est trop souvent banalisée et dont les enjeux psychiques passent fréquemment inaperçus aux yeux des proches mais aussi des soignants.

Notre étude est rétrospective descriptive observationnelle type série de cas faite de 06 cas de PP diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb Ouargla de 01/01/2020 au 31/12/2020 et dont l'objectif principal consiste à la déterminations des différentes entités cliniques de PP confrontées par les femmes de la wilaya d'Ouargla en 2020 , nous citons ainsi : la psychose aigue confuso-délirante qui a présenté l'entité clinique dominante assistée chez les de 2/3 de nos patientes , pour le tiers restant : 1/6 des cas a présenté une DPP à caractéristique psychotique et 1/6 cas a présenté un accès maniaque. Comme objectifs secondaires , cette étude vise à décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas de PP détectés dans l'EHS de psychiatrie Hdeb pendant l'année 2020 à coté des différents facteurs de risque prédisposant à ce genre de troubles psychiatriques.

Selon l'étude que nous avons mené les PP ont survenues malgré l'existence des conditions socio-économiques acceptables pour les 2/3 de nos patientes et elles ont touché de façon égale les primipares et multipares, les femmes exerçantes d'une profession ou sans profession et dont d'âge situe essentiellement entre 25 à 35 ans .L'éclosion de trouble psychiatrique pour les 2/3 des cas étudiés était dans les 15 premiers jours du post-partum où une attention particulière et une surveillance psychique devraient être portées aux femmes accouchées pendant cette période qui est très sensible et très riche en bouleversement psychique.

Les ATCD psychiatriques familiaux ont été présents chez 1/6 de nos cas, alors qu'un recours urgent à une césarienne, le vécu d'un geste obstétrique, l'arrivée d'un bébé mort né ou bien malformé ont constitué des évènements traumatiques qui ont participé à l'émergence de trouble psychiatrique chez 1/3 de cas.

La parité précoce avant l'âge de 26 ans ou tardive après l'âge de 36 ans, l'absence des ATCD psychiatriques dans l'interrogatoire, ainsi qu'un accouchement eutocique et la naissance d'un bébé vivant bien portant semblent être des facteurs protecteurs de PP.

Le traitement médical "NEUROLEPTIQUE" a prouvé son efficacité pour toutes nos patientes et au quel une bonne évolution à moyen terme s'est obtenue au bout de 20 à 40 j.

Cette étude nous a permis de prouver l'importance de la recherche des facteurs de risque chez les parturientes et que le diagnostic et la prise en charge précoces de ces troubles font prévenir efficacement de l'évolution vers les formes graves et risquées. La durée courte de l'étude, le terrain étroit, et la mauvaise diffusion des informations concernant les pathologies psychiatriques puerpérales entre les différents professionnels impliqués ont beaucoup limité nos résultats.

BIBLIOGRAPHIE

1 Clare Dolman, « When having a baby can cause you to 'lose your mind' », sur *BBC*, 4 décembre 2011.
2 Munk-Olsen T -Laursen TM -Pedersen CB -Mors O -Mortensen PB , Nouveaux parents et troubles mentaux.*JAMA.* 2006 ; 296 : 2582-2589.
3 Spinelli MG , Psychose du post-partum : détection du risque et prise en charge. *Suis J Psychiatrie.* 2009 ; 166 : 405-408
4 Cantwell R -Clutton-Brock T -Cooper G et al. Sauver la vie des mères : passer en revue les décès maternels pour rendre la maternité plus sûre : 2006-2008. Le huitième rapport des enquêtes confidentielles sur les décès maternels au Royaume-Uni. *BJOG.* 2011 ; 118 : 1-203
5 Wesseloo R -Kamperman AM -Munk-Olsen T -Pop VJM -Kushner SA -Bergink V, Risque de rechute post-partum dans le trouble bipolaire et la psychose post-partum : une revue systématique et une méta-analyse. *Suis J Psychiatrie.* 2016 ; 173 : 117-127
6 Bergink V -Burgerhout KM -Koorengevel KM et al.Traitement de la psychose et de la manie dans la période post-partum.Suis J Psychiatrie. 2015 ; 172 : 115-123
7 Maurice Ferreri, Arnaud Heim, Philippe Nuss, Nazbanou Heim, Henri-JeanPhilippe. Troubles psychiatriques du post-partum. s.l. : EMC-Obstétrique, 2009. Article 5-110-B-10.

8 Murray L, Hipwell A, Hooper R, Stein A, Cooper P. The cognitive development of 5-year- old children of postnatally depressed mothers. J Child Psychol Psychiatry. nov 1996;37(8):927-35
9 Images en dermatologie /N 6 déc.2017
10 Ferreri F, Nuss P, Perreti C. Clinique des états dépressifs. s.l. : L'encyclopédiemédico-chirurgicale, 2007. 110 (10), p.37.
11 al., M'Baïlara K et. Le baby blues : caractérisation clinique et influence devariables psychosociales . s.l. : L'encéphale , Juin 2005. Vol 31, p.331-336.
12 Stein G, Brockington I, Kumar R. The maternity blues : Motherhood andmental illness. London : Academic Press, 1982. p.119-54.
13 Chabrol H, Sejourné N, Theux G, Denis A. Influence de certaines variables psychologiques, psychosociales et obstétricales sur l'intensité du baby blues . s.l. : L'encéphale , Avril 2008. 34 (2) : 179-182.
14 Chabrol H, Sejourné N. Prévention du blues du post-partum : étude pilote.: Gynécologie Obstétrique et Fertilité , Décembre 2007 . 35 (12) : 1242-4.
15 Denis A, Callahan S. ETat de stres post-traumatique et accouchement classique: revue de littérature . s.l. : Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive ,Décembre 2009 . 19 (4) : 116-9.
16 Bydlowski, Monique. Psychopathologie périnatale : du "blues" à la dépressionpostnatale (DPN). 1997
17 TABBANE K., CHARFI F., DELLAGI L., GUIZANI L., BOUKADIDA L. Les psychoses aigües du post-partum. L’encéphale, 1999 ; 25 : 12-7
18 13 J., Dayan. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. s.l. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologiede la Reproduction, Octobre 2007. 36 (6) : 549-561.
19 .Weissman M.M., Olfson M. Depression in Women : Implications for HealthCare Research. s.l. : Science. p.799-801.
20 .Versaevel C, Leleu O, Jeanson R, Lajugie C, Bizet B, Danel T, Charrel C-C,Duhamel

A. La personnalité dépendante : un facteur de risque majeur pour la dépression post-partum s.l. : Devenir, 2014. Vol. 26. p.153-164.

21 .DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association. Trad. française coordonnée par J.D. Guelfi, M.A. Crocq

22 .Goutaudier N, Séjourné N, Bui É, Cazenave N, Chabrol H. L'accouchement prématuré : une naissance traumatique ? Symptômes de stress posttraumatique et variables associées. Gynecol Obstet Fertil Senol. nov 2014;42(11):749‑54.

23 .M.W, O'Hara. La dépression du post-partum : les études de l'Iowa. s.l. :Devenir, 2001. Vol. 13. p.7-20.

24 .D.Amaru, O.Le bon. La dépression du post-partum : correlats et facteurspredictifs. s.l. : Service de psychiatrie, CHU Tivoli, La louvière.

25 .P, Chardeau. Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge. s.l. : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Janvier 2000. 29 (1) : 52.

26 . Oppo A. Risk factors for post-partum depression : the role of the postpartum depressionpredictors inventory-revised (PDPI-R). Aout 2009. Vol. 12.p.239-249.

27 .Chabrol H, Callahan S, Séjourné N. Prévention et traitement de la dépressiondu post-partum. s.l. : Devenir 3 , 2008. Vol 20, p.211-248.

28 .Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, Roge B. Dépistage, prévention et traitement des dépressions du postpartum : uneétude contrôlée chez 859 sujets.

29 .Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité. Paris : Masson ; 2001

30 .Robertson, E., Celasun, N., and Stewart, D.E. Risk factors for postpartumdepression. s.l. : Literature review of risk factors and interventions, 2003.

31 .NEZELOF S, CAZAS O, SUTTER-DALLAY AL, GLANGEAUD N. Hospitalidation conjointe mère-bébé en psychiatrie. Annales médico-Psychologiques, 2005 ; 163: 529-34

32 . VALDIMARSDOTTIR U, HULTMAN, CHRISTINA M, HARLOW B. Psychotics illness in first-time mothers with no previous psychiatrichospitalizations: a population-based study. Feb 2009; 6 (2): 094-0200

33 . MBASSA MENICK. Manifestation psychopathologique de la gravido-puerpéralité au Cameroun. Médecine Tropicale, 2005 ; 65 (6).

34 . MARKS MN, WIECK A, CHECKLEY SA, KUMAR S. contribution of psychological and social factors to psychotic and non psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. J Aff Disorder,1992; 29 : 253-64

35 LEMPERIERE T., FELINE A, ET COLL., 1996, *Psychiatrie de l'adulte*, Masson ed, Paris.

36 RACAMIER PC. A propos des psychoses de la maternalité. ln : Mère mortifiée,mère meurtrière, mère mortifère. Soule M. Paris : ESF, 1980 : 41-50

37 Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie,1978 ; Masson éd.,5ème édition, Paris, 1252 pp.

38 Racamier PC, Sens L, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. EvolPsychiatr 1961 ; 4 :525-70.

39 Brousselle A. La mélancolie puerpérale. Rev. Franç.Psychanal. 1976 ; 40 : 1097-1100.

40 Chepfer R, Sichel JP. Des liens possibles entre lessuites de couches normales et la psychosepuerpérale. Evol Psych 1974 ; 39 : 643-62.

41 Lemperière T, Féline A, Gutman A, Ades J, PilateCh. Psychiatrie de l'adulte, Abrégés de

Médecine,Masson éd., 3ème édition, Paris, 1996, 430 pages.
42 Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troublespsychiatriques liés à la puerpéralité. Encycl MedChir-Psychiatrie 37660, A-10 1984, Paris, 12 pp.
43 Marmié D, Rancurel G. Psychoses puerpérales.Les accidents psychiatriques et les manifestationspsychopathologiques de la gravido-puerpéralité.Encycl Med Chir- Psychiatrie 1975, Paris, 537660,A-10, 9 pp.
44 Perret A. Anthropologie des troubles psychiquesliés à la puerpéralité. In « Petit Jean F, Dubret G,Tabaze JP. Psychiatrie à l'Hôpital général », Eresed., 1ère édition, Toulouse, 1993 : 155-159. – Perret A. Anthropologie des troubles psychiques liés à lapuerpéralité. In «Petit Jean F, Dubret G, Tabaze JP.Psychiatrie à l'Hôpital général», Eres ed., 1ère édition,Toulouse, 1993 : 155-159.
45 .BROCKINGTON I. Postpartum psychiatric disorder. Lancet, 2004 ; 363 : 303- 10.
46 KENDELL RE, CHALEMRS JC, PLATZ C. Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry, 1987 ; 150 : 662-73.
47 Troubles psychiatriques et psychopathologiques de lagravido-puerpéralité à bangui, centre afrique. Clin Mother Child Health 2009; Vol 6, N° 2: 1107-1111
48 Ihezue UH. Puerperal mental illness in Enugu,Nigeria. Psychopath Afric 1986/1987; 21: 91-101.
49 Durand-Comiot ML. La psychose puerpérale ?Etude en milieu sénégalais. Psychopath Afric 1977 ;13 : 269-355.
50 Définition de la puerpéralité en 2012 http://www.cnrtl.fr/définition/puerp%A9rale, consulté le 10/10/2012 ;
51 SHARMA V, SMITH A, KHAN M. The relationship between duration of labor, time of delivery, and puerperal psychosis. Journal Affect Disorder, 2004 ; 83 : 215-20

53 INGER ENGQVIST, ARNE A., GINETTE F. Comprehensive treatment ofwomen with postpartum psychosis across health care systems from Swedishpsychiatrists perspectives. The qualitative report, January 2011; 16 (1): 66-
54 ESQUIROL J. Des maladies mentales considérées sous le rapport médical,hygiénique et médicolégal. Paris : J.B. Baillère, 1838.

ANNEXE

A. Les critères diagnostiques du DSM-IV trouble de conversion :

A. Un ou plusieurs symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale.

B. Des facteurs psychologiques sont associés au symptôme car la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress.

C. Le symptôme ou déficit n'est ni produit intentionnellement ni feint (comme dans la simulation).

D. Après des examens médicaux appropriés, le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection médicale générale, ou par des effets directs d'une substance, ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés.

E. Le symptôme ou le déficit est à l'origine d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou bien justifie une évaluation médicale.

F. Les symptômes ou le déficit ne se limitent pas à une douleur ou une dysfonction sexuelle, ne surviennent pas exclusivement au cours de l’évolution d'un trouble somatisation et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

B. FICHE D'ENQUETE :

I. Identité :

Nom :…… …… ……....Prénom :…… Age :……

Adresse : ……

Profession : ☐ Oui ☐ Non

Etat civil :

☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐ Célibataire

Niveau social :

☐ Aucun ☐ Etude coranique ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Niveau socio-économique :☐ Bon ☐ Moyen ☐ Médiocre

II. Motif d'admission : accouchement ☐ Oui ☐ Non

III. ATCD :

Psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non

Médicaux :……

Chirurgicaux : ……..

Gynéco-obstétricaux :……..

Gestité :……. Parité :…… Avortement :…….

☐ Primipare ☐ Multipare

IV. Grossesse actuelle :

☐ Désirée ☐ Non désirée

☐ Suivie ☐ Non

☐ Normale ☐ A risque

Type de risque : …….....

V. Accouchement :

Voie : ☐ Haute

☐ Basse instrumentale ☐ Basse instrumentale

Si : instrumentale ☐ Episiotomie ☐ Ventouse ☐ Forceps ☐ Autre

VI. Nouveau né :

Etat de naissance :☐ Vivant ☐ Mort-né frais ☐ Malformé

VII. Période d'apparition du trouble :

☐ Au cours de la Gsse.

☐ Post-abortum :

☐ Post-partum précoce (0 jour- 15 jours)

☐ Post-partum tardif (16 jours -29 jours)

☐ Plus 29 jours du Post-partum.

VIII. Type de trouble : ☐ Psychose aigue

☐ Dépressions à caractéristique psychotique

☐ Autres

IX. Mode de PEC de la patiente : ☐ Hospitalisation ☐ Ambulatoire

X. Evolution de la patiente : ☐ Stabilisée ☐ Perdue de vue

C. FICHE DE CONSENTEMENT

إذن بالإعلام و الموافقة على المشاركة في دراسة علمية طبية بعنوان : ذهان الحمل و النفاس على مستوى مستشفى الأمراض العقلية بالحدب

أنا الممضي أسفله

السيد (ة):.....

مرافق المريضة :

.....

الحامل لبطاقة التعريف رقم :.....

أصرح بموافقتي على المشاركة في الدراسة التي تحمل الموضوع المذكور أعلاه

ورقلة في : .....

التوقيع :

D. Critères d'un épisode maniaque:

A. Une période nettement délimitée durant la quelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :

(1) Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

(2) Réduction du besoin de sommeil (ex: le sujet se sent repose après seulement 3 heures de sommeil).

(3) Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.

(4) Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.

(5) Distractibilité (ex: l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants)

(6) Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

(7) Engagement excessif dans des activitésagréables mais à potential élevé de conséquences dommageables (ex: la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables)

C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l' hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (ex: hyperthyroïdie).

Noter bien: Des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidepresseur somatique (ex: médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

E. Critères d'un épisode dépressif majeur:

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur , au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte (l'intérêt ou de plaisir).

Noter bien : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex: se sent triste ou vide) ou observée par les autres (ex: pleure).
Noter bien: Éventuellementirritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain rie poids significatif en l'absence de régime (ex: modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
Noter bien : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limitéà un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'épisode mixte).

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans l'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (ex: une substance donnant lieuà abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (ex: hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-cl.après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Spécification:

Sévère avec caractéristiques psychotiques : Idées délirantes ou hallucinations. Spécifier si possible, quand les caractéristiques psychotiques sont congruentes ou non congruentes à l'humeur :

Caractéristiques psychotiques congruentes àl'humeur :

Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations concorde avec les thèmes dépressifs thymiques de dévalorisation, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée.

Caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur :

Le contenu des idées délirantes ou des hallucinations ne comporte pas les thèmes dépressifs typiques de dévalorisation, de culpabilité, de maladie, de mort, de nihilisme ou de punition méritée. On retrouve des symptômes tels que des idées délirantes de persécution (non liéesdirectement à des thèmes dépressifs), de pensée imposée, de diffusion de la pensée ou des idées délirantes d'influence.

Spécifier si:

Avec debut lors du post-partum: (peut s'appliquer à l'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte d'un trouble dépressif majeur, d'un trouble hipolairel ou d'un trouble bipolaire II ou du trouble psychotique bref). Le début de l' épisode survient dans les quatre premières semaines du post-partum.

F. Critères diagnostiques du trouble psychotique bref:

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants :

(1) Idées délirantes

(2) Hallucinations.

(3) Discours désorganisé (c.-à-d. coq-a-l'ane fréquents ou incohérence)

(4) Comportement grossierement désorganisé ou catatonique.

Noter bien: ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une maclante de réaction culturellement admise.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins 1 jour, mais moins d 'l mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques, un trouble schizoaffectif, ou une Schizophrénie et n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu aabus, un medicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification:

Avec début lors du post-partum: si les symptômes surviennent dans les 4 semaines du post-partum.

GHEBAICHI Fatima Zahra

PSYCHOSE PUERPÉRALE AU NIVEAU DE L'ÉTABLISSEMENT HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE PSYCHIATRIE HDEB-OUARGLA EN 2020 'DESCRIPTION D'UNE SERIE DE CAS'

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du doctorat en médecine

Résumé

Problématique :

La psychose puerpérale constitue un véritable problème de santé par les tableaux graves qu'elle peut revêtir mettant parfois le pronostic mère-enfant en danger.

Objectifs :

Cette étude vise à déterminer les différentes entités cliniques de PP confrontées par les femmes de la wilaya d'Ouargla en 2020 et à décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas détectés au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb de 01/01/2020 au 31/12/2020 à coté des différents facteurs de risque prédisposant à ce genre de troubles psychiatriques.

Méthodologie :

Une étude rétrospective descriptive observationnelle à type de série de cas faite de 06 cas de PP diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb Ouargla ,pendant une période d'un an.

Résultats :

Selon l'étude que nous avons mené la psychose aigue confuso-délirante a représenté l'entité clinique majeure de PP et dont La survenue était majoritairement dans les 15 premiers jours de post-partum. La PP a touché les femmes mariées et de de façon égale: les primipares et les multipares, femmes exerçantes d'une profession ou sans profession et dont d'âge situe essentiellement entre 25 à 35 ans, malgré l'existence des conditions socio-économiques acceptables. Parmi les facteurs de risques enregistrés par notre étude nous citons : Les ATCD psychiatriques familiaux, le recours urgent à une césarienne, le vécu d'un geste obstétrique, l'arrivée d'un bébé mort né ou bien malformé , des évènements traumatiques anticipateurs dans l'émergence de trouble psychiatrique chez la parturiente. Par ailleurs une évolution favorable a été observée après la mise en route d'un traitement médical chez toute nos patientes.

Conclusion :

Cette étude nous a permis de prouver l'importance de la recherche des facteurs de risque chez les parturientes et que le diagnostic et la prise en charge précoces de ces troubles font prévenir efficacement de l'évolution vers les formes graves et risquées.

Mots clés : psychose puerpérale , facteurs de risque, EHS de psychiatrie Hdeb Ouargla, série de cas.

Encadreur : Dr Bait Soumia maitre assistante en psychiatrie

Année Universitaire
2020-2021