

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique



Université KASDI Merbah Ouargla

Faculté de Médecine

Département de Médecine



Mémoire de fin d'études pour l'obtention du

DIPLOME DE DOCTEUR EN

MEDECINE

**PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DE LA DEPRESSION DU
POST PARTUM AU NIVEAU DE LEHS MERE ET ENFANT OMAR
BOUKHRIS OUARGLA DU 01 DECEMBRE 2021 AU 28 FEVRIER 2022**

Présenté par :

HAOUED MOUISSA Nour

Encadré par :

Dr. DJOUADI ABDELLAH

Devant le Jury Composé de :

Dr. NOUCER Adib

Dr. OUAGGADI Amara

Pr. BRADAI Lyes

Président

Examineur

Examineur

MAHU

MAHU

Pr

Chirurgie générale

Médecine de travail

Biologie

Année universitaire 2021-2022



Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique

Université KASDI Merbah Ouargla

Faculté de Médecine

Département de Médecine



Mémoire de fin d'études pour l'obtention du

DIPLOME DE DOCTEUR EN

MEDECINE

**PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DE LA DEPRESSION DU
POST PARTUM AU NIVEAU DE LEHS MERE ET ENFANT OMAR
BOUKHRIS OUARGLA DU 01 DECEMBRE 2021 AU 28 FEVRIER 2022**

Présenté par :

HAOUED MOUISSA Nour

Encadré par :

Dr. DJOUADI ABDELLEH

Devant le Jury Composé de :

Dr. NOUICER Adib

Président

MAHU

Chirurgie générale

Dr. OUAGGADI Amara

Examineur

MAHU

Médecine de travail

Pr. BRADAI Lyes

Examineur

Pr

Biologie

Année universitaire 2021-2022

REMERCIEMENTS :

À **ALLAH** Le tout puissant, le très miséricordieux

En qui j'ai trouvé un refuge quand j'étais perdue

Qui m'a donné espoir quand je n'en avais plus

Qui m'a guidée et m'a donné la force de continuer

Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin,

Je vous dois ce que je suis devenue, Soumission, louanges et remerciements, Pour votre
clémence et miséricorde

A MON ENCADRANT Dr DJOUADI ABDELLAH

Je vous remercie pour votre patience et votre disponibilité. Vous m'avez guidé tout au long de ce travail en m'apportant vos précieux et pertinents conseils.

Ce mémoire n'aurait pas vu le jour sans votre soutien et votre aide. Je vous souhaite une carrière à la hauteur de vos qualités médicales, et humaines.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

A Pr BOUAZIZ HOCINE

Je vous suis infiniment reconnaissante du grand honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse. J'ai été très touchée par l'amabilité de votre accueil et par l'intérêt que vous avez accordé à ce travail. Je vous remercie pour le temps que vous y avez consacré malgré tous vos engagements.

A Dr NOUICER ADIB

Permettez-moi de vous remercier du fin fond de mon cœur pour la bienveillance, la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez accepté de me diriger.

Je tiens à vous rendre hommage pour la qualité de votre enseignement. Votre connaissance et votre passion pour la science sont une source d'inspiration pour nous tous et forcent le respect. Le partage de votre savoir et l'éloquence de votre enseignement ne peuvent que stimuler l'étincelle et l'ardeur à l'ouvrage de ceux qui vous entourent. Vos efforts continus pour hisser notre faculté au plus haut niveau pédagogique et scientifique

Que votre sérieux, votre rigueur de travail, ainsi que votre dévouement professionnel soient pour nous un exemple à suivre. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de ma très grande estime et de mon profond respect.

Puisse Dieu le tout puissant vous accorder bonne santé, prospérité et bonheur.

A Dr OUAGGADI AMARA

Permettez-moi de vous remercier sincèrement pour votre présence, patience, et enseignement tout au long de notre stage d'internat.

Vous nous avez toujours ouvert vos portes et facilité les démarches. Vous nous avez toujours réservée le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles

Notre faculté vous doit énormément et nous sommes fiers d'avoir un enseignant et un responsable comme vous.

Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus grand respect.

A tous mes enseignants de primaire, secondaire, et de la faculté de médecine de OUARGLA, a tous les ami(e)s, confrères et consœurs de la Faculté de Médecine de OUARGLA

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut... Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, L'amour, Le respect, la reconnaissance

DEDICACE :

A mon père MOHAMED ALI

De tous les pères, tu es le meilleur mon papa chéri. Quoique je puisse dire ou écrire, je ne pourrais jamais exprimer [ma grande affection, ma profonde reconnaissance et ma fierté d'être ta fille. Tu as veillé sur mon éducation et mon bien être avec amour, tendresse, dévouement et perfection. Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et perfectionnisme. Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand soutien tout au long de ma vie, En témoignage de brut d'années de sacrifices, d'encouragement, de ton soutien inconditionnel dans mes choix et ton support moral ainsi que financier, Je te dédie ce travail, le fruit de toutes tes peines et tes efforts, et je profite de cette occasion, pour te remercier de tout mon cœur, et te dire que je t'aime mon Roi. J'espère qu'en ce jour, l'un de tes rêves se réalise à travers moi. Puisse Dieu te préserver et te procurer longue vie, bonne santé et bonheur. Je t'aime papa chéri.

A MA MERE ASSIA TRABELSI

A ma très chère et tendre mère A mon idole, ma vie, ma joie, ma fierté : ma merveilleuse mère. Source inépuisable de tendresse, de patience et de sacrifice. Que serait ma vie sans toi maman ? Tu m'as donné la vie, la joie de vivre, les plus précieux de tous les cadeaux. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours tout au long de ma vie. Quoique je puisse dire et écrire, je ne pourrais exprimer ma grande affection et ma profonde reconnaissance. Depuis mon enfance, tu étais toujours mon idole ; ta force et ton courage étaient et seront toujours ma plus grande inspiration. Tu étais toujours là à mes côtés pour me réconforter, essuyer mes larmes, soulager mes peines et partager mes joies. Ce modeste travail, qui est avant tout le tien, n'est que la consécration de tes grands efforts et tes immenses sacrifices. Sans toi je ne saurais arriver où je suis. J'espère rester toujours digne de ton estime. Puisse Dieu tout puissant te préserver de tout mal, te combler de santé, de bonheur et t'accorder une longue et heureuse vie afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Tu es et resteras à jamais, le soleil qui illumine ma vie. Que dieu te garde pour moi et pour toute la famille. Je t'aime maman.

A MON MARI RIGHI YUCEF :

A ma plus belle rencontre, mon très cher mari, je remercie Dieu d'avoir fait croiser nos chemins et de les avoir recousus quand ils commençaient à s'éloigner. Ton encouragement et ton soutien étaient la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénibles, de solitude et de souffrance Tu es l'amour et l'apaisement.

Merci d'être toujours à mes côtés, par ta présence, par ton amour dévoué et ta tendresse, pour donner du goût et du sens à notre vie de famille. Tu étais ma source de force, de soutien, de patience et de motivation tout au long de cette expérience

Merci de représenter tant de belles choses pour moi. Tu apportes de la magie et de la poésie dans ma vie. Tu es ma plus grande source de motivation et tu m'as toujours encouragé à donner le meilleur de moi-même. C'est grâce à ton soutien sans faille que ce travail voit le jour. Tu étais là pour moi quand la médecine n'était qu'un rêve et tu m'as accompagné à travers les hauts et les bas de ce véritable parcours du combattant. Saches que cet aboutissement est le nôtre car ta rassurante présence en a été un facteur déterminant. Tu as toujours cru en moi et aujourd'hui j'espère que tu serais fier de moi. Je te dédie ce mémoire avec toute ma reconnaissance pour les efforts que tu ne cesses de fournir à mon égard mais aussi pour ton amour, ta tendresse, ta gentillesse et ta générosité qui ont conquis mon cœur et me comblent au quotidien. Tu es ma force et mon bonheur. A toutes ces années de complicité et à celles qui restent à venir. Je ne sais pas ce que je ferais sans toi. Je suis vraiment bénie de t'avoir comme partenaire dans cette danse appelée la vie. C'est toi et moi mon roi, a notre amour que je voudrais éternel. Je prie Dieu de préserver notre attachement mutuel. Je t'aime très fort

A mon fils RIGHI MOHAMED

A mon bébé, à cette vie unique que tu nous as procuré depuis ton arrivée mon bout de chou. Tes yeux pétillants pleins de tendresse me remplissent de sérénité et comblent mon être. Tu es le plus précieux cadeau qu'ALLAH nous a offert. Aucun mot ne saura exprimer l'immense amour que je te porte. Puisse Allah, te protéger, te procurer bonne santé, t'aider à réaliser tes vœux les plus chers.

A MES FRERES ET MES SŒURS

Vous qui étiez toujours quelque part à mes côtés, Vous qui me soufflez des mots d'espoir et d'amour et de tendresse, Vous qui me donnez à chaque fois le courage de continuer mon chemin, C'est par vos actes et vos paroles, Par vos regards et vos sourires, Que j'ai pu traverser ce long chemin, Et tenir jusqu'au bout, Vous tous, aussi aimants qu'aimables, Je vous offre ce travail. Puisse dieu vous protéger, garder et renforcer notre fraternité et notre amour inconditionnel.

A MES BELLES SŒURS FADILA ET NADJAT

Je ne cesserai de porter beaucoup d'amour et de respect pour vous. Je tiens à vous remercier pour votre soutien et l'amour que vous m'avez apporté. Que mon amour soit à la hauteur du votre. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde. Je vous aime.

A toute La famille. Je vous dédie tous ce travail pour votre soutien, amour et encouragements. Vous trouvez dans ce travail, l'expression de mon amour en vous souhaitant beaucoup de bonheur.

A toutes les personnes qui, d'une quelconque manière, m'ont apporté leur amitié, leur attention, leurs encouragements, leur appui et leur assistance. A tous ceux dont l'oubli de la plume n'est pas celui du cœur et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Aux patients,

Je dédie ce travail à tous les patients que j'ai rencontrés durant mes stages hospitaliers. Une pensée particulière à ceux qui portent en silence le fardeau d'une pathologie chronique. Je leur souhaite un prompt rétablissement. Je souhaite que vous retrouveriez un jour la vie que vous avez connue avant.

« Soyons reconnaissants aux personnes qui nous donnent du bonheur ; elles sont les charmants jardiniers par qui nos âmes sont fleuries »

Marcel Proust.

LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

DPP DEPRESSION POST PARTUM

PP PSYCHOSE PUERPERALE

EPDS Edinburgh Postnatal Depression Scale

ESPT État de stress post-traumatique

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual

ATCD : Antécédent

TDM trouble dépressif majeur

MIU MORT IN UTERO

Gss grossesse

HTA hypertension artérielle

DG diabète gestationnel

PNP préparation à la naissance et à la parentalité

EPN entretien prénatal

LISTE DES TABLEAUX

| | |
|--|----|
| Tableau 1 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge. | 32 |
| Tableau 2 : répartition des parturientes selon l'âge de mariage | 33 |
| Tableau 3 : Répartition des parturientes selon autres indicateurs sociodémographiques..... | 34 |
| Tableau 4 : répartition des parturientes selon les ATCD psychiatriques | 35 |
| Tableau 5 : répartition des parturientes selon les ATCD obstétricaux pathologique..... | 36 |
| Tableau 6 : répartition des parturientes selon les ATCD endocriniens pathologique..... | 37 |
| Tableau 7 : répartition des parturientes selon les données relatives à la Gss. | 38 |
| Tableau 8 : répartition des parturientes selon les données relatives à l'accouchement | 39 |
| Tableau 9 : répartition des parturientes selon les paramètres néonataux | 40 |
| Tableau 10 : répartition des parturientes selon les paramètres environnementaux..... | 42 |
| Tableau 11 : comparaison EPDS a T1 et a T2..... | 45 |
| Tableau 12 : comparaison des ATCD personnels de dépression..... | 46 |
| Tableau 13 : comparaison des ATCD de DPP | 46 |
| Tableau 14 : comparaison du suivi de Gss..... | 47 |
| Tableau 15 : comparaison des modalités de Gss | 47 |
| Tableau 16 : comparaison concernant la césarienne en urgence | 48 |
| Tableau 17 : comparaison des N-né prématurés..... | 49 |
| Tableau 18 : comparaison des ATCD de diabète | 50 |
| Tableau 19 : comparaison de l'âge des parturientes. | 51 |
| Tableau 20 : comparaison des facteurs relationnels | 52 |
| Tableau 21 : comparaison des facteurs néonataux..... | 53 |
| Tableau 22 : comparaison concernant PNP, EPN, l'info sur la DPP..... | 54 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| Figure01 : répartition des parturientes selon EPDS a T1..... | 31 |
| Figure 2 : répartition des parturientes selon EPDS a T2 | 31 |
| Figure 3 : Répartition des parturientes par tranche d'âge..... | 32 |
| Figure 4 : répartition des parturientes selon l'âge de mariage | 33 |

Table des matières

| | |
|---|------|
| REMERCIEMENTS : | i |
| DEDICACE : | iv |
| LISTE DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS | viii |
| LISTE DES TABLEAUX | ix |
| LISTE DES FIGURES | x |
| RESUME | xiv |
| I. INTRODUCTION | 1 |
| Introduction | 2 |
| II. Revue de la littérature | 4 |
| 1. GENERALITES SUR LA DPP : | 5 |
| 1.1. DEFINITION : | 5 |
| 1.2. EPIDEMIOLOGIE | 8 |
| 2. FACTEURS DE RISQUE | 8 |
| 2.2. Facteurs Relationnels | 9 |
| 2.3. Facteurs Socio Environnementaux | 9 |
| 2.4. Facteurs Gyneco-Obstetricaux | 10 |
| 2.5. Facteurs Endocriniens : | 10 |
| 2.6. AUTRES | 11 |
| 3 EVOLUTION ET CONSEQUENCES : | 12 |
| 3.1. EVOLUTION : | 12 |
| 3.2. CONSEQUENCES | 12 |
| 4 PREVENTION ET DEPISTAGE : | 15 |
| 4.1. PREVENTION : | 15 |
| a- Prévention primaire | 15 |
| b- Prévention secondaire | 15 |
| c. Prévention tertiaire : | 15 |
| 4.2. DEPISTAGE : | 16 |
| 5 DIAGNOSTIC : | 18 |
| 5.1. DIAGNOSTIC POSITIF : | 18 |
| 5.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL : | 19 |
| a. POST PARTUM BLUES: BABY BLUES: | 19 |
| b. PSYCHOSE PUEPERALE : | 19 |

| | |
|--|----|
| 6. PRISE EN CHARGE : | 21 |
| 6.1. PSYCHOTHERAPIE : | 22 |
| 6.2- Médication : | 23 |
| III. Matériel et méthodes | 24 |
| Matériels et méthodes : | 25 |
| 1. Population d'étude | 25 |
| 2. Durée et lieu d'étude | 25 |
| 3. Type d'étude | 25 |
| 3.1. Au temps T1 : | 25 |
| 3.2 Au temps T2 : | 25 |
| 4. Les critères d'inclusion | 26 |
| 6. Les critères d'exclusion | 26 |
| 7. Méthodes de recueil des données : | 26 |
| 8. Définition des variables étudiés : | 27 |
| 9. Méthodes statistiques de traitement des données | 29 |
| 10. Aspects éthiques de l'étude : | 29 |
| IV. RESULTATS | 30 |
| 1. Analyses descriptives de la symptomatologie dépressive | 31 |
| 1.1. EPDS au temps T1 | 31 |
| 1.2. EPDS au temps T2 | 31 |
| 2. Analyse descriptive des caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée | 32 |
| 2.1. AGE : | 32 |
| 2.2. AGE DE MARIAGE | 33 |
| 2.3. AUTRES INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES | 34 |
| 3. LES DONNEES CLINIQUES : | 35 |
| 3.1. ATCD PSYCHIATRIQUES PERSONNELS ET FAMILIAUX | 35 |
| 3.3 ATCD ENDOCRINIENS PATHOLOGIQUES | 37 |
| 4. LES DONNEES RELATIVES A LA GROSSESSE : | 38 |
| 5. LES DONNEES RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT | 39 |
| 5.1. LA MISE EN TRAVAIL | 39 |
| 5.2. LES COMPLICATIONS LORS DE L'ACCOUCHEMENT : | 39 |
| 6. LES PARAMETRES NEONATAUX : | 40 |
| SEXE DU NOUVEAU-NE | 40 |
| 7. LES PARAMETRES ENVIRONNEMENTAUX : | 41 |

| | |
|--|----|
| 1. PREVALENCE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES : | 45 |
| 1.1. PREVALENCE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE : | 45 |
| 1.2. FACTEURS DE RISQUES : | 46 |
| 2. L'INFORMATION SUR LA DPP : | 54 |
| 2.1. ÉTAT DES LIEUX SUR LA CONNAISSANCE SUR LA DPP | 54 |
| 2.2. LES SOURCES D'INFORMATION SUR LA DPP | 54 |
| VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES | 56 |
| ANNEXES | 59 |
| RESUME | 66 |

RESUME

Introduction :

La dépression du post partum (DPP) est une complication psychiatrique fréquente après l'accouchement avec un retentissement sur la mère et son nouveau-né.

Son mécanisme est encore inconnu. Cependant, des études épidémiologiques ont pu identifier plusieurs facteurs qui peuvent influencer sa survenue. L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence et les facteurs de risques de la DPP au niveau de l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS OUARGLA

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective réalisée chez 109 femmes parmi les femmes ayant accouché à l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla, sur une période de 3 mois allant de 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, un mois de recrutement et deux mois de suivi.

Résultats :

Les résultats de notre étude montrent que 93% des femmes avaient un âge entre 18-40 ans. 13.76% avaient un EPDS \geq 11 à T2. Environ 12% présentaient des ATCD de dépression. Des ATCD de DPP sont retrouvés chez 13%. 05% ont eu un accouchement prématuré. 11% ont eu une césarienne en urgence. 95% ont un réseau de soutien familial. Aucune femme n'a réalisé un EPN. Une seule femme a participé à des cours de PNP. Aucune femme n'a été informé par les professionnels de la santé sur la DPP.

Conclusion :

La prévalence de DPP au niveau de la maternité de OUARGLA est estimée de 13.76% ce qui rejoint les données de la littérature avec une prévalence comprise entre 5-20%. Pour une meilleure prise en charge notre étude suggère que les femmes devraient faire l'objet d'un dépistage précoce pendant les visites prénatales et postnatales afin de déterminer celles qui présentent un risque accru de développer une DPP.

Mot clé : dépression post partum, prévalence, facteurs de risques, OUARGLA.

ABSTRACT:

Introduction:

PPD is the most common psychiatric complication after childbirth with an impact on the mother and her newborn.

Its mechanism is still unknown. However, epidemiological studies have been able to identify several factors that can influence its occurrence. The objective of our work is to determine the prevalence and risk factors of PPD at the EHS mother and child Omar BOUKHRIS Ouargla

Materials and methods:

This is a prospective descriptive study carried out in 109 women among women who gave birth at the EHS mother and child Omar BOUKHRIS Ouargla, over a period of 3 months from December 1, 2021 to February 28, 2022, one month of recruitment and two months of follow-up.

Results:

The results of our study show that 93% of women had an age between 18-40 years. 13.76% had an EPDS \geq 11 a T2. About 12% had depression ATCD. DPP ATCDs are found at 13%. 05% had a premature delivery. 11% had an emergency caesarean section. 95% have a family support network. No woman has achieved an EPN. Only one woman participated in PNP courses. No women have been informed by health professionals about PPD.

Conclusion:

The prevalence of PPD at the maternity level of OUARGLA is estimated at 13.76% which is in line with the data in the literature with a prevalence between 5-20%. For better management our study suggests that women should be screened early during prenatal and postnatal visits to determine which women are at increased risk of developing PPD.

Keyword: postpartum depression, prevalence, risk factors, OUARGLA.

الملخص:

مقدمة :

اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة هو أكثر المضاعفات النفسية شيوعاً بعد الولادة مع تداعيات على الأم ووليدها . أليتها لا تزال غير معروفة. ومع ذلك، فقد تمكنت الدراسات الوبائية من تحديد العديد من العوامل التي يمكن أن تؤثر على حدوثها. الهدف من عملنا هو تحديد مدى انتشار وعوامل الخطر لاكتئاب ما بعد الولادة على مستوى مستشفى الام و الطفل عمر بوخريص ورقلة

منهجيا:

هذه دراسة وصفية استباقية أجريت على 109 امرأة من النساء اللواتي أنجبن في مستشفى الأمومة والطفل عمر بوخريص ورقلة، على مدى 3 أشهر من 1 ديسمبر 2021 إلى 28 فبراير 2022، شهر واحد من التجنيد وشهرين للمتابعة.

النتائج :

تظهر نتائج دراستنا أن 93% من النساء تتراوح أعمارهن بين 18 و40 عامًا. 13.76% حصلنا على $EPDS \geq 11$ في T2 حوالي 12 % لديهم سوابق للاكتئاب. تم العثور على سوابق اكتئاب ما بعد الولادة عند 13 % . 05% كانت لديهم ولادة مبكرة. 11% خضعن لعملية قيصرية طارئة. 95% لديهم شبكة دعم عائلي. لم تقم أي من النساء بإجراء عملية مقابلة ما قبل الولادة . شاركت امرأة واحدة فقط في دورات التحضير للولادة والأبوة. لم يتم إبلاغ أي امرأة من قبل المهنيين الصحيين حول اكتئاب ما بعد الولادة.

الخلاصة:

يقدر معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة في مستشفى الولادة ورقلة بـ 13.76% ، وهو ما يطابق البيانات الموجودة في الأدبيات مع انتشار يتراوح بين 5-20%. من أجل إدارة أفضل تقترح دراستنا أنه يجب فحص النساء مبكرًا أثناء زيارات ما قبل الولادة وبعدها لتحديد النساء الأكثر عرضة لخطر اكتئاب ما بعد الولادة .

الكلمة الأساسية:

اكتئاب ما بعد الولادة ، الانتشار ، عوامل الخطر ، ورقلة.

I. INTRODUCTION

Introduction

La grossesse et la naissance sont généralement connotées positivement et pourvoyeuses de bonheur dans l'imaginaire collectif. L'accouchement est l'un des événements marquants de la vie, auquel chaque société accorde une attention médicale, sociale et culturelle particulière. En périnatalité, le psychisme maternel est modifié par ce que les cliniciens nomment la transparence psychique, état de sensibilité particulier, qui prépare la future mère à la rencontre de son enfant et à la compréhension de ses besoins. Associé à des modifications hormonales et physiques, il peut aussi rendre la parturiente plus vulnérable aux complications psychiques. Ces dernières, sont de nature diverse : anxiété, dépression, état de stress post-traumatique, troubles relationnels mère-enfant, difficultés conjugales... etc¹

Cependant l'accouchement est un processus difficile et épuisant. Une femme subit beaucoup de changements hormonaux, physiques, émotionnels et psychologiques tout au long de sa grossesse. Des changements considérables se produisent dans le monde familial et interpersonnel de la mère. Après l'accouchement, une mère peut éprouver des émotions variées allant de la joie et du plaisir à la tristesse et aux accès de pleurs. Ces sentiments de tristesse et de larmoiement sont appelés "baby blues", et ils ont tendance à diminuer au cours des 2 premières semaines après l'accouchement, Environ une femme sur sept peut développer une dépression post-partum (DPP)²

La dépression post partum est souvent occultée ou ignorée par les jeunes mères, qui éprouvent un sentiment de culpabilité et/ou de honte face à la tristesse ressentie. Malgré un essor considérable depuis plusieurs années vis à vis du dépistage et de la prise en charge de ce type de trouble, il s'agit d'un véritable problème de santé publique par sa fréquence d'une part, par l'intensité du trouble dépressif d'autre part mais aussi par les multiples conséquences négatives qui peuvent en découler pour le futur de l'enfant. En effet, elle touche entre 10 à 15% des familles et reste, malgré tout, sous-étudiée (cliniquement et expérimentalement) et sous-diagnostiquée et donc sous traitée. Le dépistage et le diagnostic de cette dépression sont difficiles à poser car la frontière entre une adaptation normale face à l'accès à la maternité et la dépression du post partum est étroite. La maternalité, définie par les processus psychiques autour d'une naissance, nécessite un changement considérable et un processus de maturation qui se fera plus ou moins facilement en fonction des personnes et de leur vécu. La dépression post partum se place au premier rang des complications post natales et ne doit pas être négligée

Puisqu'elle peut être à l'origine de conséquences néfastes sur le nouveau-né, la mère, la relation mère/enfant, le couple mais aussi sur l'entourage et l'équilibre familial.

La survenue d'une dépression en post partum risque d'avoir des conséquences graves, non seulement sur la mère, mais aussi sur la relation mère-bébé et par conséquent sur le développement psychoaffectif de l'enfant³

Vu l'importance de ce sujet et l'absence des études faites dans ce contexte dans en Algérie et à la wilaya d'Ouargla, on a trouvé pertinent de réaliser ce travail.

Objectif principal :

Déterminer la prévalence de la DPP au niveau de l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS
OUARGLA

Objectif secondaire :

Déterminer les facteurs favorisant la survenue de la DPP

II. Revue de la littérature

1. GENERALITES SUR LA DPP :

1.1. DEFINITION :

La dépression est une pathologie psychiatrique très répandue dans le monde, Il s'agit d'un trouble psychique marquant une rupture avec l'état et le fonctionnement antérieur de la personne, associé à un trouble thymique caractérisé par une baisse de l'humeur. Elle peut se déclarer à tout âge, quel que soit le sexe, aussi bien chez l'enfant que chez la personne âgée.⁴

Le [DSM-V](#) ne reconnaît pas la dépression du post-partum comme un diagnostic à part entière, mais bien comme une spécificité des troubles dépressifs. Les symptômes d'un épisode dépressif majeur s'appliquent donc à la dépression du post-partum. Toujours selon le [DSM-V](#), les symptômes s'installent dans les quatre premières semaines qui suivent la naissance, voire parfois avant (on parle alors de « dépression périnatale »).⁵

Critères diagnostiques du DSM-5 :

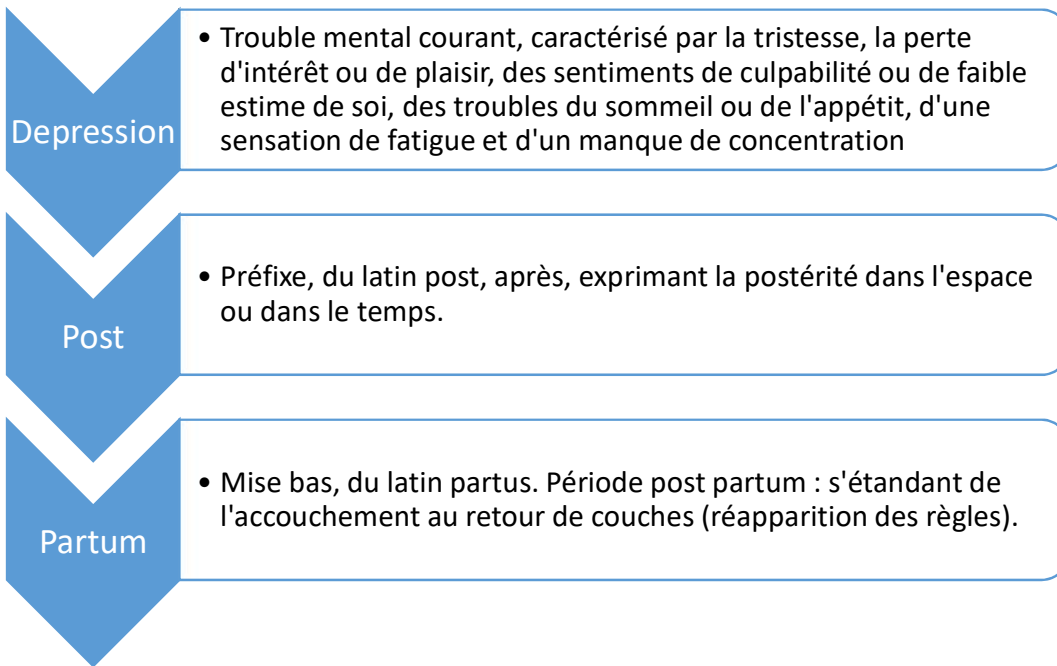
- ❖ Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.⁶

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vidé ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes).
- Diminution marquée 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).
- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- 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).
- 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).
- 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.
- ❖ Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- ❖ Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Donc c'est la présence de ces symptômes dans la période du post partum et c'est La période qui s'étend de la fin de l'[accouchement](#) jusqu'au [retour de couches](#), (4-6 semaines après l'accouchement voir 8 semaines) .



1

1.2. EPIDEMIOLOGIE :

La dépression n'est qu'une des complications psychiatriques possibles dans le post-partum. Le trouble dépressif est la pathologie psychiatrique qui apparaît, du point de vue chronologique, le plus éloignée par rapport à l'accouchement. Les dépressions du post-partum débutent classiquement dans les 4 à 6 semaines post accouchement. ⁸

Les taux de prévalence de la DPP varient d'un pays à l'autre, allant de 6,9 à 12,9 % dans les pays à revenu élevé à plus de 20 % dans certains pays à revenu faible ou intermédiaire. ⁹

Elle varie de 5% à 20 %, selon les études, en fonction des critères diagnostiques retenus, de la date d'évaluation et des instruments de mesure. Chez les femmes ayant un antécédent d'épisode dépressif caractérisé, le risque de décompensation dépressive dans le postpartum est estimé entre 25 % et 50 %. Enfin, chez les femmes ayant présenté un épisode dépressif majeur (EDM) avec caractéristiques psychotiques lors d'une grossesse antérieure, il existe un risque très élevé de récurrence (50 %-70 %) sur le même mode. ¹⁰

2. FACTEURS DE RISQUE :

La Dépression post-partum, aussi appelée dépression postnatale, est une affection courante chez les mères dans le premier mois suivant l'accouchement, ou parfois même pour une période plus longue. Les causes de la dépression post-partum ne sont pas très claires, mais les facteurs suivants peuvent être utiles pour détecter les personnes à risque élevé. ¹¹

Cependant Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence, mais aucun facteur ne semble à lui seul jouer un rôle déterminant dans la survenue d'une dépression du post-partum. De plus, les résultats des différentes études sont parfois en contradiction les unes avec les autres. Cependant, de façon plus ou moins consensuelle, il est acceptable de dire que les principaux facteurs de risque sont les antécédents de dépression, un trouble anxieux pendant la grossesse, des relations conjugales conflictuelles, un isolement social, un faible niveau socioéconomique, des événements de vie stressants au cours de la grossesse et dans une moindre mesure les complications obstétricales. ¹²

2.1. Facteurs Psychiatriques :

Ils semblent être les facteurs de risque les plus influents pour développer une DPP. Parmi ces facteurs psychiatriques, on trouve les antécédents personnels de dépression post-partum ou à tout autre moment de la vie, en plus des signes d'anxiété ou de dépression pendant cette période de conception.

Donc les facteurs environnementaux, tels que les expériences de vie antérieures défavorables, les antécédents de dépression et de troubles anxieux, les rôles socioculturels, les attributs psychologiques et les compétences d'adaptation, sont connus pour influencer le risque de trouble dépressif majeur. ¹³

2.2. Facteurs Relationnels

L'entourage de la jeune mère peut aussi avoir un impact sur le risque de contracter une DPP, que ce soit son entourage direct (conjoint, famille) ou indirect (amis, collègues ...). En effet, il s'est avéré qu'une relation conjugale conflictuelle avec un faible soutien du conjoint ou encore une baisse de la libido pouvait influencer le moral de la mère, et favoriser l'apparition de troubles de l'humeur telle qu'une DPP. Une relation conflictuelle ou dépendante avec sa propre mère a aussi pu révéler une certaine vulnérabilité au développement d'un épisode dépressif en post natal. L'accès à la maternité est souvent synonyme de bonheur et de joie, mais il existe de nombreux remaniements, qui nécessitent un soutien social particulier de manière à aborder sereinement son nouveau statut de mère¹⁴

2.3. Facteurs Socio Environnementaux :

De nombreuses études, dont celle de Brown et Harris (1978), ont mis en évidence le rôle des facteurs sociaux dans l'apparition des dépressions. Les premiers auteurs se sont surtout attachés à l'analyse des effets stressants des événements de vie, ou stressants aigus, sur la dépression. Mais il apparaît de plus en plus que ce sont surtout les conditions de vie ou les stressants quotidiens chroniques qui ont le plus d'impact sur la santé mentale. Ce phénomène est particulièrement évident en milieu défavorisé. Hall et al., (1985) ont montré effectivement que chez les mères défavorisées ayant de jeunes enfants, les stressants quotidiens chroniques liés

aux problèmes financiers, à la surcharge de rôles, aux inquiétudes parentales, aux problèmes d'emploi et aux conflits interpersonnels sont les plus fréquemment associés à un taux élevé de dépression, surtout chez les mères sans conjoint. Belle (1982), dans une étude prospective approfondie auprès de 43 femmes défavorisées, obtient des résultats similaires.

Plusieurs études récentes sur la dépression post-natale démontrent le rôle déterminant des facteurs environnementaux de stress sur la santé mentale des nouvelles mères. Certains chercheurs ont noté des relations entre la dépression post-natale et des difficultés économiques (Stein et al., 1989), un faible niveau de scolarité et des problèmes de logement (Hopkins, 1984; Oakley, 1980).¹⁵

2.4. Facteurs Gyneco-Obstetricaux

Pour Étudier le lien entre la césarienne et la DPP, deux études quantitatives et une étude qualitative ont été incluses. Une étude menée par Hossein et ses collègues (Moameri et al., 2019) a indiqué une augmentation de 63 % du risque de PPD après la césarienne et il a été réduit après ajustement pour les facteurs de confusion. En outre, ils ont constaté que la valeur estimée de la césarienne sélective était inférieure à celle des césariennes d'urgence, ce qui indique qu'une césarienne d'urgence peut augmenter le risque de PPD ¹⁶

Un accouchement instrumental par voie basse ou dystocique joue un rôle important dans la survenue de la DPP. Aussi que les antécédents obstétricaux pathologiques : mort in utéro, malformations fœtales, interruption de la grossesse, hospitalisations prolongées des nouveaux nés.¹⁷

2.5. Facteurs Endocriniens :

Des changements rapides dans les hormones reproductrices œstrogène et progestérone pendant la grossesse et immédiatement après l'accouchement ont longtemps intrigué les chercheurs de la DPP. Il y a de nombreuses bonnes raisons de soupçonner que les hormones de reproduction sont étiologiquement importantes dans la DPP car elles jouent un rôle important dans le traitement des émotions, l'excitation, la cognition et la motivation. Ils régulent également divers systèmes biologiques impliqués dans la dépression majeure, tels que la fonction thyroïdienne, les hormones lactogènes, l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénal, le système immunitaire et l'expression génétique. De plus, des études d'imagerie cérébrale ont montré que les hormones

reproductrices modulent les neuro circuits impliqués dans les états affectifs normaux et anormaux.

Mais la plupart des études sur les taux d'hormones de reproduction chez les femmes dépressives et non dépressives après l'accouchement n'ont pas démontré un lien avec la dépression.¹⁸

2.6. AUTRES : _ manque du sommeil, carence en vit D, surpoids et obésité, SOPK, anémie post partum.

3 EVOLUTION ET CONSEQUENCES :

3.1. EVOLUTION :

L'évolution est le plus souvent favorable. Une minorité de patientes présente toutefois une symptomatologie résiduelle, parfois au-delà de la première année, ce qui justifie une prise en charge spécifique, étant donné l'impact de ces formes subsyndromiques sur le fonctionnement général des patientes. Le risque de récurrence pour les grossesses ultérieures est compris entre 30 et 50 % .Une dépression du post-partum peut signer l'entrée dans un trouble de l'humeur récurrent (trouble unipolaire ou bipolaire), ou plus rarement dans un trouble psychotique chronique.¹⁹

En revanche y a toujours un risque qu'il faut le prendre en considération qui est essentiellement :

- Le risque suicidaire lors de la 1ère année du post-partum est six fois plus important chez les femmes présentant une DPP, par rapport à celles de même âge n'ayant pas accouché.

3.2. CONSEQUENCES

La dépression postnatale se révélerait spécifique par les conséquences particulières qui s'associent à ce type de dépression. Un coup d'œil dans les écrits permet de distinguer trois aspects différents des conséquences de la DPP. Celle-ci peut affecter la mère elle-même, la relation entre le conjoint et les relations entre la mère et son enfant.²⁰

a. Conséquences sur la mère :

La DPP peut persister sur une longue période, et elle est susceptible d'être associée à des épisodes dépressifs récurrents de plus, la DPP est également associée à des niveaux accrus d'émotivité négative et à des niveaux réduits d'émotivité positive.

Toutes ces caractéristiques donnent à penser que l'exposition des nourrissons aux effets négatifs sur la mère sera importante et à long terme.

Il a été démontré que les femmes atteintes de DPP ont un certain nombre de biais cognitifs qui mènent à des perceptions négatives d'elles-mêmes et des autres.²¹

La souffrance maternelle va de légère à extrême. Une femme peut aussi négliger sa santé physique et son bien-être et adopter des comportements nuisibles comme la toxicomanie ou l'automutilation, y compris le suicide.²²

b. Conséquences sur la dyade mère-enfant :

Il a été démontré que la DPP affecte de nombreux comportements de soins maternels. L'impact négatif des symptômes dépressifs est évident dans l'une des premières interactions avec son bébé l'allaitement.

La DPP va au-delà d'influencer la façon dont une mère répond aux besoins fondamentaux de son enfant en matière de nourriture, de sommeil et de sécurité pour influencer également sur la façon dont elle interagit avec son enfant. La recherche a montré plusieurs modèles d'interaction négative. L'interaction mère-enfant en présence de la DPP peut être caractérisée à la fois par l'hostilité et la non-réponse. De plus, les femmes atteintes de DPP ont démontré une coordination atténuée avec le regard et le toucher du nourrisson.²³

c. Conséquences sur l'enfant :

Une documentation importante a été consacrée à l'identification des conséquences de la dépression maternelle sur le développement de l'enfant, et de nombreuses revues se sont concentrées sur la synthèse et la critique de cet ensemble de travaux. D'autres examens ont été effectués, qui portent spécifiquement sur les conséquences de la dépression maternelle pendant la période post-partum. Les conclusions de toutes ces revues suggèrent que la dépression maternelle est associée à des conséquences comportementales, cognitives et sanitaires pour l'enfant en développement.²⁴

c.1. Sur le comportement :

Des études récentes sur les conséquences de la DPP en particulier ont rapporté des conclusions similaires à celles de Goodman et al. (2011). Des études quantitatives montrant que les symptômes dépressifs de la mère ressentis au cours des six premiers mois suivant l'accouchement sont associés à des problèmes de comportement depuis la petite enfance jusqu'à l'adolescence.²⁵

c.2. Sur le développement cognitif :

La littérature qui examine les effets de la DPP sur le développement cognitif des enfants est assez bien établie avec des examens qualitatifs convergeant dans leurs conclusions. Le consensus est que la DPP prédit une langue plus pauvre aussi qu'un pauvre développement du QI chez les enfants et que cet effet se manifeste tout au long de l'enfance et de l'adolescence.²⁶

c.3. Sur la santé physique :

Comme nous l'avons déjà mentionné, les mères atteintes d'une DPP sont moins susceptibles d'adopter des comportements de soins positifs. A cause des comportements de soins inadaptés d'une mère déprimée, la santé de son bébé peut en souffrir. Il est prouvé que la DPP peut être associée à la santé physique du nourrisson et de l'enfant²⁷

d. Conséquences sur le couple et l'entourage :

La DPP a des conséquences pour la mère, le bébé, tous ses autres enfants, le partenaire. Les conséquences plus générales pour les autres membres de la famille, le travail, la prestation de soins et la société en général sont également importantes et nécessitent plus de considération. ²⁸

Parlant de l'altération de la vie conjugale elle est importante : la DPP est associée à des difficultés conjugales significatives, pouvant mener à la séparation ou au divorce, avec un risque accru de dépression chez le partenaire. Bien que les effets de la dépression maternelle peuvent intéresser les autres enfants, surtout si la dépression a été insuffisamment traitée ou est devenue chronique. La dépression affaiblit et risque de perturber la relation avec les autres enfants.²⁹

4 PREVENTION ET DEPISTAGE :

4.1.PREVENTION :

Définition

La prévention selon l'OMS « est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »

. Il distingue trois types de prévention en fonction du moment et du type de prévention.

a- Prévention primaire :

Ensemble des actions mises en œuvre afin de limiter l'incidence d'une pathologie au sein d'une population saine, en jouant sur les causes et les facteurs de risques propres à la maladie. On essaie par des mesures préventives de diminuer la fréquence du problème de santé et de réduire autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Dans le cadre de la dépression du post-partum, ce sont les professionnels de santé, qui vont pouvoir jouer un rôle dans la prévention primaire, en étant attentifs et à l'écoute des femmes en période périnatale, afin de repérer les facteurs de risque pouvant être à l'origine d'un trouble dépressif du post partum.

b- Prévention secondaire :

On entend par prévention secondaire toutes les actions visant à détecter et diagnostiquer la pathologie à son stade le plus précoce de manière à mettre en place un traitement rapide et efficace, dans la mesure du possible, pour éviter les complications. Elle joue un rôle primordial dans la DPP, puisqu'elle va permettre de limiter l'impact sur le nouveau-né, la relation conjugale voire sur l'équilibre familial. On considère le dépistage comme la prévention secondaire de la DPP.

c. Prévention tertiaire :

Elle a lieu lorsque la maladie est déclarée. Son but est de limiter la progression et les complications de la maladie. C'est l'ensemble des mesures visant à réduire les invalidités, les rechutes et complications, mais aussi à améliorer la qualité de vie des patients. Dans notre cas, il s'agit de la mise en place des traitements médicamenteux et non médicamenteux pour une prise en charge globale et adéquate de la DPP. Cela comprend les soins médicaux, paramédicaux et de réhabilitation.³⁰

4.2. DEPISTAGE :

L'urgence de dépistage de la DPP tient au fait qu'elle retentit non seulement sur la mère mais également sur le nouveau-né, le partenaire, les autres membres de la famille, l'entourage et la communauté.³¹

La méthode de base de la recherche de cas et de l'identification de la DPP est une enquête clinique sensible sur l'humeur pendant les visites de suivi avec les personnels de soins obstétricaux ou les personnels de soins primaires pendant la période post-partum. Certaines autorités recommandent diverses formes de dépistage de la DPP. Cependant, l'efficacité potentielle du dépistage de la DPP est liée à la disponibilité de systèmes permettant de traiter et de suivre adéquatement les femmes ayant obtenu des résultats positifs. Il y a donc une certaine controverse quant à savoir si le dépistage systématique devrait être effectué. Le National Institute of Health and Care Excellence du Royaume-Uni propose un dépistage en deux étapes au moyen d'un outil sensible de dépistage de la dépression à deux questions de screening. Un résultat positif ou une préoccupation clinique devrait mener à une évaluation plus approfondie et plus définitive. Des mesures formelles comme le Patient Health Questionnaire-9 ou l'Échelle d'Edinburgh de la DPP (EPDS) peuvent également être utiles, et un résultat positif sur l'un ou l'autre devrait mener à une évaluation clinique complète pour vérifier le diagnostic.³²

Le diagnostic repose essentiellement sur un entretien clinique structuré évaluant l'ensemble de la symptomatologie dépressive. Il est réalisé par un psychiatre expérimenté dans le domaine de la santé périnatale. Ces conditions étant rarement réunies en pratique, des questionnaires spécifiques ont été élaborés afin de dépister les patientes à risque.³³

L'outil de dépistage de la dépression liée à la grossesse le plus couramment utilisé est l'échelle de dépression postnatale d'Édinbourg (EPDS). Cet instrument d'auto-déclaration à 10 éléments qui reflète l'expérience de la patiente au cours de la dernière semaine. L'utilisation de l'EPDS a été largement validée pour la période post-partum et pendant la grossesse. Un score EPDS \geq 13 est un seuil généralement accepté pour identifier les femmes à risque de dépression majeure dans un contexte clinique, et il a été rapporté pour détecter 86% des femmes post-partum avec dépression majeure ou mineure.³⁴

Le score maximum est de 30. Il est recommandé qu'une évaluation clinique soigneuse confirme le diagnostic de ce questionnaire d'auto-évaluation.³⁵

Le moment optimal pour dépister la DPP est la première visite obstétricale postnatale, et dans les 4 à 6 semaines suivant l'accouchement, car de nombreuses données indiquent que les troubles postpartum apparaissent au cours du premier mois qui suit l'accouchement. Les femmes dont les facteurs de risque ou les prédictors de la DPP sont plus élevés peuvent faire l'objet d'un dépistage dans les 2 premières semaines suivant l'accouchement, à la discrétion du fournisseur de soins de santé. Le dépistage par téléphone au moyen de l'EPDS peut être effectué chez les patientes qui signalent des symptômes dans les premiers jours de l'accouchement. Un score EPDS ≥ 13 devrait avoir une visite postnatale plus tôt possible pour examiner les symptômes d'humeur et l'état physique de la patiente.³⁶

5 DIAGNOSTIC :

5.1. DIAGNOSTIC POSITIF :

A la suite d'un dépistage de la DPP positif, il faut poser le diagnostic, afin de s'assurer que la patiente présente bien une DPP et la prendre en charge rapidement et efficacement. En effet, les tests de dépistage ne suffisent pas à eux-seuls, pour poser le diagnostic de DPP, mais ils aident à orienter et attirer l'attention des professionnels et de la femme sur le risque potentiel de troubles dépressifs dans le post partum. Si le test s'avère en faveur d'une DPP, le professionnel se penchera sur le diagnostic de cette pathologie.³⁷

La DPP est définie strictement dans la nomenclature psychiatrique comme un trouble dépressif majeur (TDM) avec un spécificateur de début post-partum dans le mois après l'accouchement. Cependant, la dépression chez les femmes Pendant la période post-partum peut commencer pendant la grossesse ou peut avoir commencé au-delà du premier mois post-partum Pour répondre aux critères de(TDM), l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir dans les activités doivent être présents pendant au moins 2 semaines. De plus, des symptômes de troubles du sommeil, de troubles de l'appétit, de perte d'énergie, de sentiments d'inutilité ou de culpabilité, de concentration réduite et de pensées suicidaires peuvent être présents.

Le diagnostic de PPD est difficile en raison des changements dans les habitudes de sommeil, des changements dans l'appétit et de la fatigue excessive qui est courante chez les femmes après l'accouchement.³⁸

5.2. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

a. POST PARTUM BLUES: BABY BLUES:

Environ la moitié des jeunes femmes accouchées se plaignent d'une labilité émotionnelle ou de tristesse transitoires aux alentours du 2ème et 5ème jours du post partum.³⁹

Dont le pic survient généralement dans le 3ème jour du post partum.(syndrome du 3ème jour).Baby blues est une expérience émotionnelle normale, transitoire et relativement fréquente (50 à 80 % des mères). Les symptômes associent irritabilité, anxiété, solitude, inquiétude, sentiment accru de vulnérabilité et d'incompétence, crises de larmes et humeur labile. Il apparaît régulièrement au troisième jour après l'accouchement pour se résoudre spontanément au dixième jour. Il ne nécessite pas de traitement, le fait de rassurer et d'entourer la femme suffit généralement. Toutefois, dans 20 % des cas, le baby blues peut évoluer vers une dépression du post-partum.⁴⁰

b. PSYCHOSE PUEPERALE :

L'accouchement est un déclencheur puissant de maladies psychiatriques, et les épisodes psychiatriques à cette période causent une morbidité et une mortalité importantes, le suicide étant la principale cause de décès maternel malgré des efforts considérables, une pathophysiologie définitive pour les troubles psychiatriques post-partum est restée insaisissable.⁴¹

La psychose puerpérale est une urgence psychiatrique rare. Qui se produit dans environ 1 sur 1000 grossesses, dans lequel la femme éprouve des symptômes de sauts d'humeur extrêmes. Pensées (manie), dépression, confusion grave, perte de l'inhibition, paranoïa, hallucinations ou délires commençant. Soudainement dans les 2 premières semaines après l'accouchement, souvent dans les 72 heures. Les symptômes varient et peuvent changer rapidement. Les symptômes les plus graves durent entre de 2 à 12 semaines, et le rétablissement prend souvent 6 mois à un an. Environ la moitié des femmes qui en sont atteintes n'ont aucun facteur de risque, mais les femmes qui ont des antécédents de maladie mentale sont plus à risque.⁴²

c. AUTRES

Etat de stress post traumatique (ESPT) :

L'ESPT se définit par des critères spécifiques du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-V) (5). Il est décrit comme un trouble anxieux qui se manifeste à la suite d'un évènement dit « traumatique », dépassant les ressources cognitives de l'individu. Les symptômes sont classés en quatre catégories :

- la reviviscence de l'évènement traumatique (flash-back, cauchemars, souvenirs répétitifs)
- l'évitement des stimuli rappelant l'évènement
- l'altération négative de la cognition et de l'humeur (émotions négatives persistantes, diminution de l'intérêt)
- l'hyperréactivité (irritabilité, hyper vigilance, difficultés de concentration)

Si des symptômes apparaissent dans les jours ou semaines suivants l'évènement ils sont définis comme un état de stress aigu. L'ESPT apparait et peut être diagnostiqué à distance, à partir d'un mois après l'évènement.⁴³

hypothyroïdie, le syndrome de Cushing ou encore **les dépressions induites par les substances psychoactives** peuvent aussi présenter des symptômes pouvant mimer une dépression et ne doivent pas être oubliés de la démarche diagnostic.⁴⁴

6. PRISE EN CHARGE :

Après avoir détecté la DPP chez les mères, que ce soit au moment de leur congé de l'hôpital ou en consultation externe, il est important que les fournisseurs de soins dirigent tout patient jugé à risque élevé (c.-à-d. score ≥ 10 à l'aide de l'un ou l'autre des instruments) vers un fournisseur de soins de santé mentale pour un traitement ultérieur. Si le patient présente des pensées suicidaires ou de tentatives de suicide, il incombe au médecin de le transporter sans délai à l'urgence la plus proche pour un traitement immédiat, veiller ainsi à ce que la mère ne soit plus seule jusqu'à ce qu'elle soit jugée en sécurité pour elle-même et pour les autres par un fournisseur. Si la mère a obtenu un score inférieur à 10 à l'une ou l'autre des évaluations, elle peut être libérée chez elle en toute sécurité avec des instructions de sortie de la DPP qui comprennent des signes et des symptômes, ainsi que le moment de demander de l'aide. Une fois la DPP détectée par les cliniciens, Il est recommandé que la mère soit dirigée vers un psychiatre ou un professionnel de la santé mentale pour un traitement comprenant deux objectifs : la santé et le bien-être de la mère et les soins et l'éducation du nourrisson.⁴⁵

Il existe différents types et sévérités de DPP. Il est nécessaire de prévoir des traitements adaptés qui améliorent les résultats pour les femmes atteintes de DPP. Certains pays ont commencé le dépistage de la DPP, mais une évaluation clinique est la norme de référence pour la détermination d'un diagnostic.

Il existe des différents traitements efficaces pour la DPP. Les fournisseurs de soins de santé peuvent aider à choisir le meilleur traitement, qui devrait comprendre l'auto soins, la protection du sommeil, l'exercice.⁴⁶

6.1. PSYCHOTHERAPIE :

- **La thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** a démontré l'efficacité la plus à court et à long terme par rapport aux interventions de traitement comme d'habitude pour réduire les symptômes de la DPP dans une méta analyse récente. Les approches de TCC peuvent comprendre des stratégies pour aborder les schémas dysfonctionnels des pensées ou promouvoir l'engagement comportemental. Les approches de TCC fondées sur la lucidité ou l'acceptation peuvent également mettre l'accent sur le changement de la façon dont on se relie ou réagit aux pensées ou aux émotions, plutôt que d'essayer de modifier l'expérience elle-même.
- **La psychothérapie interpersonnelle (TPI)** a permis de recueillir de solides preuves d'efficacité dans le traitement de la DPP en format individuel et en groupe. L'TPI est une approche limitée dans le temps qui met en contexte la dépression dans les relations de la femme, visant à réduire les symptômes, à élargir le fonctionnement interpersonnel et à accroître le soutien social. Une méta-analyse a révélé qu'en comparaison avec les conditions de contrôle, la TPI avait un effet plus important que la TCC.

D'autres études portant sur les approches de counseling de soutien ont révélé dans la DPP les visites à l'écoute, une intervention mise au point au Royaume-Uni et administrée par des infirmières visiteuses à domicile, sont également fondées sur une approche axée sur le client.

L'intervention des visites d'écoute a démontré son efficacité dans le traitement de la dépression au Royaume-Uni, en Suède et aux États-Unis. Il est possible que ces interventions d'écoute soient davantage facilitées par la télémédecine ou d'autres médias, s'ils sont disponibles

6.2- Médication :

En règle générale, les traitements médicamenteux de première intention contre la DPP sont des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), qui présentent un faible risque de toxicité en ce qui concerne les surdoses potentielles et qui sont moins souvent associés à des effets secondaires graves.⁴⁷ l'exposition des nourrissons par l'allaitement doit être envisagée.

- Traitements somatiques : la thérapie électro convulsive et les thérapies de stimulation cérébrale focale peuvent être utilisées lorsque la psychothérapie ou la pharmacothérapie n'induisent pas la rémission.⁴⁸

III. Matériel et méthodes

Matériels et méthodes :

1. Population d'étude

Nous avons inclus dans ce travail 109 femmes parmi les femmes ayant accouché à l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla, durant la période du 1^{er} décembre 2021 au 31 décembre 2021

2. Durée et lieu d'étude :

Elle s'est déroulée au niveau de l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla, sur une période de 3 mois (du 01 décembre 2021 au 28 février 2022). Un mois de recrutement et deux mois de suivi.

3. Type d'étude

Nous avons mené une enquête prospective, descriptive, réalisée en deux temps (qu'on a nommé respectivement T1 et T2). Tout d'abord au niveau du service de maternité, ensuite aux consultations externes et aux dispensaires correspondants des parturientes, après une convocation téléphonique

3.1. Au temps T1 :

- La première évaluation (T1) a eu lieu à la maternité, le jour de sortie de chaque parturiente, durant la période du 1^{er} décembre au 31 décembre 2021 et dans tous les cas au cours de la première semaine du postpartum. Au cours de cette évaluation, nous avons passé l'EPDS, la fiche technique associée.

3.2 Au temps T2 :

- La seconde évaluation (T2) a eu lieu six à huit semaines après la première évaluation, Cette seconde évaluation a eu lieu durant les consultations externes. Au cours de cette seconde évaluation, nous avons administré l'EPDS.

4. Les critères d'inclusion :

- Nous avons inclus 109 femmes parmi celles ayant accouché au niveau de l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla durant la période de notre étude, quel que soit le mode d'accouchement et après l'obtention d'un consentement verbal libre et éclairé.
- Femmes de nationalité algérienne
- Aptitude de parler en arabe

5. Les critères de non inclusion :

- Les femmes ayant refusé de participer à l'étude.
- Femmes étrangères.
- Femmes sourdes-muettes

6. Les critères d'exclusion :

- Les femmes perdues de vues en T2

7. Méthodes de recueil des données :

Afin de neutraliser le biais de sélection, on a recruté les femmes aléatoirement parmi les femmes accouchées au niveau de l'EHS Omar BOUKHRIS Ouargla.

Le biais de compréhension a été évité (l'explication des paramètres et des items a été faite par moi-même)

Les renseignements qui ont servi pour réaliser ce travail, ont été recueillis à partir des fiches techniques (Annexe B) et qui ont permis de recueillir les données sociodémographiques et les données cliniques...etc

Et pour le dépistage de la dépression du postpartum nous avons utilisé l'EPDS (Annexe A) : c'est une échelle développée par Cox et al. en 1987. Il s'agit d'un auto-questionnaire, comprenant dix items, qui sont le reflet de l'humeur de la patiente, lors des sept jours qui précèdent les réponses. Les items peuvent être classés en deux échelles internes : - la première concernant les « symptômes anxieux » qui comprend les items 3 (qui explore la culpabilité), 4 (l'anxiété), 5 (crise de panique), 6 (incapacité morale), 7 (troubles du sommeil) et 9 (pleurs) - la seconde concernant « l'humeur dépressive » avec les items 1 et 2 (anhédonie), 8 (tristesse) et 10 (idées suicidaires).

Pour la cotation du score Le score de dépistage des troubles de l'humeur de la patiente est calculé, de zéro à trente : - les réponses des questions 1, 2 et 4 de l'EPDS sont cotées de zéro à trois - les réponses des questions 3, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 sont cotées de trois à zéro. Le seuil de discrimination positive de troubles de l'humeur est fixé à 11 et/ou une réponse positive de l'item 10 (tendances suicidaires),

8. Définition des variables étudiés :

❖ L'étude a été réalisée à l'aide d'une fiche d'exploitation qui renseigne sur :

* les données épidémiologiques : Age, âge de mariage, situation familiale, niveau d'études, situation professionnelle

* les données cliniques :

- ATCD personnels de dépression
- ATCD personnels de DPP
- Notion de prise des antidépresseurs
- ATCD personnels de suivi chez un psychologue ou un psychiatre
- ATCD toxiques
- ATCD familiaux psychiatrique
- ATCD obstétricaux pathologique (MIU, malformations fœtales, interruption de Gss, prématurité)
- ATCD endocriniens pathologiques (diabète, HTA, pathologie thyroïdiennes ou autres)

*les circonstances de la Gss :

- Gss spontanée ou qui fait suite à une aide médicale a la procréation
- Le suivi de la Gss
- Entretien prénatal
- Préparation à la naissance et a l'accouchement

*les circonstances de l'accouchement :

- La mise en travail
- Les complications lors de l'accouchement

* Les données du nouveau-né :

- Age, sexe, situation a la naissance, type d'allaitement

❖ Score d EDPS

9. Méthodes statistiques de traitement des données :

Pour répondre aux objectifs de notre étude, les données recueillies ont été analysées statistiquement après une vérification et contrôle de la validité des données qui sont saisies, traitées et analysées par le logiciel Excel 2016.

10. Aspects éthiques 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 après l'obtention d'un consentement verbal libre et éclairé

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude.

IV. RESULTATS :

❖ 109 parturientes ont été colligées durant cette étude du 01 décembre 2021 au 28 février 2022.

1. Analyses descriptives de la symptomatologie dépressive :

1.1. EPDS au temps T1 :

Les parturientes qui ont eu un score supérieur ou égal à 11 en T1 étaient au nombre de trente-cinq, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive de 32.11%.

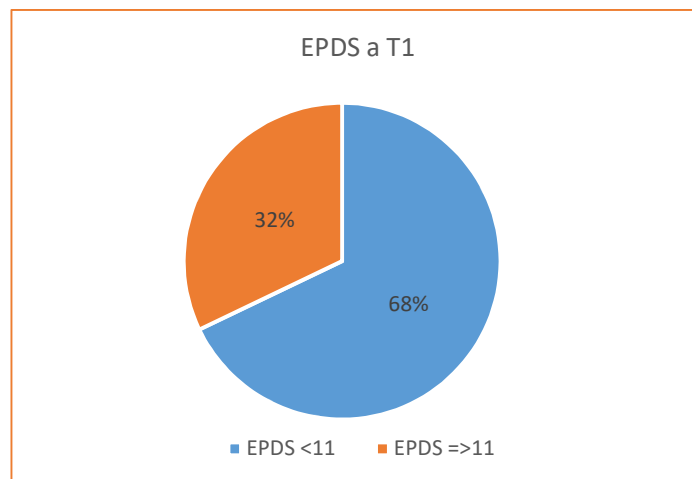


Figure01 : répartition des parturientes selon EPDS a T1.

1.2. EPDS au temps T2 :

Quinze femmes ont eu un score supérieur ou égal à 11, soit une prévalence de la symptomatologie dépressive de 13.76 %.

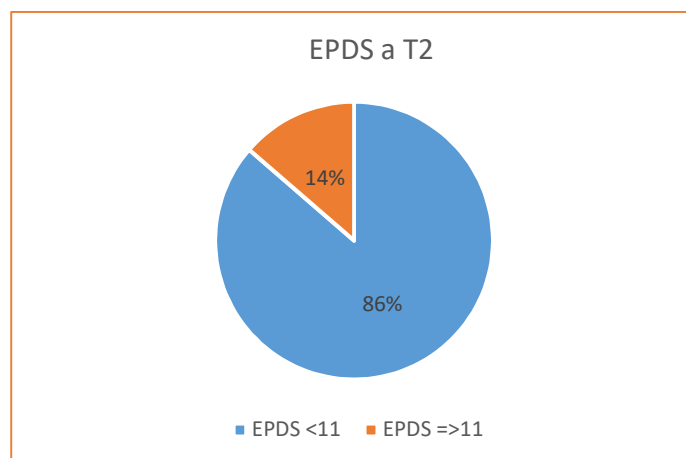


Figure 2 : répartition des parturientes selon EPDS a T2

2. Analyse descriptive des caractéristiques épidémiologiques de la population étudiée

2.1. AGE :

Au moment de l'enquête, l'âge de nos parturientes était compris entre 19 et 48 ans, avec un pic de fréquence entre 18 et 29 ans soit 61%.

Tableau 1 : Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.

| Age (ans) n=109 | Effectif | % |
|--------------------|----------|----|
| <18 ans | 00 | 00 |
| Entre 18 et 29 ans | 67 | 61 |
| Entre 30 et 40 ans | 34 | 31 |
| >40 ans | 8 | 7 |

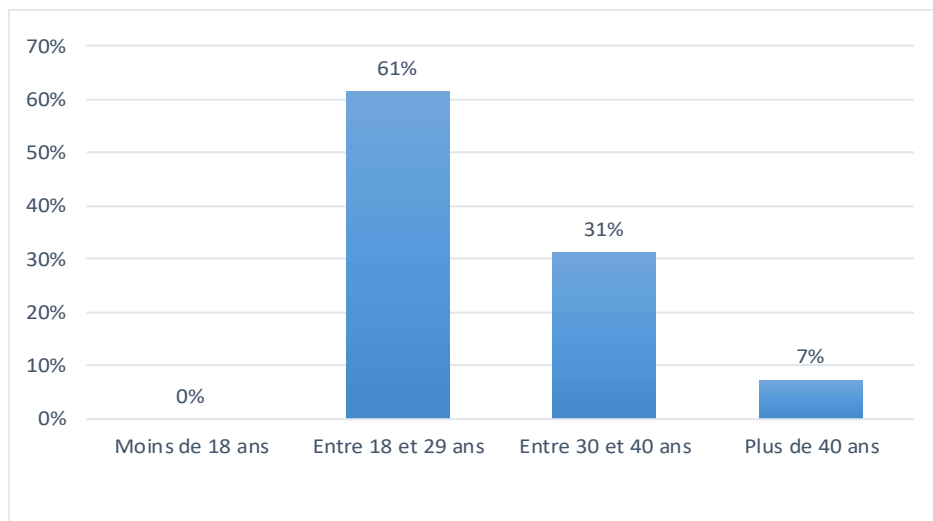


Figure 3 : Répartition des parturientes par tranche d'âge

2.2. AGE DE MARIAGE :

Pour l'ensemble de nos parturientes, l'âge de mariage variait entre 15 ans et 38 ans, avec un pic de fréquence entre 18 et 29 ans soit 93%.

Tableau 2 : répartition des parturientes selon l'âge de mariage

| Age (ans) n=109 | Effectif | % |
|--------------------|----------|----|
| <18 ans | 4 | 4 |
| Entre 18 et 29 ans | 101 | 93 |
| Entre 30 et 40 ans | 4 | 4 |
| >40 ans | 00 | 00 |

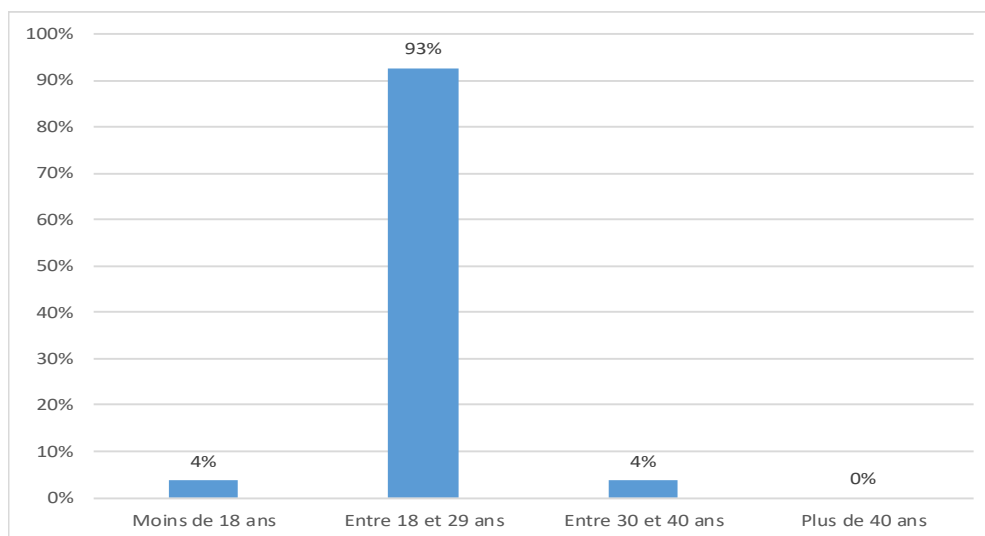


Figure 4 : répartition des parturientes selon l'âge de mariage

2.3. AUTRES INDICATEURS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :

- 100% des parturientes de notre étude sont mariées
- 36 % des parturientes ont un niveau de scolarité secondaire.
- 87% des parturientes sont des femmes au foyer.

Tableau 3 : Répartition des parturientes selon autres indicateurs sociodémographiques.

| Variable n=109 | Effectif | % |
|----------------------------------|----------|-----|
| Situation familiale | | |
| Célibataire | 00 | 00 |
| Mariée | 109 | 100 |
| Divorcée | 00 | 00 |
| Veuve | 00 | 00 |
| Niveau d'études | | |
| Sans diplôme | 06 | 06 |
| Primaire/moyen | 37 | 34 |
| Secondaire | 39 | 36 |
| Universitaire | 27 | 25 |
| Situation professionnelle | | |
| Femme au foyer | 95 | 87 |
| Femme active | 14 | 13 |

3. LES DONNEES CLINIQUES :

3.1. ATCD PSYCHIATRIQUES PERSONNELS ET FAMILIAUX :

- 12% de nos parturientes avaient des ATCD personnels de dépression
- 13% de nos parturientes ont signalé des ATCD de DPP
- 04% de nos parturientes ont confirmé des ATCD de suivi chez un psychologue
- 11% de nos parturientes ont rapporté des ATCD familiaux psychiatrique
- Une seule parturiente a confirmé la prise des antidépresseurs
- Aucune parturiente n'a présenté des ATCD toxiques

Tableau 4 : répartition des parturientes selon les ATCD psychiatriques

| Variable n=109 | Effectif | % |
|--|----------|-----|
| ATCD personnels de dépression | | |
| Oui | 13 | 12 |
| Non | 96 | 88 |
| ATCD personnels de DPP | | |
| Oui | 14 | 13 |
| Non | 95 | 87 |
| ATCD personnels de suivi chez un psychologue ou un psychiatre | | |
| Oui | 04 | 04 |
| Non | 105 | 96 |
| NOTION de prise des antidépresseurs | | |
| Oui | 01 | 01 |
| Non | 108 | 99 |
| ATCD toxiques | | |
| Oui | 00 | 00 |
| Non | 109 | 100 |
| ATCD familiaux psychiatrique | | |
| Oui | 12 | 11 |
| Non | 97 | 89 |

3.2 ATCD OSTETRIC AUX PATHOLOGIQUES

- 04% des parturientes interrogées ont eu une MIU
- Environ 05% des femmes avaient des malformations fœtales
- La prématurité était présente chez 05% de nos parturientes
- Mais 25% de la population étudiée présentaient des interruptions de Gss

Tableau 5 : répartition des parturientes selon les ATCD obstétricaux pathologique

| Variable n=109 | Effectif | % |
|-----------------------------|----------|-----|
| MIU | | |
| Oui | 04 | 04% |
| Non | 105 | 96% |
| Malformations fœtale | | |
| Oui | 05 | 05% |
| Non | 104 | 95% |
| Interruption de Gss | | |
| Oui | 27 | 25% |
| Non | 82 | 75% |
| Prématurité | | |
| Oui | 05 | 5% |
| Non | 104 | 95% |

3.3 ATCD ENDOCRINIENS PATHOLOGIQUES :

- Le diabète était présent chez 11 parturientes soit 10 %
- 18 parturientes ont signalé une HTA soit 17%
- Alors que les pathologies thyroïdiennes sont retrouvées chez 09 parturientes soit 08%
- Et une seule parturiente de notre population d'étude a confirmé son atteinte avec une hyperandrogénie.

Tableau 6 : répartition des parturientes selon les ATCD endocriniens pathologique

| Variable n=109 | Effectif | % |
|----------------------------------|----------|----|
| Diabète | | |
| Oui | 11 | 10 |
| Non | 98 | 90 |
| HTA | | |
| Oui | 18 | 17 |
| Non | 91 | 83 |
| Pathologies thyroïdiennes | | |
| Oui | 09 | 08 |
| Non | 100 | 92 |
| Autres | | |
| Oui | 01 | 01 |
| Non | 108 | 99 |

4. LES DONNEES RELATIVES A LA GROSSESSE :

- La grossesse était spontanée chez 91% des parturientes
- 100 parturientes ont déclaré que le suivi de leurs Gss était régulier soit 92%
- 70% de notre population étudiée ont suivi leurs Gss chez les gynécologues
- Aucune femme n'a réalisé un entretien prénatal précoce avec une sagefemme ou un médecin
- Une seule parturiente a confirmé sa participation à des cours de préparation à l'accouchement durant sa Gss

Tableau 7 : répartition des parturientes selon les données relatives à la Gss.

| Variable n=109 | Effectif | % |
|---|----------|-----|
| La grossesse est : | | |
| Spontanée | 99 | 91 |
| Suite à une aide médicale à la procréation | 10 | 09 |
| Le suivi de Gss était : | | |
| Un suivi régulier | 100 | 92 |
| Pas de suivi | 09 | 08 |
| Le suivi de la Gss était chez : | | |
| Une sage-femme | 18 | 17 |
| Un gynécologue obstétricien | 76 | 70 |
| Un médecin traitement | 06 | 06 |
| Avez-vous réalisé un entretien prénatal précoce avec une sage-femme ou un médecin | | |
| Oui | 00 | 00 |
| Non | 109 | 100 |
| Avez-vous participé à des cours de préparation à l'accouchement pour cette grossesse | | |
| Oui | 01 | 01 |
| Non | 108 | 99 |

5. LES DONNEES RELATIVES A L'ACCOUCHEMENT :

5.1. LA MISE EN TRAVAIL :

- La mise en travail était spontanée chez la moitié de nos parturiente (52%), alors que chez 30% était induite médicalement. Le reste c'était une césarienne programmée chez 19 parturiente soit (17%).

5.2. LES COMPLICATIONS LORS DE L'ACCOUCHEMENT :

- On a noté que presque la majorité des parturientes soit (80%) n'avaient aucune complication lors de l'accouchement, tandis que (11%) des parturientes ont été transférer pour une césarienne en urgence.
- (09%) des parturientes présentaient une hémorragie.
- Une seule parturiente a rapporté l'utilisation de forceps

Tableau 8 : répartition des parturientes selon les données relatives à l'accouchement

| Variable n=109 | Effectif | % |
|---|----------|----|
| La mise en travail a été | | |
| Spontanée | 57 | 52 |
| Induite médicalement | 33 | 30 |
| Une césarienne programmée | 19 | 17 |
| Complications lors de l'accouchement | | |
| Une césarienne en urgence | 12 | 11 |
| L'utilisation de forceps | 01 | 01 |
| Une hémorragie | 10 | 09 |
| Aucune complication | 87 | 80 |

6. LES PARAMETRES NEONATAUX :

SEXE DU NOUVEAU-NE

L'analyse des résultats montre une prédominance masculine. En effet, 57 nouveau-né sont de sexe masculin avec un pourcentage de 51.3 % alors que le sexe féminin représente 48.6 % soit 54 nouveau-né.

PEC EN URGENCE A LA NAISSANCE

On note que 12% des nouveau-né ont nécessité une PEC en urgence.

LIEU DU NOUVEAU-NE

Presque la majorité des nouveau-né soit 89% sont auprès de leurs mamans, tandis que les autres 07% sont hospitalisés en néonatalogie

L'ALLAITEMENT :

Environ 74% des parturientes questionnées ont rapporté la notion d'allaitement maternel, alors que 08% des femmes utilisent l'allaitement artificiel. Les autres 14% nourrissent leurs bébés avec un allaitement mixte.

Tableau 9 : répartition des parturientes selon les paramètres néonataux

| Variable n=109 | Effectif | % |
|--------------------------------------|----------|------|
| Sexe du nouveau-né | | |
| Masculin | 57 | 51.3 |
| Féminin | 54 | 48.6 |
| PEC en urgence à la naissance | | |
| Oui | 13 | 12 |
| Non | 96 | 88 |
| Votre enfant est | | |
| Auprès de vous | 97 | 89 |
| Hospitalisation en néonatalogie | 08 | 07 |
| Allaitement | | |
| Maternel | 81 | 74 |
| Artificiel | 09 | 08 |
| Mixte | 15 | 14 |

7. LES PARAMETRES ENVIRONNEMENTAUX :

- 94% des parturientes ont confirmé la présence d'un réseau de soutien direct et indirect.
- La violence conjugale était présente chez 17% de nos parturientes.
- 65% de la population étudiée ont déjà entendu parlé de la DPP
- L'intermédiaire dominant par lequel les femmes étaient informées sur la DPP c'était leurs proches chez 33% des parturientes, suivi par les forums internet avec un pourcentage de 28%, et 05 % par les livres de puériculture.
- Aucune femme n'a été informée sur la DPP par son médecin ou sa sage-femme ou durant les cours de préparation à la naissance ou les magazines.
- 35% de notre population étudiée n'ont aucune information sur le sujet
- 69% des parturientes interrogées ont rapporté qu'elles tournent vers leurs proches et amis quand elles sont en détresse psychologique ou morale.
- Seulement 16% de notre population veulent avoir une fiche écrite donnant des informations sur la DPP

Tableau 10 : répartition des parturientes selon les paramètres environnementaux

| Variable n=109 | Effectif | % |
|--|----------|----|
| Présence d'un réseau de soutien de l'entourage | | |
| Direct | | |
| Oui | 103 | 94 |
| Non | 06 | 06 |
| Indirect | | |
| Oui | 102 | 94 |
| Non | 07 | 06 |
| Notion de violence conjugale : | | |
| Oui | 18 | 17 |
| Non | 91 | 83 |
| Avez-vous déjà entendu parler de la DPP | | |
| Oui | 71 | 65 |
| Non | 38 | 35 |
| Par quel intermédiaire avez-vous été informée sur la DPP | | |
| Par votre médecin | 00 | 00 |
| Par une sage-femme | 00 | 00 |
| Par un proche | 36 | 33 |
| Sur des forums internet | 29 | 28 |
| Dans des livres de puériculture | 05 | 05 |
| Dans des magazines | 00 | 00 |
| Durant les cours de préparation à la naissance | 00 | 00 |
| Je n'ai eu aucune information sur le sujet | 38 | 35 |
| Si vous étiez en détresse psychique ou morale, sauriez-vous vers qui vous tournez ? | | |
| Oui | 75 | 69 |
| Non | 34 | 31 |
| Souhaiteriez-vous avoir une fiche écrite donnant quelques informations sur le sujet : | | |
| Oui | 17 | 16 |
| Non | 92 | 84 |

V. DISCUSSION :

DISCUSSION :

Cette section revient sur les objectifs, et les principaux résultats de l'étude. Elle apporte des pistes d'explication bidirectionnelles des résultats obtenus et effectue des liens entre ces résultats et les écrits scientifiques. Elle aborde enfin les forces et les limites du travail réalisé.

La présente étude visait à explorer la prévalence de la DPP Au niveau de LEHS mere et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla et les facteurs pouvant être associés à la présence de symptômes dépressifs au moment du postpartum.

1. PREVALENCE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE ET LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIES :

1.1.PREVALENCE DE LA SYMPTOMATOLOGIE DEPRESSIVE :

La dépression post-partum est l'une des psychopathologies les plus fréquentes ⁴⁹

Dans notre étude, 32.11% des participantes appartenaient au groupe à risque de DPP. Autrement dit, elles avaient un score supérieur ou égal à 11/30 à l'EPDS a T1. Ces résultats sont nettement élevés à ceux de l'étude de F. Teissèdre et H. Chabrol (2004) qui notait que 19% des femmes interrogées avaient un résultat supérieur ou égal à 11/30, et supérieur aussi à ceux de l'étude tunisienne.

Dans notre série a T2 la prévalence de la symptomatologie dépressive était à 13.76% qui est relativement inférieure à celle du Népal (2012) ⁵⁰avec un pourcentage de 19.4 % et à celle de l'étude tunisienne 19.8% .

Tableau 11 : comparaison EPDS a T1 et a T2

| | Notre étude 2021 (n=109) | Tunisie 2014 (n=126)⁵¹ |
|------------------|-------------------------------------|--|
| EPDS a T1 | 32.11% | 15.9% |
| EPDS a T2 | 13.76% | 19.8% |

1.2.FACTEURS DE RISQUES :

1.2.1. FACTEURS PSYCHIATRIQUES :

1.2.1.1 ATCD PERSONNELS DE DEPRESSION :

Un antécédent personnel de dépression en post-partum ou en dehors de la période périnatale, constitue le facteur de risque majeur. Des antécédents psychiatriques personnels ou familiaux sont également identifiés comme des déterminants de la DPP.⁵²

Parmi les femmes interrogées, 12% déclaraient avoir un antécédent de dépression. Ce taux est nettement inférieur à celui de l'étude française.

Tableau 12 : comparaison des ATCD personnels de dépression

| | Notre étude (n=109) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁵³ |
|--------------------------------------|------------------------|---|
| ATCD personnels de dépression | 12% | 21% |

1.2.1.2. ATCD DE DPP :

La DPP récidive dans 50 à 62% des cas ⁵⁴.La majorité des études a démontré un lien direct entre des antécédents de DPP et un risque plus élevé du développement d'une nouvelle DPP.⁵⁵

Notre pourcentage d'antécédent de DPP était de 13% qui est supérieure de celui de l'étude iranienne (7.5%)

Tableau 13 : comparaison des ATCD de DPP

| | Notre étude 2021 n=(109) | IRAN 2018 n=(306) ⁵⁶ |
|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|
| ATCD DPP | 13% | 7.5% |

1.2.2. GROSSESSE :

1.2.2.1. SUIVI DE GSS :

- ❖ Pour le suivi de Gss était régulier chez 92% des femmes de notre étude, les mêmes résultats sont approximativement retrouvés dans l'étude française.

Tableau 14 : comparaison du suivi de Gss

| | Notre étude n=(109) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁵⁷ |
|------------------------------------|------------------------|---|
| Un suivi régulier de la Gss | 92% | 92.3% |

1.2.2.2. LES MODALITES DE GSS :

Ce qui est déjà connu : Les femmes qui conçoivent avec une procréation médicalement assistée, qui peut être considérée comme un événement stressant de la vie, pourraient faire face à un risque accru de symptômes dépressifs.⁵⁸

Dans notre série nous remarquons, dans les réponses récoltées, 09% des grossesses découlaient d'une PMA, rejoignant ainsi les données françaises 6.3%.

Tableau 15 : comparaison des modalités de Gss

| | Notre étude 2021 n=(2021) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁵⁹ |
|---|------------------------------|---|
| Gss suite à une aide médicale à la procréation | 09% | 6.3% |

1.2.3. COMPLICATIONS LORS DE L'ACCOUCHEMENT :

Plusieurs études ont évalué l'association de la césarienne et de la DPP. Selon les résultats de certaines études, le type d'accouchement est associé à la DPP. Les mères qui subissent un accouchement par voie basse ont un risque plus faible de développer une DPP que les mères avec une césarienne. D'autres études ont rapporté une incidence plus élevée de DPP chez les mères avec une césarienne d'urgence par rapport à la césarienne programmée et à la voie basse.⁶⁰

D'autres études montrent que les femmes ayant des antécédents de complications obstétricales traumatiques ont plus de risque de développer une dépression à la grossesse suivante.⁶¹

Parmi les femmes interrogées, 11% ont eu une césarienne en urgence ce taux est inférieur à celui de l'étude égyptienne 29.1%

Tableau 16 : comparaison concernant la césarienne en urgence

| | Notre etude 2021 n=(109) | Egypte 2016 n=(370) ⁶² |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| Cesarienne en urgence | 11% | 29.1% |

1.2.4. FACTEURS OBSTETRIC AUX PATHOLOGIQUES :

La naissance prématurée a été associée à des troubles dépressifs du post-partum. Donc les mères de prématurés par rapport aux enfants nés à terme ont eu une grossesse compliquée par la pré-éclampsie et la rupture prématurée des membranes, et elles accouchent le plus souvent par une césarienne, en particulier par césarienne d'urgence.⁶³

La prématurité était présente chez 05% des parturientes, ce qui est comparable par rapport aux résultats de l'étude iranienne

Tableau 17 : comparaison des N-né prématurés

| | Notre étude 2021 n=(109) | IRAN 2018 n=(306) ⁶⁴ |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| N-né prématurés | 05% | 8.5% |

1.2.5. FACTEURS ENDOCRINIENS :

Une grossesse non désirée ou non planifiée, une grossesse pathologique (diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, malformation fœtale, accouchement prématuré) ainsi qu'un tempérament difficile de l'enfant augmentent le risque de survenue d'une DPP.⁶⁵

Il a été bien démontré que la dépression peut contribuer à un mauvais contrôle glycémique et à des taux accrus de complications diabétiques, tandis que le diabète peut être impliqué dans la physiopathologie de la dépression, soit en raison de la détresse liée au fardeau de la maladie, soit via des mécanismes inflammatoires intrinsèques.⁶⁶

Du point de vue des mécanismes physiologiques, un métabolisme anormal du glucose pourrait induire une dysrégulation partielle de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et augmenter les réponses inflammatoires induites par les cytokines, qui sont considérées comme étant associées à la dépression.⁶⁷

Dans notre étude 10% des femmes présentaient des ATCD de diabète ce taux est nettement inférieur à celui de l'étude faite à Chicago 43.6%.

Tableau 18 : comparaison des ATCD de diabète

| | Notre étude 2021 n=(109) | Chicago 2014 n=(305) ⁶⁸ |
|------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| ATCD DE DIABETE | 10% | 43.6% |

1.2.6. FACTEURS SOCIO DEMOGRAPHIQUE ET ENVIRONNEMENTAUX :

Un bas niveau socio-économique, un isolement social (manque de soutien social, mère célibataire), des conflits conjugaux, un évènement de vie stressant récent (divorce, décès...), un âge maternel aux extrêmes des périodes de fertilité et des antécédents de maltraitance, d'abus sexuel, de traumatisme, constituent des facteurs de vulnérabilité de DPP.⁶⁹

a) AGE :

93% des parturientes de notre étude étaient comprises dans la tranche d'âge de 18-40 ans, les mêmes résultats sont approximativement retrouvés dans l'étude française.

Tableau 19 : comparaison de l'âge des parturientes.

| | Notre étude 2021 n=(109) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁷⁰ |
|-------------------------|--------------------------|--|
| Age de 18-40 ans | 93% | 97.6% |

b) situation familiale :

Il a été mis en évidence que les femmes enceintes célibataires qui n'ont pas de compagnon ou de cohabitant était un facteur de vulnérabilité, qui augmentait le risque de développer une DPP.⁷¹

Dans notre série toutes les parturientes sont mariées ce taux est supérieur à celui de l'étude française dont 5.8% n'étaient pas en couple.

c) Facteurs relationnels :

Une relation conjugale conflictuelle peut influencer le moral de la mère et, favoriser le développement d'une dépression postpartum chez la mère. De même, la santé émotionnelle des mères pendant la grossesse, le soutien social ou une relation conflictuelle avec leur propre mère peut favoriser une DPP.⁷²

L'absence de soutien social serait liée de façon significative à la présence de problèmes psychologique .⁷³

De plus, le soutien de la part de son compagnon ou d'une personne extérieure au moment de l'accouchement entraîne une meilleure estime d'elle-même chez la mère et une diminution des manifestations d'anxiété et de dépression.⁷⁴

Dans notre série 95% des femmes avaient un réseau de soutien familial ce taux rapproche de celui de l'étude iranienne.

17% des femmes de notre étude ont déclaré le vécu d'une violence conjugale, ce taux est nettement inférieur à celui de l'étude iranienne 51.3%.

Tableau 20 : comparaison des facteurs relationnels

| | Notre étude 2021 n=(109) | IRAN 2018 n=(306) ⁷⁵ |
|--|-----------------------------|------------------------------------|
| Présence d'un réseaux de soutien familial | 95% | 89.5% |
| Violence conjugale | 17% | 51.3% |

1.2.7. FACTEURS NEONATAUX :

Des études ont montré l'impact de l'état de santé du nouveau-né sur le moral maternel. Les mères de nourrissons prématurés ont un plus grand risque de développer une dépression postpartum que les mères de nourrissons nés à terme. ...etc.⁷⁶

Aussi que les femmes qui ont vécu la mort d'un fœtus ou d'un nourrisson présentaient un risque élevé de développer des symptômes de DPP comparativement aux autres femmes.⁷⁷

Dans notre population étudiée, 12% des femmes avaient décrit une prise en charge en urgence de leur enfant à la naissance et 07% des nouveau-nés étaient hospitalisés en néonatalogie, ces résultats sont comparables à ceux de l'étude française

Tableau 21 : comparaison des facteurs néonataux

| | Notre étude 2021 n=(109) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁷⁸ |
|---|-----------------------------|---|
| PEC EN URGENCE A LA NAISSACE | 12% | 13.9% |
| NNE HOSPITALISE EN NEONATALGIE | 07% | 9.1% |

2. L'INFORMATION SUR LA DPP :

2.1. ÉTAT DES LIEUX SUR LA CONNAISSANCE SUR LA DPP

Chez les femmes participantes à l'étude, 65% avaient déjà entendu parler de la DPP. Ce taux est nettement inférieur à celui de l'étude française dont on retrouve un pourcentage de 75.5%.

2.2. LES SOURCES D'INFORMATION SUR LA DPP : UNE OPPORTUNITE DE PREVENTION A SAISIR DU COTE DES PROFESSIONNELS ?

Notons que l'étude de D. Nielsen Forman, P. Videbech, M. Hedegaard, J. Dalby Salvig et N.J. Secher a déclaré l'absence de PNP comme facteur de risque de DPP.⁷⁹

La participation à des cours de PNP, la réalisation EPN, l'information sur la DPP par les professionnels de santé étaient quasi nulle dans notre étude.

Tableau 22 : comparaison concernant PNP, EPN, l'info sur la DPP

| | Notre étude n=(109) | Audrey Varin France 2015 (n=208) ⁸⁰ |
|---|------------------------|---|
| Participation à des cours de PNP | 01% | 60.6% |
| Réalisation EPN | 00% | 42.8% |
| Information sur la DPP par les professionnels de sante | 00% | 24% |

C- VERS QUI SE TOURNER EN CAS DE MAL-ETRE PSYCHIQUE ?

Parmi les femmes de notre étude, 69% déclaraient savoir vers qui se tourner en cas de détresse psychique ou morale. Ce taux se rapprocherait de celui de l'étude française (75.5%). Ce chiffre est plutôt étonnant et rassurant. Contrairement au corps médical qui ne saurait pas toujours où adresser une femme souffrant de DPP...⁸¹

LES FORCES ET LES LIMITES DE L'ETUDE :

- ✓ Tout d'abord, la principale limite est posée par la taille de l'échantillon et la courte durée d'étude qui pourraient avoir induit un manque de puissance statistique.
- ✓ La réticence de la majorité des femmes en ce qui concerne la participation à l'étude.
- ✓ La nature hospitalière de la population où y avait 04 parturientes dans la même chambre au niveau de la maternité et le manque d'intimité rendent les femmes incapables de répondre à certaines questions voir malhonnêtes.
- ❖ Alors que la force de notre étude résidait dans son caractère original. Il s'agit de la première étude sur la prévalence de la DPP, réalisée à notre wilaya Ouargla et à notre pays l'Algérie.

VI. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

CONCLUSION

La dépression du post partum est une complication psychiatrique fréquente après l'accouchement avec un retentissement sur la mère et son nouveau-né

Vu l'importance ce sujet et l'absence des études faites à propos de ce dernier en Algérie, nous avons jugé utile de faire cette étude dont l'objectif est de déterminer la prévalence de la DPP au niveau de LEHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla, et les facteurs favorisant la survenue de la DPP, à travers une études prospective descriptive durant la période du 01 décembre 2021 au 28 février 2022.

109 parturientes ont été recrutée, Les données sont collectées par un questionnaire (EPDS), plus que des renseignements qui ont été mis sur une fiche technique et analyser sur des tableaux et des graphes sur Excel 2016.

Les résultats de notre étude montrent que 93% des femmes avaient un âge entre 18-40 ans. 13.76% avaient un EPDS ≥ 11 . Environ 12% présentaient des ATCD de dépression. Des ATCD de DPP sont retrouvés chez 13%. 05% ont eu un accouchement prématuré. 11% ont eu une césarienne en urgence. 95% ont un réseau de soutien familial. Aucune femme n'a réalisé un EPN. Une seule femme a participé à des cours de PNP. Aucune femme n'a été informé par les professionnels de la santé sur la DPP.

Au terme de cette étude, et en comparant nos résultats avec ceux des autres études, on a constaté que la prévalence de DPP a L EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS OUARGLA est estimée à 13.76% % ce qui rejoint les données de la littérature avec une prévalence comprise entre 5-20%.

Et pour une meilleure prévention et dépistage, il est primordial de sensibiliser les femmes à travers les consultations prénatales et post natales et pourquoi pas par les cours de PNP. Insistons aussi sur la bonne orientation des femmes par les professionnels de santé quand c'est nécessaire

Enfin ces résultats méritent d'être complétés par d'autres études plus larges afin d'identifier les facteurs de risque du DPP dans la population d'Ouargla.

RECOMMANDATIONS :

Pour mieux guider les stratégies de prévention et de dépistage, il est important de connaître la prévalence des facteurs de risque de la DPP. C'est pour cela on vous recommande :

-La formation initiale et continue du personnel qui que ce soit : infirmières, sages-femmes, médecins, gynécologues et mêmes les pédiatres, en ce qui concerne la DPP

-Encourager les consultations prénatales et la participation à des cours de PNP pour les femmes mais aussi que pour les couples

- La mise en route d'un programme de dépistage et de prévention de la DPP en identifiant les femmes à haut risque de développer une DPP, et les intégrer dans un programme de surveillance et de dépistage adaptés

-D'intégrer le score EPDS dans l'ensemble de services de routine pendant la période des soins prénataux et postnataux, car il prend très peu de temps et il est prouvé qu'il est efficace pour identifier les mères à risque plus élevé de DPP

-De plus, nous recommandons d'accroître la sensibilisation et la connaissance des deux : les mères et les travailleurs de la santé concernant ce problème, car les infirmières, sages-femmes, les médecins qui se trouvent au niveau des services de santé maternelle et infantile ont marqué un manque de connaissances appropriés sur la DPP.

-Enfin, nous recommandons que d'autres recherches soient menées dans ce domaine, y compris des études de suivi avec des échantillons plus grands pour déterminer les facteurs de risque de DPP, des études sur les mesures appropriées de prévention et de traitement de la DPP chez les mères. Et des recherches qualitatives pour mieux comprendre les sentiments et les expériences des mères pendant la grossesse et après l'accouchement.

ANNEXES

ANNEXE A : EPDS

Arabic

| | |
|-------------------------|-----------|
| Last Name | |
| First Name | |
| PHN# | MRN# |
| Birthdate (dd-Mon-yyyy) | Physician |



مقياس إدينبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة (العربية) (The Edinburgh Postnatal Depression Scale)

| التعليمات (Instructions) |
|--|
| <p>لقد زُرقت بطفل مؤخراً، ولذلك نود أن نعرف كيف تشعرين الآن. يُرجى وضع خط تحت واحدة من الإجابات التي تعبر بطريقة أدق عن كيفية شعورك في الأيام السبعة (7) الماضية، وليس لشعورك اليوم فحسب. إليك مثالاً قد تمت الإجابة عنه بالفعل:</p> <p>لقد شعرت بأثني سعيدة: نعم كل الأوقات نعم معظم الأوقات كلا، ليس في أحوال كثيرة كلا أبداً</p> <p>وهذا يعني: "لقد شعرت بأثني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي". يرجى أن تكلمي الأسئلة الأخرى بالطريقة ذاتها.</p> <p>خلال الأيام السبعة (7) الماضية (نرجو أن تضعي خطاً تحت أحد الأجوبة التالية): (In the Past 7 days (Choose ONE))</p> |
| <p>1. لقد كنت قادرة على الضحك وروية الجانب المشرق من الأشياء: بالمقدار نفسه الذي استمتعته من قبل ليس تماماً بالمقدار نفسه الآن قطعاً ليس بالمقدار نفسه الآن كلا، مطلقاً</p> |
| <p>2. لقد تطلعت إلى الأمور بتمعن بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى أقل نوعاً ما مما اعتدته قطعاً أقل مما اعتدته نادراً أبداً</p> |
| <p>3. لقد لمت نفسي ذون داع عندما سارت الأمور على غير ما يرام: نعم في معظم الأحيان نعم في بعض الأحيان ليس في أحوال كثيرة كلا، أبداً</p> |
| <p>4. لقد كنت قلقة ومشغولة الليل دون سبب وجيه كلا، أبداً نادراً نعم في بعض الأحيان نعم في أحوال كثيرة</p> |
| <p>5. لقد شعرت بالخوف والذعر دون سبب وجيه نعم، أكثر الأحيان نعم، في بعض الأحيان كلا، ليس كثيراً كلا، أبداً</p> |

Side A

Arabic

| | |
|-------------------------|-----------|
| Last Name | |
| First Name | |
| PHN# | MRN# |
| Birthdate (dd-Mon-yyyy) | Physician |



مقياس إدينبرغ لاكتئاب ما بعد الولادة (العربية)
(The Edinburgh Postnatal Depression Scale)

| | |
|---|--------------------|
| <p>خلال الأيام السبعة (7) الماضية (مستمر) (تريخو أن تضميني خطأ تحت أحد الأوجوه التالية): (In the Past 7 days Continued (Choose ONE))</p> | |
| <p>6. تركت الأعمال عليّ، فلم أستطع القيام بها كلها: نعم، في معظم الأحيان لم أستطع القيام بها نعم، في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد كلا، لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان كلا، لقد استطعت القيام بها كالمعتاد</p> | |
| <p>7. لقد كنت غير سعيدة لدرجة أنه كانت لدي صعوبة في النوم نعم، في معظم الأحيان نعم، في بعض الأحيان ليس كثيراً كلا، أبداً</p> | |
| <p>8. لقد شعرت بالثقل لسبب سعيدة أو بائسة: نعم، في معظم الأحيان نعم، أكثر الأحيان كلا، ليس أكثر الأحيان كلا، أبداً</p> | |
| <p>9. لقد كنت غير سعيدة وشعرت بالهم مرير لدرجة أنني كنت أكي: نعم، في معظم الأحيان نعم، أكثر الأحيان فقط من وقت إلى آخر كلا، أبداً</p> | |
| <p>10. لقد خطرت لي فكرة إلحاق الأذى بنفسي: نعم، أكثر الأحيان نعم، في بعض الأحيان نادراً كلا، مطلقاً</p> | |
| Administered/Reviewed by | Date (yyyy-Mon-dd) |
| Score | |

Alberta Health Services collects information about you in accordance with Section 20 of the Health Information Act (HIA) for the purpose of providing you health services, determining your eligibility for health services, or to carry out any other purpose authorized by the HIA. Your information will be collected directly from you, except in the limited circumstances where we are authorized by the HIA to indirectly collect such information. If you have any questions about this collection, please ask your care provider or contact Maureen Devolin, Director, Healthy Children and Families telephone 403-943-6704.

© 1987 The Royal College of Psychiatrists, Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry, 150, 782-786. Written permission must be obtained from the Royal College of Psychiatrists for copying and distribution to others or for republication (in print, online or by any other medium).

ANNEXE B : FICHE TECHNIQUE

Fiche technique

| | Date | N°d'ordre |
|--|--------|-----------|
| Nom | Prénom | |
| Adresse | | |
| Tel | | |
| 1. Âge : | | |
| <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans | | |
| <input type="checkbox"/> Entre 18 et 40 ans | | |
| <input type="checkbox"/> Plus de 40 ans | | |
| 2. Niveau d'études : | | |
| <input type="checkbox"/> Sans Diplôme | | |
| <input type="checkbox"/> Primaire/ Moyen | | |
| <input type="checkbox"/> Terminal | | |
| <input type="checkbox"/> Universitaire | | |
| 3. Situation professionnelle : | | |
| <input type="checkbox"/> Femme au foyer. | | |
| <input type="checkbox"/> Femme active. | | |
| 4. Situation Familiale | | |
| <input type="checkbox"/> Célibataire | | |
| <input type="checkbox"/> Mariée | | |
| <input type="checkbox"/> Divorcée | | |
| <input type="checkbox"/> Veuve | | |
| 5. Age de mariage | | |
| <input type="checkbox"/> Moins de 18 ans | | |
| <input type="checkbox"/> Entre 18 et 40 ans | | |
| <input type="checkbox"/> Plus de 40 ans | | |
| 6. G (gestité)/P (parité) : | | |
| <input type="checkbox"/> G..... <input type="checkbox"/> P..... | | |
| 7. Âge du nouveau né (jours) | | |
| 8. sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Fémin | | |
| 9. Antécédents personnels de dépression : | | |
| <input type="checkbox"/> Oui | | |
| <input type="checkbox"/> Non | | |

10. Antécédents personnels de dépression du post partum :

- Oui
- Non

11. Notion de prise des antidépresseurs :

- Oui
- Non

12. Antécédents personnels de suivie chez un psychologue ou un psychiatre :

- Oui
- Non

13. Antécédents toxiques (tabac, alcool, psychotropes ou autres)

- Oui
- Non

14. Antécédents familiaux psychiatriques :

- Oui
- Non

15. Présence d'un réseau de soutien de l'entourage :

- Direct (conjoint + famille) : Oui Non
- Indirect (amis + collègues de travail) : Oui Non

16. notion de violences conjugales :

- Oui
- Non

17. Antécédents obstétricaux pathologiques :

- Mort in utero : Oui Non
- Malformations fœtales : Oui Non
- Interruptions de grossesse : Oui Non
- Prématurité : Oui Non

18. Antécédents endocriniens pathologiques :

- Diabète : Oui Non
- HTA : Oui Non
- pathologies thyroïdiennes : Oui Non
- Autres :.....

19. C'est une grossesse :

- Spontanée
- Qui fait suite à une aide médicale à la procréation.

20. le suivi de la grossesse était :

- Un suivi régulier (1 fois/mois)
- Pas de suivi
- Autre :

21. Pour votre grossesse, vous avez été suivi par

- Une sage-femme
- Un gynécologue obstétricien
- Un médecin traitant

22. Avez-vous réalisé un entretien prénatal précoce avec une sage-femme ou un médecin

- Oui
- Non

23. Avez-vous participé à des cours de préparation à la naissance et à l'accouchement pour cette grossesse?

- Oui.
- Non.

24. La mise en travail a été :

- Spontanée
- Induite médicalement
- Une césarienne programmée

25. Y a-t-il eu une complication lors de votre accouchement :

- Une césarienne en urgence
- L'utilisation de forceps
- Une hémorragie
- Aucune complication

26. Votre enfant a-t-il nécessité une prise en charge en urgence à la naissance ?

- Oui
- Non

27. Votre enfant est :

- Auprès de vous
- Hospitalisé en néonatalogie

28. l'allaitement est un :

- Allaitement maternel
- Allaitement mixte
- Allaitement artificiel

29. Avez-vous déjà entendu parler de la dépression du postpartum ?

- Oui
- Non

30. Par quel intermédiaire avez-vous été informée sur la dépression du postpartum ?

- Par votre médecin
- Par une sage-femme
- Par un proche
- Sur des forums internet
- Dans des livres de puériculture
- Dans des magazines
- Durant les cours de préparation à la naissance
- Je n'ai eu aucune information sur le sujet

31. Si vous étiez en détresse psychique ou morale, sauriez-vous vers qui vous tournez ?

- Oui, précisez vers qui :
- Non

32. Souhaiteriez-vous avoir une fiche écrite donnant quelques informations sur le sujet :

- Oui
- Non

- Score obtenu à l'EPDS =..... /30.

- DPP dépistée Oui Non

RESUME

HAOUED MOUISSA Nour

**PREVALENCE ET FACTEURS DE RISQUES DE
LA DEPRESSION DU POST PARTUM AU NIVEAU
DE LEHS MERE ET ENFANT OMAR BOUKHRIS OUARGLA**

DU 1^{er} Dec 2021 AU 28 Fev 2022

Mémoire de fin d'études pour l'obtention du DOCTORAT EN MEDECINE

Introduction :

La dépression du post partum (DPP) est une complication psychiatrique fréquente après l'accouchement avec un retentissement sur la mère et son nouveau-né.

Son mécanisme est encore inconnu. Cependant, des études épidémiologiques ont pu identifier plusieurs facteurs qui peuvent influencer sa survenue. L'objectif de notre travail est de déterminer la prévalence et les facteurs de risques de la DPP au niveau de l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS OUARGLA

Matériel et méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive prospective réalisée chez 109 femmes parmi les femmes ayant accouché à l'EHS mère et enfant Omar BOUKHRIS Ouargla, sur une période de 3 mois allant de 1^{er} décembre 2021 au 28 février 2022, un mois de recrutement et deux mois de suivi.

Résultats :

Les résultats de notre étude montrent que 93% des femmes avaient un âge entre 18-40 ans. 13.76% avaient un EPDS \geq 11 à T2. Environ 12% présentaient des ATCD de dépression. Des ATCD de DPP sont retrouvés chez 13%. 05% ont eu un accouchement prématuré. 11% ont eu une césarienne en urgence. 95% ont un réseau de soutien familial. Aucune femme n'a réalisé un EPN. Une seule femme a participé à des cours de PNP. Aucune femme n'a été informée par les professionnels de la santé sur la DPP.

Conclusion :

La prévalence de DPP au niveau de la maternité de OUARGLA est estimée de 13.76% ce qui rejoint les données de la littérature avec une prévalence comprise entre 5-20%. Pour une meilleure prise en charge notre étude suggère que les femmes devraient faire l'objet d'un dépistage précoce pendant les visites prénatales et postnatales afin de déterminer celles qui présentent un risque accru de développer une DPP.

Mot clé : dépression post partum, prévalence, facteurs de risques, OUARGLA.

Encadrant : DJOUADI Abdellah

Année universitaire 2021-2022

-
- 1 Mouna Coulibaly, L'état de stress post-traumatique en périnatalité. État des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes,2019 p1
- 2 Saba Mughal, Yusra Azhar , Waquar Siddiqui , Postpartum Depression , 2021
- 3 J. MASMOUDI, S. TRABELSI, F. CHARFEDDINE, A. JAOUA, LA DEPRESSION DU POST PARTUM,p7
- 4 Anouchka GILLES, La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine,2015 p 19
- 5 <https://www.platormepsylux.be/troubles-et-maladies/depression-du-post-partum/>
- 6.https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_4_definition_de_ledc_selon_le_dsm-5_proposition_de_traduction.pdf
- 7 Anouchka GILLES, La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine,2015 p 20
- 8 C. Agbokou, F. Ferreri, P. Nuss, C.-S. Peretti ; Clinique des dépressions maternelles postnatales ; © 2011 Elsevier Masson SAS ; p2 (7) consulte le 31 07 2021
- 9 Donna E. Stewart, Simone N. Vigod ; Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics 2019 Annual Review of Medicine ; p187 (553)
- 10 C. Agbokou, F. Ferreri, P. Nuss, C.-S. Peretti ; Clinique des dépressions maternelles postnatales ; © 2011 Elsevier Masson SAS ; p2 (7) consulte le 31 07 2021
- 11 Arch Argent Pediatr 2020;118(3):154-155 / 154
- 12 C. Agbokou, F. Ferreri, P. Nuss, C.-S. Peretti, Clinique des dépressions maternelles postnatales,
- 13 (Jennifer L. Paynea , Jamie Maguireb,* Frontiers in Neuroendocrinology Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression 2019 p166)
- 14 (Anouchka GILLES La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine 2015 p 32)
- 15 Louise Séguin et Louise Cossette, La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux, 2022, p154-155
- 16 (Anouchka GILLES La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine 2015 p 32)
- 17 J. MASMOUDI, S. TRABELSI, F. CHARFEDDINE, A. JAOUA, LA DEPRESSION DU POST PARTUM,P11
- 18 Donna E. Stewart,and Simone N. Vigod, Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics, 2019 by Annual Reviews.p188

19 S. Tebeka, B. Pignon, Y. Le Strat, M. De Pradier, C. Dubertret, Dépression du post-partum, janvier-février 2013, p 32

20 (GABRIELLE NICOLE, LA DÉPRESSION POSTNATALE, UN DIAGNOSTIC SPÉCIFIQUE? ÉTUDE DE LA PRÉSENCE DE SYMPTÔMES DE DÉPRESSION CHEZ LES MÈRES DANS LES CINQ ANNÉES SUIVANT L'ACCOUCHEMENT,2010,p26)

21 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews p388

22 Donna E. Stewart, and Simone N. Vigod, Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics,2019 by Annual Reviews.p188

23 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews p388-389

24 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews,p389

25 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews,p389

26 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews,p389-p390

27 Michael W. O'Hara and Jennifer E. McCabe, Postpartum Depression: Current Status and Future Directions, 2013 by Annual Reviews,p390

28 Donna E. Stewart, and Simone N. Vigod, Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics,2019 by Annual Reviews.p188

29 J. MASMOUDI, S. TRABELSI, F. CHARFEDDINE, A. JAOUA, LA DEPRESSION DU POST PARTUM,p11

30 Anouchka GILLES, La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine, 2015 p44,45

31 J. MASMOUDI, S. TRABELSI, F. CHARFEDDINE, A. JAOUA, LA DEPRESSION DU POST PARTUM, p11

32 Donna E. Stewart^{1,2,3,4} and Simone N. Vigod, Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics,2019 p184,185

33 S. Tebeka, B. Pignon, Y. Le Strat, M. De Pradier, C. Dubertret, Dépression du post-partum, janvier-février 2013, p 31

34 Camille A. Clare, MD, MPH,* and John Yeh, MD, Postpartum Depression in Special Populations: A Review,2012,p314

35 Susanne Brummelte a, *, Liisa A.M. Galea b, Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care, 2015 p157

36 Camille A. Clare, MD, MPH,* and John Yeh, MD, Postpartum Depression in Special Populations: A Review,2012,p314

37 Anouchka GILLES, La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine,2015 p 61/119

38 (Teri Pearlstein, MD; Margaret Howard, PhD; Amy Salisbury, PhD; Caron Zlotnick, PhD American Journal of Obstetrics & Gynecology april 2009 p357)

39 (Romain Dugravier, CAPEDP : une étude longitudinale périnatale évaluant une intervention à domicile de prévention de la dépression postnatale et des troubles de la relation mère-enfant auprès d'une populationde femmes présentant des critères de risque psychosociaux 2015 p40 /,101)

40 Pierre Dalibon, Le post-partum, une période de transition 2017 Elsevier Masson

41 George H. Stewart, Luis Aaron Gadama² , Vanessa Kerry Puerperal Psychosis: A brief review and unusual case report 2019 p161

42 Post partum depression Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology Acta Obstet Gynecol Scand. 2020;99:423–425.p424

43 Mouna Coulibaly, L'état de stress post-traumatique en périnatalité. État des lieux des connaissances et des pratiques des sages-femmes,2019,p2

44 Anouchka GILLES, La Dépression Post Partum : Dépistage, Diagnostic, Prise en Charge et Rôle du Pharmacien d'Officine,2015,p67

45 Sophia D. Falana, BSN, RN*, Jane M. Carrington, Postpartum Depression Are You Listening? , 2019 Elsevier p 564

46 Acta *Obstetrics Gynecology Scand.* 2020;99:p425.

47 Emily B. Kroska, PhDa, Zachary N. Stowe, Postpartum Depression Identification and Treatment in the Clinic Setting, 2020 Elsevier In,p413-414

48 Acta *Obstetrics Gynecology Scand.* 2020;99:p425.

49 Tiago Castro e Couto, Mayra Yara Martins Brancaglion, António Alvim-Soares, Lafaiete Moreira, Frederico Duarte Garcia, Rodrigo Nicolato, Regina Amélia Lopes P Aguiar, Henrique Vitor Leite, Humberto Corrêa, Postpartum depression: A systematic review of the genetics involved,2015,p103

50 N Budhathoki 1, M Dahal, S Bhusal, H Ojha, S Pandey, S Basnet, Violence against women by their husband and postpartum depression,2012

51 R. Cherif a, *, I. Feki a , H. Gassara b , I. Baati a , R. Sellami a , H. Feki c , K. Chaabene b , J. Masmoudi a, Symptomatologie dépressive du post-partum : prévalence, facteurs de risque et lien avec la qualité de vie,2014

52 Giulia Scotta, Ocytocine et dépression du post-partum : état des connaissances et revue non exhaustive de la littérature,2019,P27

53 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

54 Caroline Messenger Cornec, Étude de faisabilité du dépistage de la dépression du post-partum, dans la population des accouchées finistériennes, par la passation du questionnaire d'Edimbourg par voie de courriel, un mois après l'accouchement. Étude prospective observationnelle de cohorte, multicentrique (maternités du Finistère), avec étude cas-témoins nichée dans la cohorte, du 1er novembre 2017 au 31 janvier 2018,p28

55 D. Amaru et O. Le Bon, La dépression du post-partum : corrélats et facteurs prédictifs,2014,P14

56 Fatemeh Mousavi and Parisa Shojaei* Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis

57 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

58 F. Gressier^{1,2,*}, A. Letranchant¹, O. Cazas¹, A.L. Sutter-Dallay³, B. Falissard⁴, and P. Hardy^{1,2}, Post-partum depressive symptoms and medically assisted conception: a systematic review and meta-analysis,2015

59 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

60 Hossein Moameria , Mohsen Ostadghaderia , Elham Khatoonia , Amin Doosti-Irani, Association of postpartum depression and cesarean section: A systematic review and meta-analysis, 2019

61 R. Cherif et al. / Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie 45 (2017) 528–534,p533

62 Heba Kamal Meky, Mohamed Mokhtar Shaaban, Magdy Refaat Ahmed & Tamer Yahia Mohammed, Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study

63 PolinaGirchenko^{1*}, Rachel Robinson¹ , Ville Juhani Rantalainen¹ , Marius Lahti-Pulkkinen^{1,2,3}, Kati Heinonen-Tuomaala^{1,4}, Sakari Lemola^{5,6}, DieterWolke⁵ , Daniel Schnitzlein^{7,8}, Esa Hämäläinen⁹ , Hannele Laivuori^{10,11,12,13}, Pia M.Villa¹⁴, Eero Kajantie^{15,16} & Katri Räikkönen, Maternal postpartum depressive symptoms partially mediate the association between preterm birth and mental and behavioral disorders in children,2022,p2

64 Fatemeh Mousavi and Parisa Shojaei* Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis

65 Giulia Scotta, Ocytocine et dépression du post-partum : état des connaissances et revue non exhaustive de la littérature,2019,P28

66 Emily S. Miller^{1,2} & Marisa R. Peri¹ & Dana R. Gossett ^{1,2}, The association between diabetes and postpartum depression,2015

67 Aleksi Ruohomäkia,* , Elena Toffolb,c , Subina Upadhyayad , Leea Keski-Nisulae,f , Juha Pekkaneng,h , Jussi Lampig,i , Sari Voutilainenj , Tomi-Pekka Tuomainenj , Seppo Heinonenk,l , Kirsti Kumpulainenm, Markku Pasanenn , Soili M. Lehto, The association between gestational diabetes mellitus and postpartum depressive symptomatology: A prospective cohort study,2018

68 Emily S. Miller^{1,2} & Marisa R. Peril & Dana R. Gossett ^{1,2}, The association between diabetes and postpartum depression,2015

69 Giulia Scotta, Ocytocine et dépression du post-partum : état des connaissances et revue non exhaustive de la littérature,2019,P27

70 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

71 Farah Hachani, Quelle place pour les oméga 3 dans la dépression du post-partum ?,2019,P10

72 Farah Hachani, Quelle place pour les oméga 3 dans la dépression du post-partum ?,2019,P10

73 Louise Séguin et Louise Cossette, La dépression post-natale : les facteurs socio-environnementaux,1991,p157

74 Farah Hachani, Quelle place pour les oméga 3 dans la dépression du post-partum ?,2019,P11

75 Fatemeh Mousavi and Parisa Shojaei* Postpartum Depression and Quality of Life: A Path Analysis

76 Farah Hachani, Quelle place pour les oméga 3 dans la dépression du post-partum ?,2019,P11

77 Pamela J. Surkan, ScD,^{a,b} Kwame Sakyi, MSPH,^b Donna M. Strobino, PhD,^c Sucheta Mehra, MSc,^a Alain Labrique, PhD,^a Hasmat Ali, MPH,^d Barkat Ullah, MPH,^d Lee Wu, MHS,^a Rolf Klemm, DrPH,^a Mahbubur Rashid, PhD,^a Keith P. West, DrPH,^a Parul Christian, DrPH, Depressive symptoms in mothers following peri-natal and early infant loss in rural Bangladesh: A population-based study,2016,p2

78 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

79 Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig, Secher NJ. Postpartum depression : identification of women at risk. Brit J Obstet Gynaec. 2000 Oct ; 107 ; 1210-1217

80 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015

81 Audrey Varin, La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen,2015,p32