



## Table des matières

I. INTRODUCTION .....	7
II. DIAGNOSTIC SELON LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION ACTUELS.....	10
PARTIE THEORIQUE.....	12
I. CHAPITRE I : LE BLUES DU POST-PARTUM.....	13
1. Définition .....	13
2. Epidémiologie.....	13
3. Facteurs de risques.....	13
4. Clinique .....	14
5. Evolution .....	15
6. Prise en charge .....	15
II. CHAPITRE II : LA DEPRESSION DU POST-PARTUM.....	16
1. Définition .....	16
2. Epidémiologie.....	16
3. Facteurs de risque .....	17
6.1. Facteurs sociodémographiques.....	18
6.2. Facteurs obstétricaux.....	18
6.3. Facteurs psychiatriques .....	18
6.4. Facteurs psychologiques.....	19
6.5. Evènements de vie stressants.....	19
6.6. Soutien social et relations conjugales.....	20
6.7. Facteurs liés à l'enfant. ....	20
6.8. Biomarqueurs de l'inflammation et DPP : .....	21
4. Clinique .....	22
5. Evolution des symptômes .....	23

6. Conséquences sur la famille .....	24
6.1. Conséquences pour la mère .....	24
6.2. Conséquences pour l'enfant .....	25
6.3. Conséquences sur la relation mère-enfant .....	25
6.4. Conséquences sur le conjoint .....	27
7. Dépistage .....	27
8. Prévention et Prise en charge .....	29
8.1. Prévention .....	29
8.2. Prise en charge .....	30
III. CHAPITRE III : PSYCHOSE DU POST-PARTUM.....	35
1. Définition .....	35
2. Epidémiologie.....	36
3. FACTEURS DE RISQUES .....	36
2.1. Facteurs de risque gynéco-obstétricaux .....	36
2.2. Facteurs de risque psychiatriques .....	36
2.3. Facteurs de risque endocriniens.....	37
2.4. Facteurs de risques psychosociaux .....	38
4. CLINIQUE.....	38
4.1. Troubles thymiques sévères :.....	39
4.1.1. Accès dépressif majeur : .....	39
4.1.2. Accès maniaque :.....	40
5.2. Psychose délirante aiguë :.....	41
5.3. Etats schizophréniformes :.....	44
5. CONSEQUENCES SUR LA FAMILLE .....	44
5.1. L'infanticide.....	44

5.2. Le suicide .....	45
6. Prévention et Dépistage .....	45
6.1. Prévention .....	45
6.2. Dépistage .....	46
7. EVOLUTION.....	47
8. PRISE EN CHARGE.....	48
IV. CHAPITRE IV : Troubles anxieux.....	50
PARTIE PRATIQUE .....	51
I. NOTRE TRAVAIL.....	52
1. OBJECTIFS .....	52
2. MATERIEL ET METHODE.....	52
2.1. Matériel :.....	52
2.1.1. Type d'étude :.....	52
2.2.1. Période d'étude.....	52
2.3.1. Population d'étude :.....	52
2.3.1.1. Echantillonnage.....	52
2.3.2.1. Critères d'inclusion .....	53
2.3.3.1. Critères d'exclusion .....	53
2.2. Méthode :.....	53
3. RESULTATS .....	54
3.1. Prévalence : .....	54
3.2. Donnés sociodémographiques : (tableau I).....	54
3.2.1. Répartition selon l'âge .....	54
3.2.2. Le niveau scolaire :.....	55
3.2.3. État Civil : .....	55

3.2.4. Profession : .....	56
3.2.5. Couverture Sociale : .....	56
3.2.6. Parité : .....	57
3.3. Répartition selon les antécédents Personnels : .....	59
3.7.1. Antécédents psychiatriques.....	59
3.7.2. Antécédents Toxique .....	59
3.7.3. Antécédents médicaux .....	60
3.7.4. Antécédents chirurgicaux.....	60
3.4. Répartition selon les antécédents Familiaux.....	60
3.5. Le déroulement de la grossesse et l'accouchement.....	61
3.6. Mode de recrutement : .....	63
3.7. La symptomatologie clinique .....	63
3.7.1. Début de la maladie : .....	63
3.7.2. Période d'apparition des troubles :.....	64
3.7.3. Symptômes : .....	64
3.8. Diagnostic Retenu.....	65
3.9. Prise en charge .....	65
II. DISCUSSION .....	68
III. LES LIMITES DU TRAVAIL ET PERSPECTIVES .....	78
IV. CONCLUSION .....	80
V. RÉSUMÉ .....	82
VI. ANNEXES.....	87
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIES .....	90

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

<b>PP</b>	: Psychose puerpérale
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual Disorders
<b>CIM</b>	: Classification Internationale des Maladies
<b>DPP</b>	: Dépression Post-Partum
<b>TCC</b>	: Thérapie Cognitivo-Comportamentale
<b>TIP</b>	: Psychothérapie Interpersonnel
<b>REAAP</b>	: Réseau d'Ecoute d'Appui et d'Accompagnement
<b>EPE</b>	: Ecoles des Parents et des Educateurs
<b>ECT</b>	: Electroconvulsothérapie
<b>EEG</b>	: Electroencéphalogramme
<b>IRM</b>	: Imagerie par Résonance Magnétique
<b>TDM</b>	: Tomodensitométrie
<b>TSH</b>	: Thyroid-stimulating hormone
<b>NFS</b>	: Numération de la Formule Sanguine
<b>CRP</b>	: C reactive Protein
<b>TVC</b>	: Thrombose veineuse cérébrale
<b>HRP</b>	: Hématome Retro placentaire
<b>SFA</b>	: Souffrance Fœtale Aigue
<b>ATCD</b>	: Antécédents

**AD** : Antidépresseurs

**NL** : Neuroleptique

**BZD** : Benzodiazépines

**ISRS** : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

**IRSNA** : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline

## I. INTRODUCTION

La grossesse est un événement majeur dans la vie d'une femme. La transition vers la maternité s'accompagne de changement d'importance sur le plan psychique, social et somatique. Les processus et les remaniements psychiques qui y participent conduisent souvent à des réactivations des conflits anciens, parfois oubliés, que les femmes vont surmonter de façon variable selon leur fonctionnement psychique, le contexte et l'environnement de l'arrivée de l'enfant. C'est une période sensible pour les futurs parents et les difficultés psychologiques surviennent fréquemment, témoignant du travail d'ajustement à ces modalités nouvelles auxquelles ils ont à faire face [1].

Le post-partum représente une période de bouleversements, à la fois psychique et familiaux : développement de la relation mère-enfant et transformation du modèle familial [2].

C'est aussi une période de changement psychique pour la femme qui perd les repères anatomiques liés à sa grossesse [2].

Les troubles psychiatriques liés à la puerpéralité sont connus depuis l'Antiquité mais ont eu du mal à être reconnus dans leurs étiologies biopsychosociales et dans leurs conséquences sur la souffrance psychique aussi bien pour la Mère que pour l'enfant [3,4]. Il a fallu attendre les progrès de la médecine qui ont permis de cerner et de juguler les causes organiques de la pathologie puerpérale pour que les problèmes psychiques et psychopathologiques liés à cette période apparaissent plus clairement. Marcé psychiatre et élève d'Esquirol systématise ces troubles mentaux pour la première fois en 1857 le « traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices » [5].

Actuellement il est clairement reconnu que le post partum est la période de la périnatalité la plus propice au développement des pathologies psychiatriques et de nombreuses études rétrospectives ont mis en évidence leur majoration au cours des six premières semaines suivant l'accouchement [1, 3, 6, 7].

Ces troubles psychiques font l'objet de prévention et de dépistage et sont actuellement une priorité de santé publique ils concourent à d'éventuels troubles chez le bébé ; enfin, certains peuvent se compliquer de suicide et/ou d'infanticide [9]

Traditionnellement, les troubles psychiatriques du post-partum sont classés en trois grandes catégories : le baby blues, les psychoses et la dépression du post-partum [1, 4, 7, 9]. Les troubles anxieux ont bénéficié d'un récent regain d'intérêt, les derniers travaux ayant confirmé que la grossesse et l'établissement des premiers soins étaient propices à leur apparition, leur récurrence voire leur aggravation [4]

Cependant le spectre de présentation du trouble psychiatrique du post-partum reste large. La période du post-partum est caractérisée par une gamme d'émotions allant de la labilité modérée transitoire de l'humeur, de l'irritabilité et des pleurs, jusqu'à l'agitation marquée, les délusions et la confusion mentale.

Le blues du post-partum est le plus bénin et le plus fréquent. Il touche plus d'une femme sur deux [10].

La dépression du post-partum est assez commune. Elle touche 10 à 15% des femmes [10].

La psychose puerpérale est le plus grave de ces troubles en raison du risque élevé de suicide et d'infanticide. Cependant, cette affection reste rare : elle touche une à deux femmes pour 1000 naissances [10]

La forte pression culturelle faisant de la naissance un événement « forcément

heureux » et de la mère dépressive « une mauvaise mère », obligent les femmes à réprimer l'expression de leur souffrance.

Les troubles psychiatriques périnataux sont largement sous-diagnostiqués et sous-traités. Non traités, il peut y avoir des conséquences considérables pour la famille du malade. Parfois, l'état psychiatrique post-partum peut devenir si grave qu'il nécessite une hospitalisation [11]. De plus, les troubles psychiatriques du post-partum peuvent affecter négativement l'interaction et l'attachement mère-enfant. [2] Par conséquent, le diagnostic précoce et la gestion du trouble psychiatrique post-partum sont extrêmement cruciaux.

## II. DIAGNOSTIC SELON LES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION

### ACTUELS

La nosologie psychiatrique actuelle n'a pas classé la psychose post-partum (PP) comme une entité distincte. La classification des maladies puerpérales en tant qu'entités nosologiques discrètes est discutable depuis plus de 30 ans [121, 122]. Certaines écoles considèrent la PP comme la présentation post-partum d'un trouble sous-jacent dans le spectre bipolaire, tandis que d'autres le considèrent uniquement comme une entité nosologique distincte. [123]

Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition, texte révisé (DSM-4-TR) et la classification par la CIM-10 des troubles mentaux : ont classé les troubles mentaux du post-partum différemment. Le DSM-4-TR permet aux psychiatres d'utiliser le spécificateur «avec début post-partum» pour signaler un trouble psychotique ou un épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte récent ou le plus récent avec des caractéristiques psychotiques dans un trouble dépressif majeur ou un trouble bipolaire, si l'apparition se produit 4 semaines après l'accouchement. Dans la CIM-10, les maladies mentales associées à la puerpéralité sont codées en fonction du trouble psychiatrique présenté [24] ; un second code (par exemple, 099.3) indique une association avec la puerpéralité. Dans certains cas, la CIM-10 autorise l'utilisation d'un code spécial, F53, lorsque les informations disponibles pour la classification sont insuffisantes ou s'il existe des "fonctionnalités supplémentaires spéciales". Le F53 ne peut être utilisé que si le trouble survient dans les 6 semaines suivant l'accouchement [24, 23].

Le DSM-5 a remplacé le spécificateur "avec début post-partum" pour les troubles dépressifs et bipolaires par le spécificateur "avec début peripartum". Le spécificateur "avec début peripartum" est utilisé si l'apparition des symptômes de

l'humeur se produit pendant la grossesse ou dans les 4 semaines après l'accouchement [23]. Cependant, les troubles psychiatriques post-partum peuvent se manifester plusieurs semaines après le 1er mois ou 6 semaines après l'accouchement [124]. Par conséquent, l'utilité du spécificateur DSM-5 et du code spécial de la CIM-10 dans la classification des troubles puerpéraux est limitée [125].

# PARTIE THEORIQUE

# I. CHAPITRE I : LE BLUES DU POST-PARTUM

## 1. Définition

Le blues du post-partum est un trouble affectif assez fréquent qui touche 50 à 80% des parturientes dans le monde [1, 4, 8, 13]. Il apparaît entre le 2ème et le 5ème jour, avec un pic au 3ème jour, contemporain de la monte de lait [8, 13]. Il est spontanément résolutif en 4 à 7 jours. Des facteurs somatiques et psychiques sont incriminés [8].

Le blues du post-partum est un syndrome anxieux-dépressif banal, transitoire sans gravité (quasi-physiologique) [13].

En revanche, son intensité et sa durée représentent des facteurs de risques de dépression postnatale. Au-delà du dixième jour, on ne parle plus de « blues », mais de dépression postnatale précoce [14].

La nature du « blues du post-partum » reste discutée entre trouble transitoire de l'adaptation, voire trouble de l'humeur, et réaction émotionnelle normale. *Quoi qu'il en soit la mère doit faire face dans l'urgence à une suite d'évènements stressants, physiologiquement et psychologiquement* [4].

## 2. Epidémiologie

Le post-partum blues (ou baby blues ou syndrome du 3e jour) concerne selon les auteurs 30 à 80 % des accouchées [19]. Cependant, le blues du post-partum est plus communément observé dans les pays occidentaux en raison du manque de soutien familial et de liens solides [21].

## 3. Facteurs de risques [16] [17] [18] [4]

- ✚ Les troubles anxieux-dépressifs en fin de grossesse
- ✚ Les antécédents personnels ou familiaux de : dépression, syndrome prémenstruel, dépression gravidique, trouble uni- ou bipolaire.

- ✚ La future mère qui a peur de l'accouchement.
- ✚ Une future mère en mauvaise état de santé.
- ✚ Une inquiétude, après l'accouchement, de ne pas savoir faire face à la situation
- ✚ Un manque de soutien
- ✚ Les facteurs culturels : ils exercent une influence modérée
- ✚ Les troubles du sommeil

#### 4. Clinique

Les symptômes du blues du post-partum apparaissent au cours de 10 premiers jours et atteignent leur maximum vers 3 à 5 jours [22]. Généralement, les symptômes n'interfèrent pas avec le fonctionnement social et professionnel des femmes [21].

- ❖ Signes positifs (syndrome dysphorique) [13]
  - Labilité émotionnelle/ hyperesthésie affective/pleurs (le plus caractérisé)
  - Troubles anxieux : peur de ne pas savoir s'occuper de l'enfant
  - Grossesse et accouchement de déroulement le plus souvent normal contrastant avec les crises de larmes et le sentiment d'être délaissée
  - Asthénie / troubles du sommeil / plaintes somatiques.
- ❖ Signes négatifs (≠dépression du post-partum) [13]
  - Pas de ralentissement psychomoteur / pas d'idées délirantes
  - Pas de phobie (de blesser l'enfant) / pas de conduites d'évitement
  - Résolution spontanée en <1 semaine : sinon remettre en cause le diagnostic +++

## 5. Evolution

Résolution spontanément favorable en < 1Semaine dans 90% des cas .Les complications possibles sont : la dépression du post-partum et la psychose puerpérale [1, 13].

## 6. Prise en charge

Lors du blues du post-partum, pas de traitement médicamenteux il s'agit essentiellement de créer un climat affectif rassurant autour de la mère et de son bébé [8]. Favoriser la relation mère-enfant / poursuivre l'allaitement ++ [13]. Ainsi, on favorise la présence de l'entourage et tout particulièrement du père. L'équipe doit avoir une attitude de soutien des capacités maternelles, en évitant de la culpabiliser. L'hospitalisation en suite des couches doit pouvoir être prolonge si nécessaire ou si la patiente le demande [8].

## II. CHAPITRE II : LA DEPRESSION DU POST-PARTUM

### 1. Définition

La dépression du post-partum (DPP), est un épisode dépressif majeur caractérisé par l'apparition de symptômes spécifiques dans les quatre à six semaines suivant l'accouchement [2]. C'est un état dépressif assez sévère. Elle a été clairement identifiée par Pitt en 1968 [3] et constitue le trouble de l'humeur le plus fréquent après un accouchement.

Il y a eu un débat sur la pertinence de la classification de la DPP comme catégorie de diagnostic distincte. D'une part, il y a quelques évidences que la DPP n'est pas une entité clinique spécifique, qui n'est pas qualitativement différente des épisodes dépressifs survenant dans d'autres périodes de la vie, en termes de principaux symptômes, étiologies, évolution et prévalence.

La DPP n'est pas considérée comme une catégorie de diagnostic indépendante dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) [23].

### 2. Epidémiologie

La DPP est l'un des problèmes les plus sérieux et le plus fréquent du post-partum puisqu'il touche près d'une mère sur six. Toutefois, ce chiffre semble sous-estimé : 50 % des femmes en souffrance ne seraient pas diagnostiquées [25]. Ce trouble atteint même 25 % des mères en cas d'épisode dépressif antérieur connu.

La DPP n'est pas spécifique à la naissance d'un premier enfant [25].

En général, les études indiquent une prévalence de la DPP chez environ 10-15 %, bien que d'autres études indiquent des valeurs plus élevées (19,2 % pour dépression majeure et mineure ; [26] [27]. Selon la méta-analyse réalisée par Gaynes et al [28], après l'accouchement, **la prévalence ponctuelle** des dépressions majeure et mineures commence à augmenter et atteint son pic au troisième mois du post-

partum. Du quatrième au septième mois du post-partum, il y a une légère diminution de la prévalence, malgré le fait qu'elle reste au-dessus de 10 %. A partir du septième mois du post-partum, il y a une baisse de la prévalence de la DPP (environ 6,5 %).

En ce qui concerne la **prévalence du moment** de dépression majeure et mineure, cela atteint 19,2 % au cours des trois premiers mois après l'accouchement et 53,7 % au cours des 12 mois suivant l'accouchement [28].

La **prévalence ponctuelle** concerne des personnes atteintes d'une affection à un moment donné (P. Ex., nombre de personnes atteintes de DPP au cours du premier mois post-partum)

La **prévalence du moment** concerne des personnes atteintes d'une affection à un moment quelconque pendant une certaine période (p. Ex., nombre de personnes atteintes de DPP au cours des trois premiers mois du post-partum).

### 3. Facteurs de risque

La période post natale est considérée comme la plus à risque au développement des troubles de l'humeur, dont la DPP, qui représente l'une des complications les plus courantes de la maternité. La DPP se révèle être un véritable enjeu majeur de santé publique, par son incidence et ses conséquences à plus ou moins longs termes. De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude de ses facteurs de risque, de manière à anticiper et agir sur cette pathologie [27,29, 30,31]. On peut parler des différentes catégories des facteurs de Risques : Facteurs sociodémographiques, Facteurs obstétricaux ; Facteurs psychiatriques ; Facteurs psychologiques ; Evènements de vie stressants ; Soutien social et relations conjugales ; et Facteurs liés à l'enfant.

### 6.1. Facteurs sociodémographiques

Le faible niveau socio-économique (y compris le faible revenu et la situation professionnelle de la mère) est un facteur de risque pour la DPP, bien que la magnitude de son effet est faible [29, 30, 31]. Bien que certaines enquêtes indiquent l'âge de la mère (les femmes plus jeunes ou les femmes plus âgées) et le niveau d'éducation (faible niveau) comme facteurs de risque de DPP [27, 30], d'autres ne signalent pas cette association [31]. L'état civil (mères célibataires) a également été considéré comme un facteur de risque pour la DPP [27, 29], bien que les résultats ne soient pas cohérents. Il n'a pas été démontré que le nombre d'enfants et la parité soient des facteurs de risque de DPP [31].

### 6.2. Facteurs obstétricaux

La littérature a indiqué une association faible mais significative entre complications obstétricales liées à la grossesse (p. Ex., pré-éclampsie) ou avec l'accouchement (p. Ex., césarienne d'urgence) et DPP [31]. Cependant, certaines études ont montré des résultats peu concluants par rapport à certaines variables obstétricales [30]. De manière moins cohérente, il a été également trouvé la relation entre DPP et grossesse non planifiée / non désirée et l'allaitement [29, 31].

### 6.3. Facteurs psychiatriques

En ce que concerne les facteurs psychiatriques, des recherches ont montré que l'anxiété et la dépression pendant la grossesse sont significativement associées à l'apparition d'une symptomatologie dépressive au cours de la période post-partum [29, 30, 31].

Bien que certaines études aient révélé que les antécédents familiaux de la dépression peuvent être un facteur de risque pour la DPP [31], d'autres enquêtes n'ont pas trouvé cette association.

#### 6.4. Facteurs psychologiques

Peu d'enquêtes ont porté sur l'association entre les caractéristiques de la personnalité maternelle et la DPP, ne permettant pas l'identification claire des caractéristiques de la personnalité pouvant constituer des facteurs de risque pour cet état clinique. Cependant, le névrotisme (p. Ex., les femmes décrites comme "nerveuses", "timides" ou "inquiètes"), le style d'attribution cognitive négative (p. Ex, pessimisme, rumination) [31], faible estime de soi [29] , et le perfectionnisme [30] ont été identifiés comme facteurs de risque de la DPP.

D'une part, ces traits de personnalité semblent rendre les femmes plus vulnérables aux facteurs de stress imprévisibles et difficiles (p. Ex., difficultés d'alimentation du bébé ; [30]). D'autre part, si nous considérons simultanément le rôle de ces traits de personnalité et les antécédents de psychopathologie, il est possible que ces traits de personnalité exposent les femmes à un risque permanent de développer des troubles de l'humeur tout au long de leur vie (et pas exclusivement en post-partum), qui peuvent avoir une nature plus chronique ou épisodique.

#### 6.5. Evènements de vie stressants

La survenue d'événements de vie stressants (p. Ex., décès d'un proche, divorce, perte d'emploi) a régulièrement été soulignée dans la littérature comme facteur de risque de la DPP [29, 31], avec une relation modérée à forte entre ces variables. Bien qu'ils aient également trouvé cette association, Milgrom et al. (2008) considèrent que les recherches existantes ne permettent pas d'établir que la survenue d'événements de la vie stressants est un "facteur de risque opérationnel indépendant" ; toutefois, ces auteurs considèrent qu'un environnement prénatal non stressant joue un rôle protecteur en matière de santé mentale des femmes pendant

la période postnatale [30].

### **6.6. Soutien social et relations conjugales**

Des recherches sont en cours sur le rôle du soutien social limité dans le développement de la DPP [29, 31], manque de soutien social en général ou manque de soutien social de la part du partenaire [30].

Le **soutien social** est un concept multidimensionnel. On peut parler de différentes sources de soutien (p. Ex., le compagnon, parents, amis) et de différents types de soutien : émotionnel (expressions de préoccupation et d'affection) ; instrumentale (aide pratique matérielle ou dans l'exécution de tâches) ; Informatif (fournir des informations et des conseils sur une situation donnée).

Il est important de reconnaître l'existence de divergences entre les perceptions des femmes dépressives au sujet du soutien reçu [31].

Les études démontrent que l'isolement social perçu pendant la grossesse est un facteur de risque pour la DPP, établissant une association entre un faible soutien émotionnel et instrumental reçu pendant la grossesse et la survenue d'une DPP [31].

En outre, la relation conjugale semble également jouer un rôle important dans l'adaptation postnatale de la mère, en particulier l'insatisfaction conjugale et les problèmes de la relation conjugale (p. Ex. Difficultés de communication, manque de soutien) ont été associés à la survenue de DPP [29, 31].

### **6.7. Facteurs liés à l'enfant.**

Bien que la plupart des enquêtes n'ont pas mis l'accent sur les facteurs de risque liés à l'enfant, certaines enquêtes ont rapporté que le stress associé aux soins et avoir un bébé avec un tempérament difficile sont associés, d'une manière modérée, à la survenue de DPP [29]. Bien que le sexe de l'enfant ne soit pas associé

à la survenue d'une DPP, certaines études ont montré que dans certaines sociétés (p. Ex., Chine, Inde), le fait que le sexe du bébé diffère de celui souhaité peut être un facteur de risque potentiel de DPP [31].

En résumé, selon Pope, les facteurs de risque de la DPP peuvent être organisés en facteurs de risque **confirmés** (pour lesquels il existe un accord sur les résultats d'études contrôlées randomisées ou sur 75% d'études de cohorte bien conçues), **probable** (40% à 60% sont d'accord sur les études publiées dans des revues indexées, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires) et **possibles** (il existe peu de preuves empiriques ou des résultats incohérents, des recherches supplémentaires sont nécessaires).

Pope (2000) [33] identifie également un ensemble de facteurs de protection possibles pour la DPP, notamment l'optimisme et l'estime de soi, l'établissement de bonnes relations conjugales et le soutien social disponible, ainsi qu'une préparation adéquate aux changements physiques et psychosociaux de la parentalité.

En résumé, il existe des preuves d'un ensemble bien identifié de facteurs de risque permettant une identification précoce des femmes en post-partum présentant un risque plus élevé de développer une DPP, ce qui permet aux professionnels de la santé d'adopter des approches préventives [27].

#### **6.8. Biomarqueurs de l'inflammation et DPP :**

Une revue systématique de la littérature a été réalisée à partir de Pub Med, Psy Info et Embase. Vingt-cinq articles ont été inclus. Différents biomarqueurs ont été identifiés. Les plus étudiés sont la C-Réactive Protéine (CRP), les Interleukines 6 et 10, le Tumor Necrosis Factor-alpha et l'Interféron Gamma. Le résultat de ce travail, le dosage de marqueur de l'inflammation, notamment la CRP, pourrait aider au dépistage précoce des femmes à risque de DPP, parallèlement à la clinique. Une

supplémentation en Zinc pourrait alors être proposée [134]

#### 4. Clinique

Comme mentionné précédemment, la DPP ne présente pas de phénoménologie spécifique, étant cliniquement similaire, **en termes de symptomatologie**, aux dépressions survenues au cours d'autres périodes de la vie (p. Ex., humeur dysphorique – tristesse, anxiété, irritabilité, fatigue ; troubles de l'alimentation et du sommeil ; perte d'intérêt pour les activités quotidiennes) [34].

Cependant, il semble également exister des **spécificités de cet état clinique**. Plus précisément, les femmes atteintes de DPP semblent présenter [33, 35, 36] :

- Labilité émotionnelle accrue (sauts d'humeur) ;
- Préoccupations exagérées concernant le bien-être du bébé et la compétence parentale ;
- Peur d'être seul avec le bébé, de sortir avec lui ou de le blesser ;
- Symptômes d'anxiété associés à une symptomatologie dépressive ;
- Pensées obsessionnelles (p. Ex. Pensées pour faire du mal au bébé), rapportées chez environ 20 à 40% des mères ;
- Nombre élevé de plaintes physiques (p. Ex. fatigue, maux de tête, manque d'appétit) par rapport aux symptômes cognitifs-émotionnels ;
- Plus grandes difficultés de concentration et de prise de décision ;
- Moins de risques d'idées suicidaires (et si cela se produit, le suicide est relativement rare) ;
- Difficulté à se connecter avec le bébé ;
- Diminution du désir sexuel par le partenaire.

Certaines de ces caractéristiques semblent particulièrement effrayantes pour les mères, l'incitant souvent à faire appel à une aide professionnelle.

Les **pensées automatiques négatives** sont une composante de DPP. Les pensées liées au bébé dans la période post-partum peuvent être envisagées dans un continuum : peuvent être adaptatifs et faire partie d'un phénomène normal après la grossesse, ou bien être des pensées négatives et intrusives qui génèrent des sentiments d'étrangeté et de culpabilité et qui peuvent influencer sur le fonctionnement des femmes.

Bien que l'apparition de pensées négatives dans la période post-partum soit identifiée chez la plupart des femmes [36], les femmes présentant des symptômes dépressifs ont des **pensées négatives plus intenses**, souvent liées à l'incapacité de s'occuper du bébé et à la peur d'être seul avec lui [37].

## 5. Evolution des symptômes

La DPP n'est pas une maladie clinique homogène, il existe des variations dans la période d'apparition, la gravité et l'évolution des symptômes.

En ce qui concerne l'apparition des symptômes, la majorité des femmes développe des symptômes de DPP au cours des trois premiers mois suivant l'accouchement, bien qu'un deuxième pic symptomatologie dépressive se produit entre six et huit mois après l'accouchement [35]

Dans certains cas, une symptomatologie dépressive est déjà présente pendant la grossesse. Une proportion importante de femmes présentant une symptomatologie dépressive pendant la grossesse présente également une symptomatologie dépressive pendant la période post-partum [35]

En ce qui concerne son **évolution**, certaines études sur la chronicité de la DPP suggèrent que celle-ci a tendance à être prolongée ; environ 30 à 50% des femmes continuent de présenter une symptomatologie dépressive durant six mois [38], ce qui ne diffère pas de manière significative de la durée des épisodes dépressifs

survenant au cours d'autres périodes de la vie.

De plus, il a été démontré que les femmes qui développent des symptômes dépressifs dans les premiers mois post-partum ont un risque accru de développer des symptômes dépressifs persistants au cours de la première année post-partum [39]. Bien qu'il y ait une amélioration progressive après la première année postnatale, certaines mères continuent à présenter une symptomatologie dépressive après cette période s'il n'y a pas de traitement.

En ce qui concerne la probabilité de récurrence d'épisodes dépressifs après une DPP, Cooper et Murray [38] ont identifié deux tendances distinctes : alors que les femmes atteintes de DPP qui n'avaient aucun antécédent de trouble de l'humeur risquaient davantage de développer de nouveaux épisodes de DPP lors des grossesses futures, les femmes atteintes de DPP qui avaient des antécédents de psychopathologie courent un risque accru de développer des épisodes dépressifs ultérieurs au cours d'autres périodes de leur vie.

## **6. Conséquences sur la famille**

La DPP est un problème de santé publique important ayant des conséquences graves pour le système familial (mère, bébé et toute la famille), et peut avoir des coûts économiques élevés à la communauté.

### **6.1. Conséquences pour la mère :**

En ce qui concerne **les conséquences pour la mère**, la DPP est associé à des niveaux d'anxiété plus élevés et plus grand nombre d'autres symptômes psychiatriques ; faible estime de soi de la mère et moins de confiance dans l'exercice du rôle parental ; plus de problèmes de santé physique, plus de comportements autodestructeurs et moins de soins personnels (p. Ex., une plus faible adhérence aux traitements médicaux, automédication, nutrition inadéquate ; [35, 27, 40]

## 6.2. Conséquences pour l'enfant :

Les conséquences de la DPP pour l'enfant ont été démontrées, que ce soit dans les premiers mois après la naissance ou au cours de leurs premières années de vie. Plus précisément, les recherches ont montré de façon constante que les symptômes dépressifs maternels expérimentés dans les premiers mois post-partum peuvent compromettre le développement de l'enfant, en particulier leur développement cognitif [41]. En outre, il existe certaines preuves que la DPP est également associée à une altération de la santé physique de l'enfant (p. Ex. mauvais fonctionnement cardiovasculaire, nombre accru d'inspections respiratoires et gastro-intestinales) [27]. Il a été également identifié une association entre la DPP et les problèmes comportementaux et émotionnels chez les enfants, y compris les problèmes d'intériorisation et extériorisation [27]. La chronicité de la symptomatologie dépressive maternelle (à savoir, l'exposition prolongée de l'enfant à une symptomatologie dépressive) semble jouer un rôle important dans la détermination des conséquences néfastes pour le nourrisson / l'enfant [27].

## 6.3. Conséquences sur la relation mère-enfant :

La symptomatologie dépressive et les déficits comportementaux qui en résultent semblent également avoir une **influence sur la performance du rôle parental et sur la relation mère-enfant**. Dans l'interaction avec l'enfant, les mères dépressives présentent, par comparaison aux mères sans symptomatologie dépressive [32, 42] :

- Moins d'émotion positive, plus d'hostilité et d'irritabilité ;
- Moins d'implication émotionnelle dans les interactions ;
- Alternance entre distanciation (faible stimulation, retrait de l'enfant) et intrusive (contrôle, sur stimulation) vis-à-vis de l'enfant ;

- Moins de contingence dans la réponse à l'enfant ;
- Moins d'interactions face à face avec l'enfant (par exemple, vocalisations, sourires, imitations, blagues), qui constituent généralement un contexte important pour l'apprentissage des compétences de communication de l'enfant ;
- Moins d'implication dans des activités enrichissantes avec l'enfant (par exemple, activités de lecture, jeux).

La plupart des études montrent que les enfants de mères dépressives sont exposés de manière chronique à des interactions moins positives et régulières, ce qui semble avoir un effet sur la capacité de l'enfant à s'autoréguler [40].

Les caractéristiques du comportement maternel semblent également se traduire par des **caractéristiques de l'enfant lors de moments d'interaction**, à savoir : moins de contact visuel pendant la période d'alimentation ; moins d'implication dans les moments de « jeu » ; affect moins positif et plus d'affects négatifs ; et des niveaux plus élevés d'isolement et de distanciation des mères [32, 40]. Selon Field, le statut affectif négatif des enfants de mères dépressives rend difficile l'établissement de modèle d'interaction positifs, même avec des adultes sensibles [43].

En plus, diverses activités de soins semblent être compromises par le DPP, y compris l'allaitement (p. Ex., les mères déprimées sont moins susceptibles de continuer à allaiter), routines de sommeil (p. ex. habitudes de sommeil problématiques de l'enfant) et la prestation de soins de santé à l'enfant (p. ex. moins de soins médicaux préventifs et recours accru aux soins médicaux d'urgence) [27,42] .

#### 6.4. Conséquences sur le conjoint :

La forte cooccurrence de la dépression dans les couples après l'accouchement a des conséquences sur la santé et le bien-être de toute la famille [44].

La DPP augmente le risque de conséquences néfastes sur la relation conjugale.

La DPP peut provoquer la dépression du conjoint, causer ou aggraver les problèmes conjugaux, et même conduire à la séparation ou le divorce.

Le risque chez les conjoints de développer une dépression est de 40 à 50%.

[44]

### 7. Dépistage

✚ EPDS (Edinburgh Postpartum Depression Scale) : Il a été conçu par Cox en 1987, il est l'outil de dépistage le plus courant pour le dépistage de la DPP. L'EPDS est un instrument d'autoévaluation composé de 10 questions auxquelles on répond sur une échelle de 4 points, qui évalue l'expérience émotionnelle des femmes au cours des sept derniers jours. Ont été établis points de coupure pour l'évaluation de l'EPDS (p.ex., EPDS > 10 pour symptômes de dépression légère et d'EPDS > 13 pour les symptômes liés à l'accouchement modérée à grave). Son format bref et sa facilité de remplissage sont les principaux avantages de cet instrument. En outre, l'EPDS a été largement validé pour une utilisation dans la période post-partum et pendant la grossesse dans plusieurs pays [45].

✚ PDSS (Postpartum Depression Screening Scale) : instrument développé par Beck et Gable en 2000, dans le but de surmonter les difficultés les limitations des autres instruments normalement utilisés pour Dépistage de la DPP. Le PDSS est une échelle de réponse automatique composé de 35 éléments, répondus sur une échelle de Likert sur 5 points (de 1 = Très en

désaccord à 5 = tout à fait d'accord), qui décrivent ce que ressent la femme après la naissance du bébé. Le PDSS est organisé en sept dimensions : appétit / sommeil ; Anxiété / insécurité ; La capacité Émotionnelle ; Confusion mentale ; Perte de soi ; Culpabilité / honte ; et Pensées suicidaires. Plus le score est élevé, plus la symptomatologie dépressive est sévère pendant la période post-partum. Le PDSS a été utilisé efficacement pour le dépistage de la DPP et les études de validité conduites dans plusieurs pays ont démontré de bonnes propriétés psychométriques. La version réduite originale du PDSS comprend sept éléments et présente également de bonnes propriétés psychométriques [45].

En plus de ces instruments, d'autres mesures de la dépression générale ont été utilisées efficacement pour évaluer les symptômes de la DPP. Ces mesures comprennent : le Beck II Depressive Inventory (développé par Beck et Brown, 1996), le CES-D (Center for Epidemiologic Studies of Depression Instrument, développé par Radloff en 1997), ou l'Hospital Anxiety and Depression Scale (développé par Zigmond et Snaith, 1983). Malgré leur utilisation dans l'évaluation de la symptomatologie dépressive au post-partum, ces mesures ont été développées pour évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive et non pas pour autant pour suivre la présence de symptômes dépressifs, en particulier dans la période post-partum.

Identifier les femmes qui risquent davantage de développer une DPP est également un objectif clinique important [45].

Bien que les instruments existants de dépistage des facteurs de risque de la DPP ne présentent pas de caractéristiques psychométriques justifiant leur

application systématique pendant la période prénatale, Il est possible qu'une approche combinant des instruments d'évaluation et un entretien clinique puisse identifier la présence de facteurs de risque dans les antécédents cliniques, l'état psychosocial actuel et la présence de symptômes dépressifs chez les femmes [45], permettant l'identification précoce des femmes à risque de développer une DPP.

## 8. Prévention et Prise en charge

La prévention et le traitement de la DPP devraient impliquer l'action coordonnée d'une équipe interdisciplinaire composée de différents professionnels impliqués dans la prise en charge des femmes en période périnatale. En outre, le traitement de la DPP devrait favoriser une approche biopsychosociale [45].

### 8.1. Prévention

Les interventions préventives contre la DPP sont des interventions psychosociales (p, Ex., des cours de préparation à l'accouchement, les visites à domicile par des professionnels de la santé) ou activités psychothérapeutiques initiées pendant la grossesse ou au début de la période post-partum [46], qui visent à prévenir l'apparition de symptômes dépressifs dans la période postpartum. Les résultats de l'efficacité des interventions préventives de la DPP sont incohérents, ce qui semble être lié à la grande variabilité des caractéristiques des interventions (p, Ex., universel vs. Sélectif, psychoéducation vs. Psychothérapie, prénatal vs. Postnatal).

Dans la méta-analyse de Sockol, Epperson et Barber (2013) [47], il a été constaté que les interventions préventives se traduisaient par une réduction significative de la prévalence des troubles dépressifs au cours de la période post-partum, bien que ces effets soient plus modestes par rapport au traitement de la DPP. Les caractéristiques suivantes semblent **augmenter la probabilité d'efficacité**

**des interventions préventives de la DPP [48, 46] :**

- Interventions destinées aux femmes présentant des facteurs de risque de DPP (interventions sélectives / indiquées) ;
- Interventions individuelles (même si les interventions de groupe ont également démontré leur efficacité) ;
- Les interventions ont commencé pendant la période post-partum, les femmes jugeant que les informations reçues étaient plus pertinentes et utiles ;
- Interventions brèves ;
- Les interventions développées reposaient sur des modèles psychothérapeutiques, tels que la thérapie Cognitivo-Comportamentale ou la thérapie interpersonnelle.

**8.2. Prise en charge**

Les options de traitement pour la DPP comprennent la thérapie **pharmacologique et la psychothérapie** (individuelle ou en groupe), qui peuvent être utilisées seules ou peuvent être conjuguées [45]. Selon les recommandations, les thérapies non pharmacologiques (psychothérapie) devraient être privilégiées dans le cas de la DPP légère à modérée, et la thérapie pharmacologique est plus appropriée pour les cas de dépression modérée à sévère ou pour les cas qui ne répondent pas à la psychothérapie. Compte tenu des aspects psychosociaux et relationnels associés à la DPP, l'utilisation combinée d'un traitement pharmacologique et d'une psychothérapie peut être indiquée dans de nombreux cas de DPP modérée à sévère.

### ❖ **Traitement pharmacologique**

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont généralement le premier choix pour le traitement de la DPP, en raison de leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et la bonne tolérance [45]. Lorsque les femmes allaitent, la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine sont les plus recommandés pour le traitement de la DPP en raison des faibles taux maternels de médicament à détecter chez le bébé [45].

Le choix du traitement pharmacologique doit tenir compte de l'historique de la femme, de sa réponse aux traitements antérieurs utilisant un traitement pharmacologique, ainsi que de la prise en compte personnalisée des risques / avantages d'un traitement spécifique et de l'allaitement. Il est important que les professionnels de la santé adoptent une attitude d'écoute et de jugement sur la perception qu'ont les femmes de l'allaitement au sein, et fournir des informations claires sur les risques / avantages des médicaments, afin que les femmes puissent prendre des décisions éclairées concernant le traitement à suivre [45].

### ❖ **Psychothérapie**

Les revues systématiques et les méta-analyses ont montré que la psychothérapie est une option de traitement efficace pour la DPP et que son effet est modéré et comparable aux effets rapportés sur le traitement psychologique de la dépression en général [27]. Parmi les approches psychothérapeutiques, la thérapie Cognitivo-Comportamentale et la psychothérapie interpersonnelle se sont révélées les plus efficaces.

#### ➤ **Thérapie Cognitivo-Comportamentale [TCC]**

La TCC est un type de psychothérapie brève basée sur le principe que la détresse émotionnelle et les modèles de comportement inadaptés sont associés à

des modes de pensée dysfonctionnels. De cette manière, la TCC se concentre sur l'identification et la modification de schémas de pensée dysfonctionnels [49]. Il existe des preuves que la TCC pour la DPP devrait aborder des sujets spécifiques de la période périnatale (par exemple, les croyances largement répandues liés à la maternité, l'impact de la grossesse et de la naissance d'un enfant sur l'identité de la femme, aux changements dans la capacité de se livrer à des activités qui étaient auparavant importantes) et aux relations interpersonnelles (par exemple, promotion d'un soutien social adéquat ; [50])

Parmi les techniques les plus courantes utilisées dans le TCC pour la DPP [39, 51], comprend :

- Psychoéducation : informations sur les facteurs impliqués dans l'origine et le maintien de la symptomatologie dépressive, ainsi que sur les principes de base de la thérapie Cognitivo-Comportementale ;
- Restructuration cognitive : identification, évaluation et modification des cognitions négatives dysfonctionnelles, à la fois générales et liées à des thèmes spécifiques de la maternité, grâce à l'utilisation de techniques telles que l'analyse logique de données probantes, etc.
- Stratégies d'activation comportementale adaptées
- Formation aux techniques de communication : formation aux techniques de communication assertive, qui aide la femme à demander de l'aide si nécessaire, mais aussi à gérer les opinions non sollicitées de son réseau social.

En outre, des développements récents dans le traitement de la dépression ont mis en évidence le rôle de la TCC de troisième génération. Cependant, la pertinence de ces approches dans la prévention et le traitement de la DPP reste très

rare [52].

### ➤ **Psychothérapie interpersonnelle [TIP]**

La TIP est un type de psychothérapie brève basée sur le principe que la détresse interpersonnelle joue un rôle important dans l'apparition des symptômes dépressifs. La TIP vise à améliorer le fonctionnement interpersonnel de l'individu. La TIP de la DPP a trois objectifs principaux :

- Rémission des symptômes dépressifs ;
- Diminution de la souffrance interpersonnelle (par exemple, conflits, transitions et expériences de perte dans les relations de l'individu) ;
- Construction et activation du réseau de soutien social.

Dans le contexte de DPP, les relations interpersonnelles (avec l'enfant, le partenaire, la famille d'origine et la famille d'origine du partenaire, et amis) et les difficultés associées aux transitions de rôles (par exemple, retour au travail) sont particulièrement importantes dans l'intervention.

### ❖ **Le soutien à l'allaitement**

Une autre mesure non pharmacologique. Il a été démontré un lien entre l'humeur maternelle, le taux d'ocytocine et l'affect maternel pendant les tétées selon un mécanisme neuroendocrinien commun [54]. Des difficultés d'allaitement rendant l'expérience négative pour la mère pourraient engendrer un risque plus élevé de dépression à deux mois du post-partum [55]. Toutefois, l'allaitement maternel n'est pas un moyen de prévention de la DPP [2].

### ❖ **L'accompagnement et l'écoute**

Sont essentiels. Près de 25 % des femmes souffrant d'une DPP ont besoin d'une aide spécifique. Concernant les aspects matériels, il peut être proposé un soutien pour les tâches domestiques (aide-ménagère) ou les soins au nouveau-né

(technicienne de l'intervention sociale et familiale) [56]. Les interventions psychosociales ont montré leur efficacité dans l'amélioration de l'interaction mère-enfant et le développement du nourrisson [2]. Un soutien peut être recherché auprès des groupes d'entraide de mères ou de réseaux locaux comme les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), les écoles des parents et des éducateurs (EPE), les Maisons Vertes ou encore l'association Maman Blues [56].

### III. CHAPITRE III : PSYCHOSE DU POST-PARTUM

#### 1. Définition

Le terme « psychose puerpérale » recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur, survenant typiquement dans les 15 premiers jours suivant la naissance, mais pouvant se manifester tout au long de la première année du postpartum. Ce trouble, connu depuis Hippocrate, est la plus sévère des manifestations psychiatriques du post-partum [4].

La psychose puerpérale est une maladie rare et la plus grave des troubles psychiques du post-partum. Elle apparaît brutalement entre le 3<sup>e</sup> et le 14<sup>e</sup> jour après l'accouchement dans 55 % des cas [57]. Le bébé peut être éloigné transitoirement pendant la période délirante.

Cette urgence psychiatrique nécessite une hospitalisation car elle expose à un risque élevé d'infanticide et de suicide [25].

Les accès survenant plus tardivement (1-2 mois) sont de plus mauvais pronostic et révèlent plus fréquemment une schizophrénie [58].

Même si elle peut atteindre une femme sans antécédent psychiatrique, environ 25 à 50 % des patientes souffrant de trouble bipolaire ont un risque de survenue de psychose puerpérale [2].

Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion est souvent prodromique [58].

Dans le DSM-5, la psychose post-partum est classée dans la section "trouble psychotique bref" du spectre de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques [60].

## 2. Epidémiologie

Sa fréquence est estimée entre 1 et 2% pour 1000 naissances. Il constitue une urgence médico-légale du fait du risque élevé de suicide et d'infanticide [61], complications graves estimées entre 2 et 5 % des cas.

Chez les femmes ayant des antécédents de troubles bipolaires et de psychose du post-partum, le taux est 100 fois plus élevé [62]. Les femmes prises en charge pour trouble bipolaire et pour schizophrénie ont, en effet, un risque élevé de psychoses puerpérales [63].

Les femmes ayant eu une PP sont susceptibles d'avoir de nouveaux épisodes de psychose au cours de leur vie [10].

## 3. FACTEURS DE RISQUES

### 2.1. Facteurs de risque gynéco-obstétricaux

Paramètres cliniques tels que la primiparité [64, 65], perturbation du sommeil [66] et des complications telles que l'augmentation du stress environnemental, la mort périnatale lors de l'accouchement, la malformation congénitale [67] ont été signalés comme étant des facteurs de risque de la PP. En fait, la primiparité est toujours considérée comme une variable importante dans la modélisation des facteurs de risque. Cependant, dans une étude portant sur des femmes qui avaient accouché pour la première fois sans admission préalable en psychiatrie, les complications à la naissance n'avaient aucun effet significatif sur le risque de PP [68].

### 2.2. Facteurs de risque psychiatriques

Les troubles bipolaires ou les épisodes de PP sont les facteurs de risque les plus importants de la psychose post-partum. Dans les deux cas, le risque de PP pendant la période post-partum était comprise entre 25 et 50% [69]. On sait que la

probabilité de développer un trouble bipolaire après une nouvelle psychose affective postpartum est de 40 à 80% [70]. Plus précisément, l'existence d'antécédents personnels de trouble bipolaire majore le risque de survenue de PP [71]. Ces auteurs démontrent dans une étude familiale menée auprès de femmes bipolaires que le risque est plus élevé chez les femmes ayant des antécédents familiaux au premier degré de PP (74 %) que chez celles sans antécédents puerpéraux (30 %) [72]. Les antécédents personnels de PP, toutes formes confondues, ainsi que les antécédents psychiatriques familiaux de troubles de l'humeur sont clairement des facteurs de risque [73]. Certaines études ont montré que 72 à 88% des patients atteints de PP développent un trouble schizo-affectif ou un trouble bipolaire, 12% d'entre eux développent une schizophrénie [74]

### **2.3. Facteurs de risque endocriniens**

Plusieurs hypothèses neuroendocriniennes mettent en avant l'action, par excès ou privation, des estrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine, du cortisol. Toutefois, à ce jour, aucun fait expérimental, aucune démonstration clinique incontestable d'administration d'hormones spécifiques ou de dérivés hormonaux n'ont pu être obtenus [75].

#### 2.4. Facteurs de risques psychosociaux :[1, 4]

- Les troubles du sommeil ;
- Les violences conjugales ;
- Les violences subies dans leur enfance ;
- Un abandon dans l'enfance ;
- Un âge élevé de la mère ;
- Les facteurs socio-économiques : les femmes des quartiers pauvres ont 43% plus de chances de développer une PP que les femmes des quartiers aisés ;
- Le stress environnemental

#### 4. CLINIQUE

Dans la plupart des cas, l'apparition est rapide et dans les deux premières semaines du post-partum [57]. La PP a un âge moyen de 26 ans [76]. Les manifestations précoces incluent des symptômes tels que : [77]

- L'insomnie ;
- Des changements d'humeur ;
- Des pensées obsessionnelles sur le bébé, puis des idées délirantes ;
- Des hallucinations ;
- Un comportement désorganisé ;
- Une agitation psychomotrice ;
- Le rejet de nourriture ;
- La catatonie et de graves changements d'humeur.

Les découvertes psychotiques inhabituelles prennent souvent la forme de références, de persécution, de jalousie, de délires grandioses incompatibles avec l'humeur [60].

Les délires ont souvent un caractère bizarre. Les mécanismes du délire sont classiquement polymorphes et les thématiques centrées sur la maternité, l'accouchement, le bébé ou le conjoint.

On peut voir des hallucinations tactiles et visuelles évoquant le syndrome organique. Des tableaux thymiques graves tels que la dépression, la manie ou des épisodes mixtes sont fréquemment observés [60].

La phénoménologie affective semble être une caractéristique du trouble et est plus fréquente chez les patients atteints de PP que d'autres troubles psychotiques [78].

Parfois, des symptômes cognitifs atypiques tels que la désorientation, la confusion peuvent être observés chez les patients. En raison d'une désorganisation cognitive, les patientes peuvent négliger le nouveau-né et / ou des pratiques dangereuses peuvent survenir pendant qu'ils répondent aux besoins du bébé [79].

On peut voir d'étranges croyances et pensées sur la naissance ou le bébé [60].

Le tableau clinique est différent selon la symptomatologie psychiatrique prédominante. Les troubles psychotiques du post-partum sont essentiellement de trois types : les **troubles thymiques sévères**, les **épisodes délirants aigus** et les **états schizophréniformes**.

#### **4.1. Troubles thymiques sévères :**

##### **4.1.1. Accès dépressif majeur :**

Il correspond souvent à un tableau de mélancolie délirante avec une thématique centrée sur l'enfant. Le trouble apparaît dans les premières semaines suivant la naissance mais prolonge parfois une dépression mineure de la grossesse. Parmi les facteurs de risque, sont observés : des antécédents personnels ou familiaux de psychose maniaco-dépressive, les femmes jeunes (adolescentes), la

primiparité après 35 ans, des malformations du bébé et un post-partum blues sévère. [126]

Les caractéristiques cliniques d'une mélancolie délirante sont: un sentiment d'incapacité, de culpabilité, d'indignité; une désorientation; une absence de reconnaissance des proches; une négation du mariage, de la grossesse et/ou de la maternité; des idées délirantes concernant le nouveau-né (responsabilité d'une menace de mort pesant sur son enfant, conviction d'une substitution d'enfant, de sa mort, d'un changement de sexe, de pratiques maléfiques sur l'enfant et la mère); une allure parfois stuporeuse. L'ensemble de ce tableau est généralement vécu dans une atmosphère d'angoisse de mort omniprésente. [126]

L'intervention doit se faire dans l'urgence car le risque de suicide, d'infanticide ou des deux est fort important [127]. La surveillance et le traitement en milieu hospitalier, sous contrainte si nécessaire, semblent être la solution la plus adéquate (l'idéal étant une unité mère-bébé). L'ECT est une possibilité thérapeutique à ne pas négliger.

#### 4.1.2. Accès maniaque :

Il débute de façon précoce et brutale, le plus souvent dans les deux premières semaines post accouchement. Dans 50% des cas, l'évolution se fait vers une mélancolie.

Les caractéristiques cliniques sont multiples : désorganisation psychotique (désorientation, agitation) ; hallucinations renforçant les idées mégalomaniaques de toute puissance, d'être investi d'une mission divine ; parfois persécution ou érotomanie (délire dans lequel le sujet croit être aimé et qui le fait évoluer par différents stades d'illusion, d'espoir, de désillusion et de rancœur) ; souvent état mixte avec accès dépressifs majeurs ou avec une psychose puerpérale.

#### 4.2. Psychose délirante aiguë :

Cette entité est aussi connue sous les noms de bouffée délirante aiguë, psychose oniroïde, épisode confuso-délirant en fonction de leurs caractéristiques cliniques.

Les premières manifestations sont des insomnies intenses, des cauchemars, une anxiété importante (en particulier centrée sur l'état de la peau du bébé), des comportements étranges, des symptômes rappelant le blues du troisième jour avec accentuation, une confusion mentale apparaissant progressivement (initialement vespérale) ainsi qu'un désintérêt croissant pour le nourrisson.

Des symptômes hypomaniaques (états d'excitation passagers inhabituels) sont à déceler car ceux-ci sont typiquement retrouvés, précocement après la naissance, chez les femmes qui développent une psychose puerpérale [128].

Parfois tout ceci est précédé par des perturbations anxio-dépressives en fin de grossesse (d'où l'importance d'y être attentif) et/ou par un post-partum blues sévère.

Ensuite vient la « bouffée délirante » proprement dite, dont le début est brutal, dès les premiers jours du post-partum, avec un pic de fréquence au dixième jour. Les accès survenant plus tardivement sont de mauvais pronostic et révèlent parfois une schizophrénie.

❖ Au stade d'état :

Comprend trois composantes :

- **DYSPHORIE** : Fréquemment au premier plan, sous forme d'alternance rapide, dans la même journée, de moments à tonalité mélancolique (risque d'actes auto- et hétéro-agressifs sur l'enfant) et d'accès de type maniaque (excitation intense). L'angoisse est très importante.

- CONFUSION : Désorientation spatio-temporelle, perturbation du rythme veille-sommeil, onirisme transitoire, perplexité anxieuse, hallucinations
- DELIRE :
  - De persécution : les idées délirantes et les hallucinations (auditives et visuelles) sont centrées sur la naissance et sur l'enfant (négation du mariage, négation de la maternité, doute sur l'origine de l'enfant ou sur son sexe ; crainte que l'enfant ne soit menacé de mort, qu'une malédiction pèse sur lui, qu'il soit malade ou malformé).
  - Confusion d'identité entre la maman et son enfant sur lequel elle projette des éléments délirants en rapport avec sa propre mère.
  - Parfois, les délires ont une tonalité mégalomaniacque (délires de grandeur).

L'évolution est variable avec une influence de l'entourage sur les signes cliniques et leur intensité. Le pourcentage de suicide à court et long terme est estimé à 5% et environ 4% des femmes commettront un infanticide [129].

Dans la plupart des cas, l'évolution est favorable en quelques semaines. Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure diminue avec l'augmentation de l'intervalle entre deux grossesses et augmente par l'existence d'épisodes antérieurs non puerpéraux. Le taux de récurrence est également moins important lorsque l'épisode psychotique aigu débute précocement dans le postpartum, qu'il est accompagné de signes confusionnels et dénué de troubles thymiques

Le risque de récurrence par grossesse varie entre 20 et 30%. Il faut noter que 50 à 65% des patientes rechutent sur un mode thymique (essentiellement bipolaire) en dehors de toute période puerpérale, ce risque de rechute étant moins élevé pour

les mères ayant des antécédents exclusivement puerpéraux. La chronicisation sous la forme d'une schizophrénie est à suspecter devant la survenue tardive du trouble et la présence d'une discordance affective durant l'épisode.

Il s'agit d'une urgence thérapeutique. Le diagnostic précoce et la prise en charge immédiate permettent de réduire le risque de mortalité maternelle et/ou infantile, d'assurer autant que possible une récupération complète et de prévenir le risque d'épisodes futurs [63].

Une hospitalisation dans un service spécialisé de psychiatrie comme une unité mère-bébé est à envisager sous plusieurs conditions. Il faut que cela soit compatible avec les agissements de la patiente et que les risques d'actes hétéro-agressifs envers le nouveau-né ne soient pas trop importants. S'il n'y a pas d'unité de ce type disponible dans un service de psychiatrie, l'idéal est d'hospitaliser la mère seule et d'arranger des moments de contact avec son bébé qui favoriseront son évolution. Quoi qu'il en soit, un soutien psychothérapeutique est nécessaire, centré sur la mère et sur la relation mère-enfant, avec la participation du père.

Un traitement adapté par neuroleptiques, entrepris précocement en milieu hospitalier, donne souvent de bons résultats après deux ou trois semaines. Notons qu'une étude récente a montré qu'utiliser des œstrogènes en prévention d'une psychose du post-partum, pour contrecarrer la chute œstrogénique liée à l'accouchement, n'apporte pas d'avantage probant [75].

En cas d'échec des neuroleptiques ou si le risque de suicide/infanticide est présent (cas sévères), l'ECT demeure la meilleure option thérapeutique [130]. De plus, elle permet une résolution rapide des symptômes, ce qui fait parfois poser l'indication d'ECT bien plus précocement que l'utilisation de moyens

pharmacologiques. Finalement, un suivi de la patiente, et éventuellement de son enfant, sera assuré.

Le diagnostic différentiel se fait avec la réactivation d'une psychose schizophrénique ou d'un délire oniroïde, une psychose maniaco-dépressive ou une psychose aiguë organique (pathologies infectieuses - « encéphalite psychotique puerpérale », rarissime ; pathologie vasculaire - thrombophlébite cérébrale provoquant des céphalées ; pathologies neurologiques - crises comitiales et signes neurologiques focalisés ; intoxications - drogues, médicaments).

#### **4.3. Etats schizophréniformes :**

Appelés ainsi car prenant les formes cliniques de la schizophrénie, ces troubles psychiques peuvent se voir très précocement chez la mère après l'accouchement.

Pour rappel, le DSM-IV-TR attribue le terme «schizophréniforme» à un trouble d'allure schizophrénique dont la durée dépasse un mois, mais ne dure pas plus de six mois.

## **5. CONSEQUENCES SUR LA FAMILLE**

La PP est une réelle urgence psychiatrique avec un danger majeur, qui réside en une agressivité physique et morale envers son enfant pouvant aller jusqu'à l'infanticide et/ou suicide.

### **5.1. L'infanticide**

L'infanticide se définit comme le meurtre d'un enfant de moins de un an [80].

4% des femmes commettent un infanticide après leur accouchement : on parle de femmes filicides. Sur une étude de 45 femmes filicides, 75,6% avait été diagnostiquées avec une DPP et 24,4% avec un trouble bipolaire à leur admission. A leur sortie, 73,3% avait été rediagnostiquées avec des troubles bipolaires [80].

Dans une étude, 28 à 35% des femmes admises avec un diagnostic de PP présentaient des idées délirantes au sujet de leur bébé, mais seulement 9% d'entre elles avaient des pensées de persécution à propos de leur bébé [60].

Dans une étude, 16 cas d'infanticide ont été examinés et il a été rapporté que ces mères étaient atteintes de symptômes dissociatifs [81]. Ces patientes ont nié la gravité et les douleurs à la naissance ; habituellement ont eu des hallucinations, une amnésie courte et une dépersonnalisation. Pour cette raison, la prudence contre les pensées suicidaires ou infanticides est justifiée et les mesures d'urgence et des mesures pour assurer la sécurité du patient doit être prise [60]. Bien que rare, le taux de mortalité infantile, qui est le tableau le plus dramatique, a été rapporté à 4% et est associé à la négation de la grossesse [82].

## 5.2. Le suicide

Le suicide représente 28% des décès maternels. Le risque de suicide aurait été multiplié par 70 au cours de la première année après la naissance. Le suicide est une cause importante de décès maternel et un suicide complet a été signalé chez 2 femmes sur 1 000 atteintes de PP [83]. Les tentatives de suicide peuvent être agressives et irréversibles.

## 6. Prévention et Dépistage

### 6.1. Prévention

L'interruption de grossesse n'apparaît pas comme un moyen prophylactique [84]. La prévention repose sur la recherche systématique des antécédents psychiatriques, une surveillance clinique étroite surtout en fin de grossesse et durant les 15 premiers jours du post-partum. L'usage de psychotropes, principalement régulateurs de l'humeur, reste discuté durant la grossesse, mais fait l'objet d'un plus large consensus dans le post-partum immédiat [4].

Les 90 jours suivant la naissance est une période à risque de PP, chez les femmes avec ou sans antécédents psychiatriques. La reconnaissance de cette période à risque permet de prévenir et de minimiser certains facteurs de risque comme le trouble du sommeil et les facteurs de stress. La surveillance clinique devra être accentuée afin de détecter et de traiter les premiers symptômes, et d'éviter une décompensation sévère [85].

## 6.2. Dépistage

Deux tests ont été mis en évidence pour détecter une dépression ou une manie/hypomanie : l'EPDS et le MDQ [63]

L'EPDS révèle la présence d'une humeur dépressive persistante, d'une anhédonie, d'une culpabilité, d'une anxiété ou de pensées d'automutilation [63].

Le MDQ (questionnaire des troubles de l'humeur) révèle la présence de symptômes passés et actuels d'euphorie, de parole sous pression, d'hyper-irritabilité, d'excès d'énergie, de pensées qui défilent ou de symptômes liés à la manie ou à l'hypomanie [63].

## 7. EVOLUTION

Des études longitudinales indiquent un bon pronostic pour les femmes qui ont eu une PP après un diagnostic de trouble bipolaire. Après un seul épisode de PP, 75 à 86% des symptômes sont complètement guéris [86]. Parmi les patients atteints de schizophrénie ; 50% sont guéris après un épisode de PP, 33% ont eu des épisodes de PP récurrents et 5% ont résisté au traitement après un grand nombre de récives puerpérales et non puerpérales [87]. Les femmes qui ont reçu de l'aide dans le mois qui a suivi l'accouchement ont eu des résultats favorables et moins d'incapacités à long terme que les femmes atteintes de PP tardive ; (13% et 33% respectivement) [88].

En effet, même si le pronostic de l'épisode est bon, 50 % des femmes rechutent lors des grossesses suivantes [89]. Il est donc indispensable de programmer les prochaines grossesses et de sensibiliser à la psychoéducation.

Le pronostic des accès aigus reste globalement favorable : sous traitement, les symptômes cèdent en quelques semaines mais le taux de rechutes précoces est cependant élevé. A long terme, le taux global de récives puerpérales et non puerpérales est évalué à plus de 50 %. Les rechutes sont plus fréquentes lorsque l'intervalle entre deux grossesses est court et lorsqu'il existe des antécédents non puerpéraux, en particuliers de troubles bipolaires. Le début brutal et précoce et l'absence de signe pré morbide seraient des facteurs de bon pronostic [85]. La présence de signes évoquant un trouble schizophrénique, la discordance affective notamment, ainsi que la survenue des troubles dans le post-partum tardif augmentent nettement le risque de passage à la chronicité [82].

## 8. PRISE EN CHARGE

### Hospitalisation

La PP est une urgence qui nécessite une intervention médicale immédiate et une hospitalisation. La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu spécialisé, avec ou sans son consentement pour des soins maternels et pour la sécurité du bébé [60].

Eliminer une cause somatique et un diagnostic différentiel [13]

→ *Imagerie cérébrale (IRM +/- EEG) / TSH / NFS-CRP*  
/ glycémie

Savoir évoquer un diagnostic différentiel : [13]

- ❖ Du syndrome confusionnel : TVC +++ / rétention placentaire / méningo-encéphalite
- ❖ Du délire aigu : état maniaque délirant / mélancolie délirante / schizophrénie

Dans le traitement, les stabilisants de l'humeur, les antipsychotiques, les électrochocs et les benzodiazépines sont les médicaments de choix en première ligne. Il n'y a pas d'essais randomisés pour ECT dans la PP. Des résultats de traitement positifs ont été rapportés avec l'ECT dans une série de 5 cas résistants au traitement de la PP [90]

Mesures associées : arrêt de l'allaitement (bandage des seins) [13].

Tout comme dans les épisodes dépressifs caractérisés sévères du post-partum, les épisodes maniaques du post-partum sont une indication à des soins au sein d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. Cependant, du fait de l'intensité des symptômes, ce n'est possible qu'après une période d'hospitalisation

pour la mère seule. Les contacts mère-bébé sont réinstaurés dès que possible et médiatisés par des soignants [19].

Suivi ambulatoire pluridisciplinaire [psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, médecin généraliste et service de la protection maternelle infantile (PMI)], avec **psychothérapie** individuelle pour la mère et consultations thérapeutiques mère bébé, dès la sortie de l'hospitalisation [19].

## IV. CHAPITRE IV : Troubles anxieux

Les symptômes anxieux peuvent être isolés ou associés à d'autres entités cliniques du post-partum [19].

Certains tableaux cliniques présentent des spécificités.

Apparition ou aggravation d'un trouble obsessionnel compulsif :

- les phobies d'impulsion sont des angoisses de passage à l'acte à l'égard du bébé, qui peuvent aller jusqu'à la phobie d'infanticide. La mère reconnaît le caractère déraisonnable de ses pensées. Ces phobies d'impulsion ne sont pas un facteur de risque de passage à l'acte hétéro agressif ;
- un trouble de stress post-traumatique peut marquer les suites d'un accouchement ayant eu lieu en urgence et/ou avec des complications obstétricales.

La prise en charge des troubles anxieux se fait en ambulatoire le plus souvent. Une hospitalisation est indiquée, au mieux en unité mère-enfant, en cas de complications dépressives et/ou suicidaires ou d'un retentissement important sur la relation mère bébé. Des mesures hygiéno-diététiques sont préconisées. Le traitement psychothérapeutique se fait selon différentes modalités que peuvent être associées : techniques de relaxation, psychothérapie de soutien, thérapie Cognitivo-Comportamentale ou d'inspiration analytique.

# PARTIE PRATIQUE

## I. NOTRE TRAVAIL

### 1. OBJECTIFS

Dans le cadre de cette étude, nous avons défini des objectifs pour permettre de mieux déterminer les contextes et les facteurs de risques prédisposant aux troubles psychiatriques du post-partum notamment le blues du post-partum, la dépression du post-partum et la psychose puerpérale.

Les objectifs de notre étude étaient comme suit :

- Préciser la prévalence des principaux troubles psychiatriques du post-partum à l'hôpital psychiatrique IBN AL HASSAN II à Fès.
- Dépister les facteurs de risque prédisposant a un trouble psychiatrique du post-partum.
- Décrire les modalités thérapeutiques et évolutives de ces troubles.

### 2. MATERIEL ET METHODE

#### 2.1. Matériel :

##### 2.1.1. Type d'étude :

Notre étude est rétrospective, réalisée au service de psychiatrie universitaire, hôpital IBN ALHASSAN CHU HASSAN II à Fès.

L'étude a porté en définitive sur 39 patientes.

##### 2.2.1. Période d'étude

Notre étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> Janvier 2007 au 31 Décembre 2018.

##### 2.3.1. Population d'étude :

###### 2.3.1.1. Echantillonnage

Le nombre de cas retenus dans notre étude correspond au nombre des cas de troubles psychiatriques au cours du postpartum recensés durant notre période d'étude soit 39 cas.

### 2.3.2.1. Critères d'inclusion

Les dossiers inclus dans l'étude comportaient les informations complètes depuis la consultation, en passant par l'hospitalisation au service de psychiatrie universitaire, hôpital IBN ALHASSAN CHU HASSAN II à Fès.

### 2.3.3.1. Critères d'exclusion

Les dossiers incomplets n'étaient pas retenus pour l'étude.

## 2.2. Méthode :

Pour chaque patiente recrutée, une fiche d'exploitation a été établie, remplie à partir des dossiers médicaux et précisant les données épidémiologiques, cliniques et biologiques (voir Annexe).

Les données sont traitées Microsoft Excel et traitement statistique SPSS

### 3. RESULTATS

#### 3.1. Prévalence :

Durant la période de l'étude, 3231 patientes ont été hospitalisée au service de psychiatrie universitaire, hôpital IBN ALHASSAN CHU HASSAN II à Fès. Un trouble psychiatrique du post-partum a été retrouvé chez 45 patientes.

La prévalence estimée de cette pathologie était donc de 1,4%.

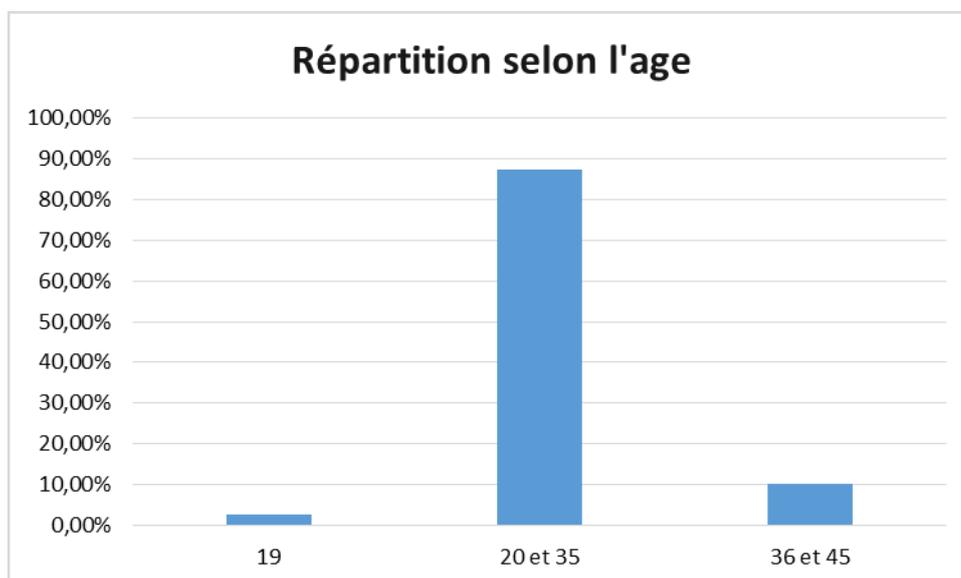
#### 3.2. Donnés sociodémographiques : (tableau I)

On a eu 45 cas des troubles psychiatriques du post-partum admis au service de psychiatrie IBN AL HASSAN II pendant 11 ans. Seulement 39 ont été retenus pour notre étude. On a eu 6 cas dont les dossiers médicaux n'étaient pas exploitables.

##### 3.2.1. Répartition selon l'âge

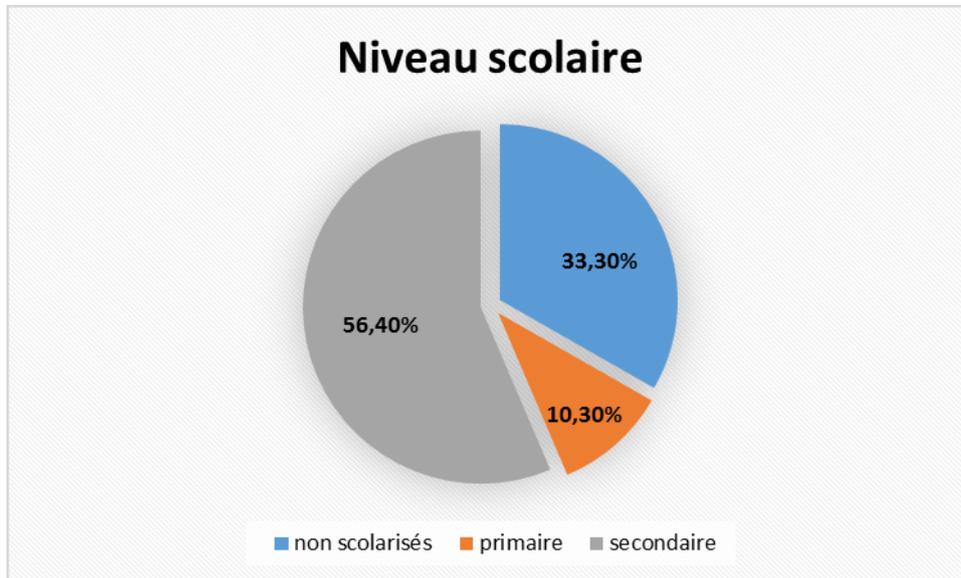
L'âge des patientes qui font partie de notre étude varie entre 19 ans et 45 ans avec une moyenne de 28 ans.

La tranche d'âge la plus touchée se situe entre 20 et 35 ans avec un Pourcentage de 87,2 % (n=34), alors que les patientes âgées de 19 ans représentent 2,6% (n=1) et finalement celles âgées entre 36 et 45 ans ne représentaient que 10,2% (n=4) des cas.



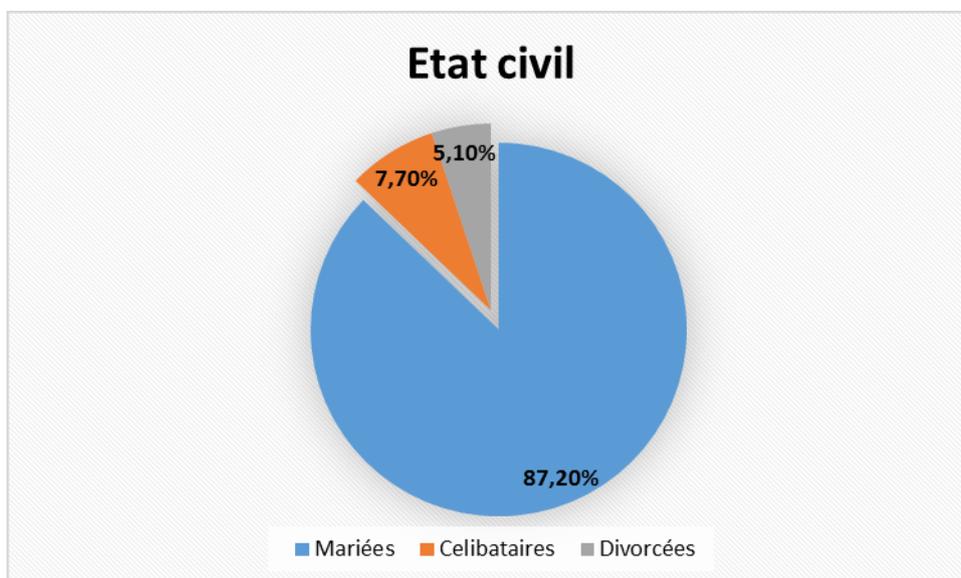
### 3.2.2. Le niveau scolaire :

56,4 % (n=22) sont scolarisées jusqu'au secondaire, 33,3% (n=13) sont non scolarisées, 10,3% (n=4) sont scolarisées jusqu'au primaire.



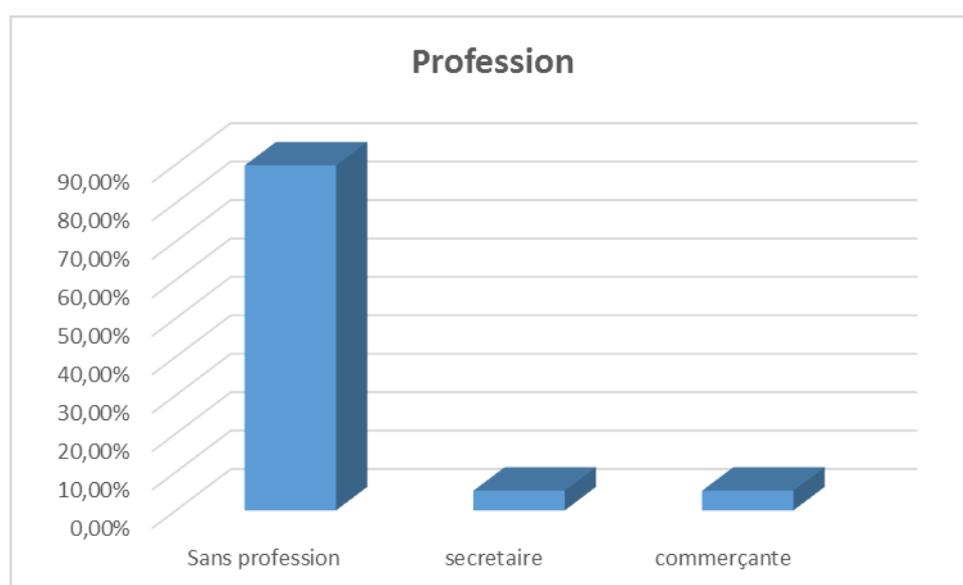
### 3.2.3. État Civil :

La majorité des patientes (87,2%, n=34) étaient mariées, 7,7% (n=3) étaient célibataires, 5,1% (n=2) étaient divorcées.



### 3.2.4. Profession :

La majorité des patientes 89,7%,( n=35) étaient sans profession, 10,3% (n=4) des femmes exerçant une profession. La majorité des patientes étaient de niveau socioéconomique bas. Aucune patiente n'était de niveau haut. Sur les 39 femmes recrutées la majorité était des femmes au foyer n'ayant aucun revenu personnel. Celles qui avaient des emplois rémunérées ne touchent que des salaires dérisoires



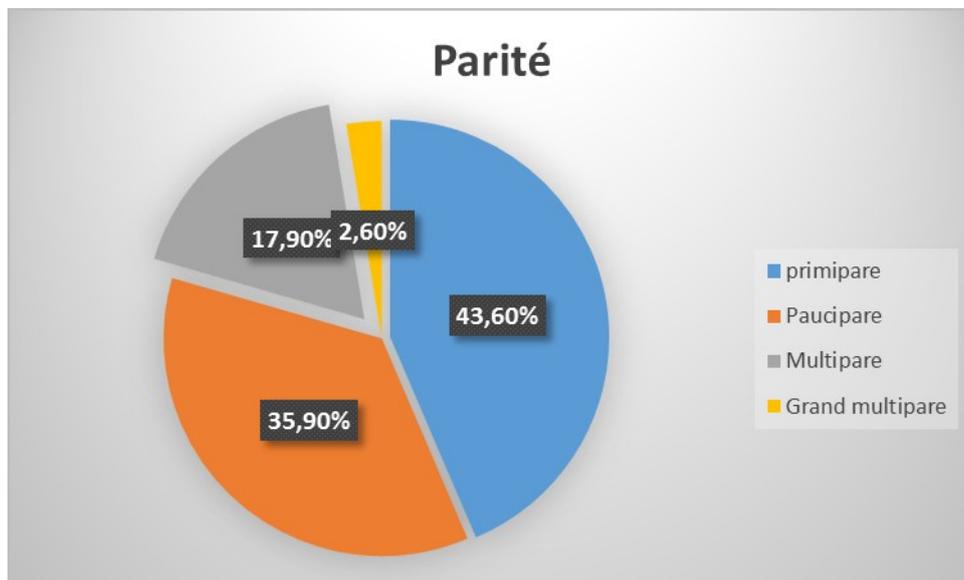
### 3.2.5. Couverture Sociale :

Plus de la moitié des patientes 53,8% (n=21) étaient ramedistes, 41,0% (n=16) n'avaient aucune couverture sociale, et 5,1% (n=2) étaient mutuelle.

### 3.2.6. Parité :

Nous avons classé les patientes selon la parité en 3 groupes : primipare, paucipare (1 à 3 accouchements) multipare (4 à 6 accouchements) et grand multipare ( $\geq 7$  accouchements).

Le groupe le plus représenté était celui des primipares 43,6% (n=17), 35,9 % (n=14) étaient paucipares, 17,9 % (n=7) des multipares, 2,6% (n=1) grands multipares.



**Tableau I-Données démographiques.**

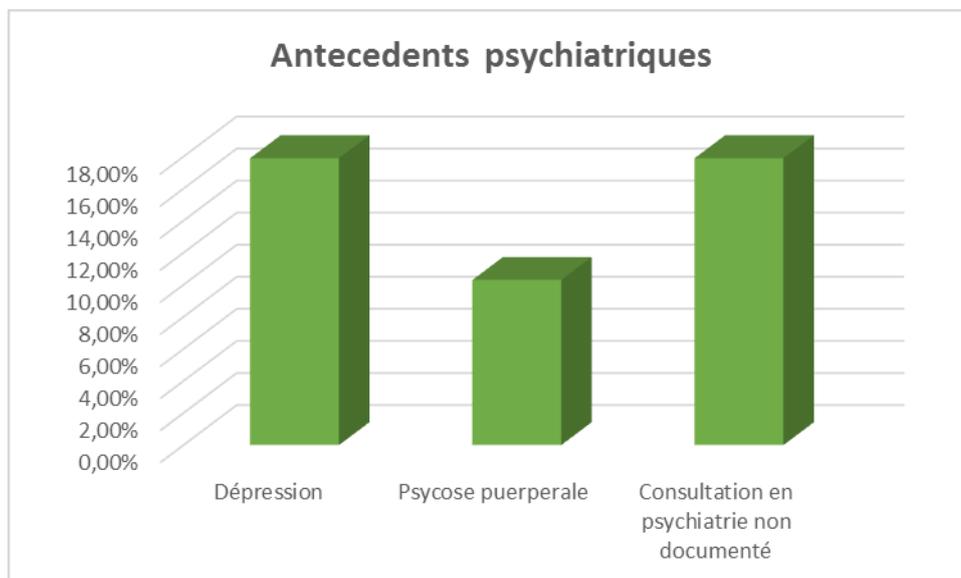
<b>PARAMETRES</b>	<b>EFFECTIF (N= 39)</b>	<b>%</b>
<b>Tranche d'âge</b>		
<20 ans	1	2,6%
20-35 ans	34	87,2%
>35 ans	4	10,2%
<b>Parité</b>		
Paucipares (1 à 3 accouchements)	31	79,5%
Multipares (4 à 6 accouchements)	7	18%
Grandes multipares (>/= 7 accouchements)	1	2,6%
<b>Situation Matrimoniale</b>		
Mariée	34	87,2%
Célibataires	3	7,7%
Divorcée	2	5,1
<b>Profession</b>		
Commerçantes	1	2,6%
Salariées	3	7,7%
Sans profession	35	89,7%

### 3.3. Répartition selon les antécédents Personnels :

L'analyse des antécédents chez les parturientes de notre étude a révélé les résultats suivants :

#### 3.7.1. Antécédents psychiatriques

Quant aux antécédents personnels, plus de la moitié de patientes 53,8% (n=21) n'avaient signalé aucun problème psychiatrique antérieur. **46,2% (n=18)** des patientes avaient des problèmes psychiatriques tels que 7 soit 17,9% de cas de dépression mises sous AD, 4 soit 10% de cas de psychose puerpérale (dont une patiente avait un ATCD de PP lors de son 2eme accouchement, une autre a rapporté la notion de PP lors du 3eme et 4eme accouchement, et deux autres patientes avaient rapporté la notion de PP après le premier accouchement) et 7 soit 17,9% de cas avec notion de consultation en psychiatrie non documenté.



#### 3.7.2. Antécédents Toxique

Dans les antécédents toxiques aucune patiente n'avait signalé l'usage de substances.

### 3.7.3. Antécédents médicaux

Dans les antécédents médicaux de nos patientes on a noté 1(un) cas de pathologie dermatologique 1 cas d'Asthme et 1 cas d'épilepsie sous Valproate de sodium 1500mg ; soit 7,7 % (n= 3).

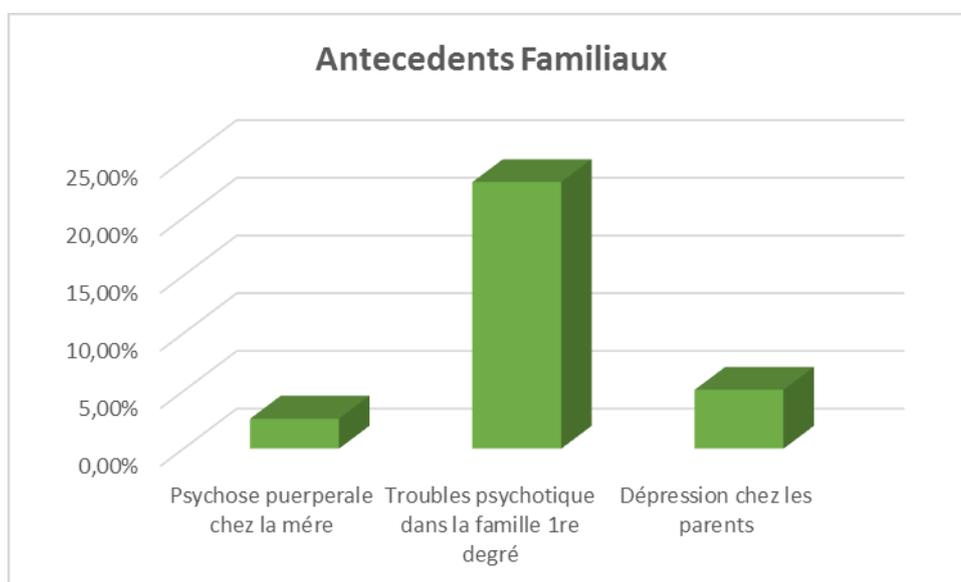
### 3.7.4. Antécédents chirurgicaux

Dans les antécédents chirurgicaux on a noté 1 cas de traumatisme vertébral et des membres inférieurs après une TS (tentative de suicide).

### 3.4. Répartition selon les antécédents Familiaux

Une de nos patientes a rapporté la notion de psychose puerpérale chez sa mère (n=1) 2,6%. 9 cas (23,1 %) ont rapporté la notion de troubles psychotiques dans la famille première degré. 2 cas (5,1%) ont rapporté la notion de dépression (1 cas chez la mère et 1 cas chez le père).

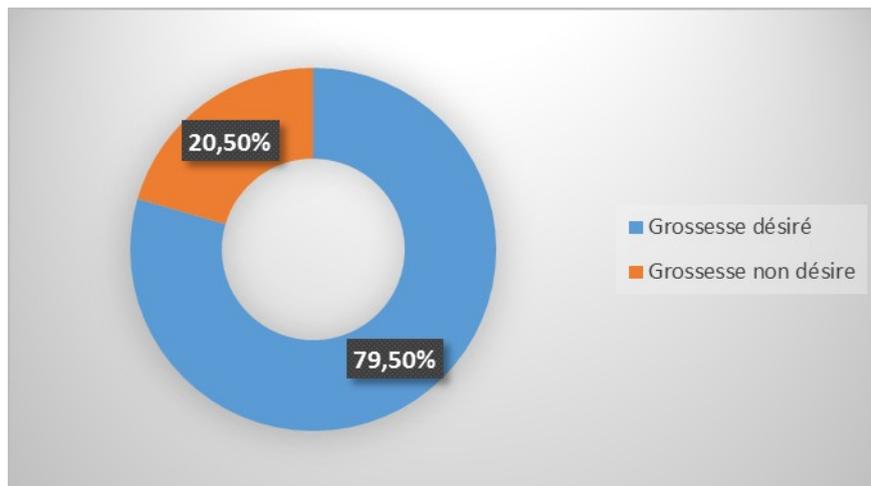
Plus de la moitié de patientes 69,2% (n=27) n'ont aucun membre de leur famille avec un antécédent psychiatrique.



### 3.5. Le déroulement de la grossesse et l'accouchement

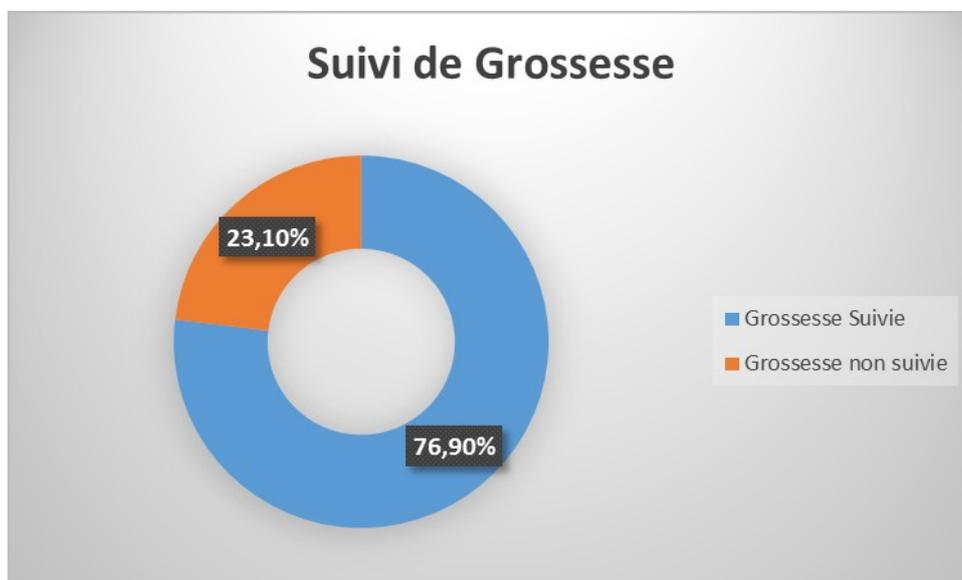
Le déroulement de la grossesse a été marqué chez les patientes de notre série par :

- 8 cas (20,5%) de grossesses **non désirées**

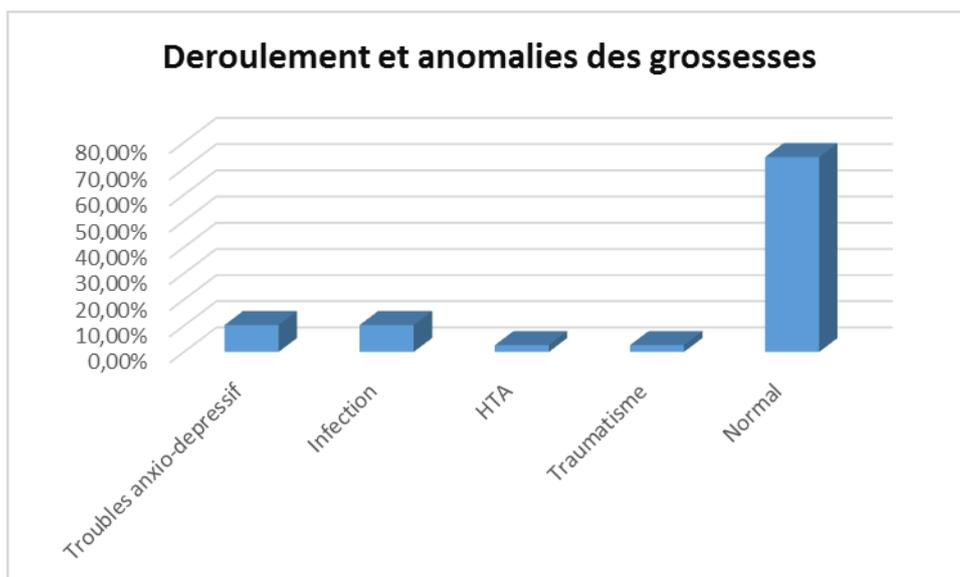


➤ **Suivi des grossesses :**

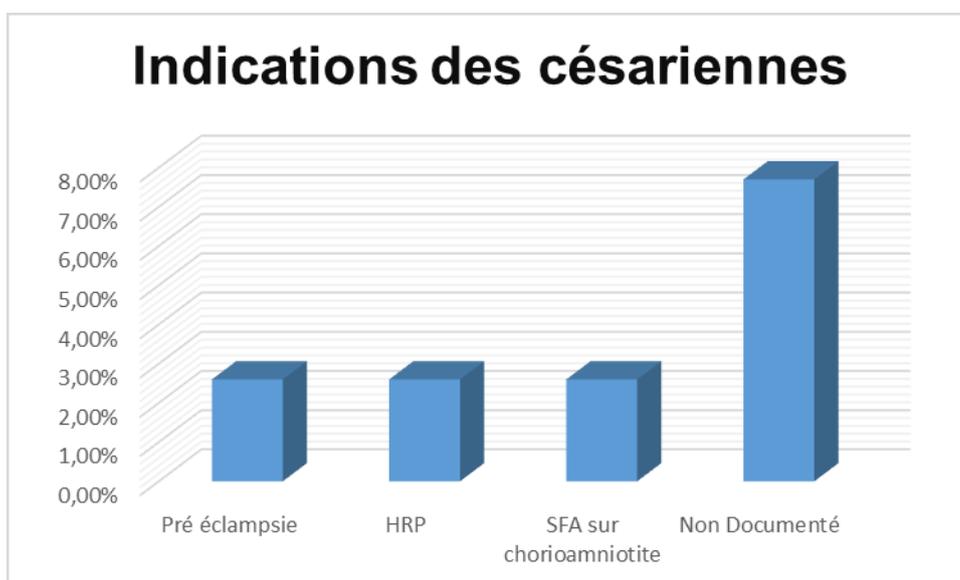
- On a trouvé 9 cas (23,1%) de grossesses non suivies,



- 10 cas (25,6%) des grossesses anormale (4 cas de troubles anxio-dépressifs, 4 cas d'infection, 1 cas d'HTA et 1 cas de traumatisme.)



- 84,6% soit 33 cas avaient un **accouchement normal** dont 2 cas soit 5,1% d'accouchement prématuré.
- 15,4% soit 6 cas **d'accouchement par césarienne** dont l'indication était 1 cas de pré éclampsie, 1 soit 2,6% de cas d'Hématome retro placentaire (HRP), 1 soit 2,6% de cas de SFA sur chorioamniotite et 3 soit 7,7% des cas non documentés.



En ce qui concerne les événements de la vie qui induisent un stress durant la grossesse, 28,2% (n=11) des femmes qui ont accouché ont été identifiées au cours de la dernière grossesse, dont 1 femme a rapporté le décès de sa mère par suicide par pendaison), 8 autres femmes ont rapporté un conflit conjugal ou insatisfaction conjugale et 2 patientes ont été victime de viol aboutissant à la grossesse et 71,8% (n=28) des femmes ont nié de tels événements.

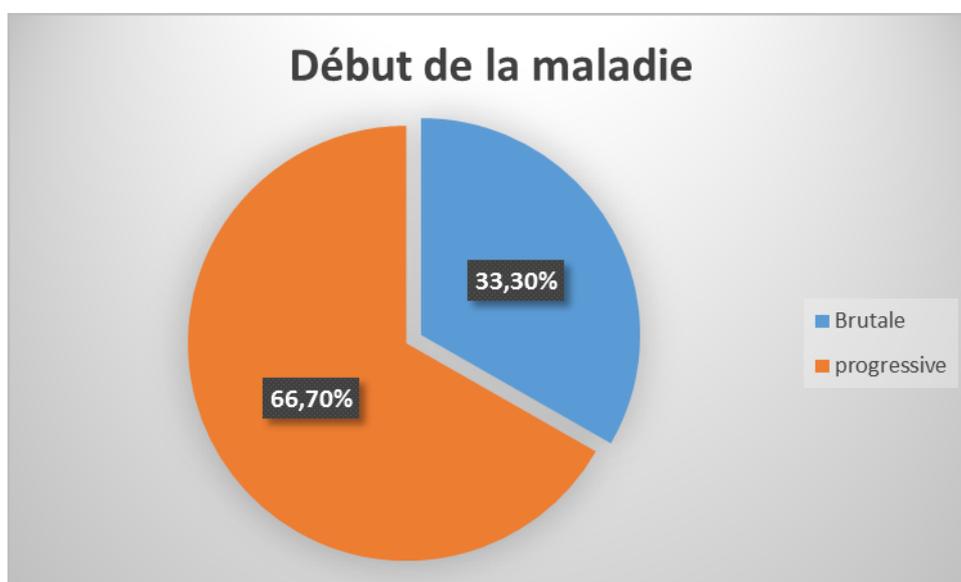
### 3.6. Mode de recrutement :

15,4% (n=6) ont été référées du CHU Hassan II de Fès service de gynécologie ou des médecins généralistes.

### 3.7. La symptomatologie clinique

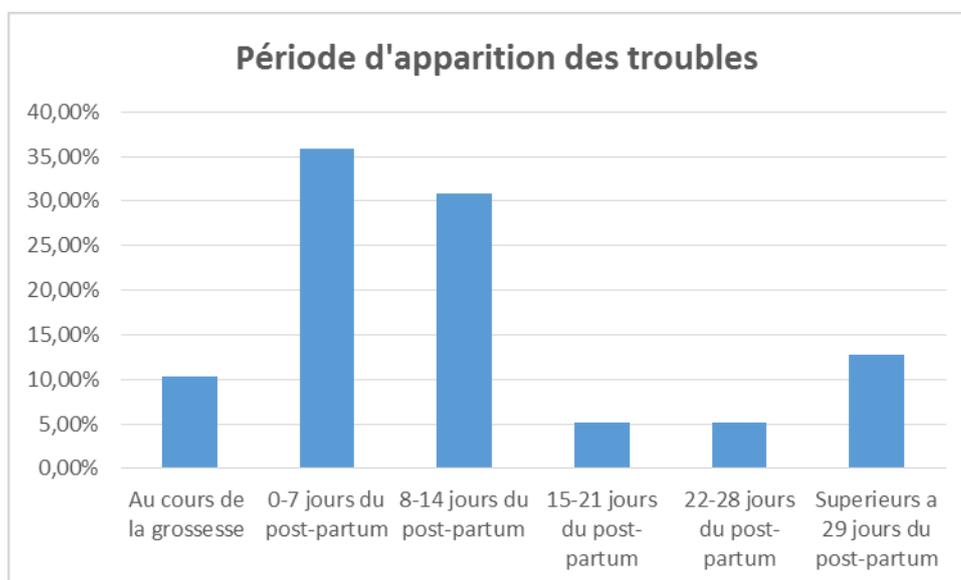
#### 3.7.1. Début de la maladie :

Selon le début de la maladie 66,7% (n=26) avaient un début progressif alors que 33,3% (n=13) avaient un début brutal.



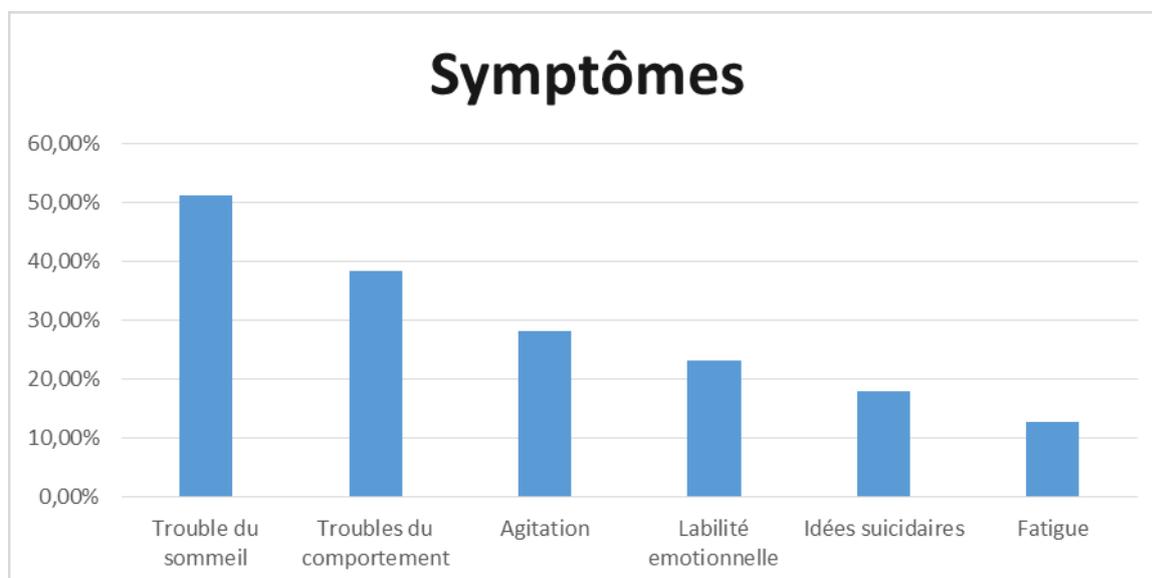
### 3.7.2. Période d'apparition des troubles :

Selon la période d'apparition des troubles la plupart étaient observés en post-partum (89,7%, n=35), et dans 4 cas (10,3%), étaient apparus pendant la grossesse dont 1 cas de trouble anxieux et 3 cas de troubles dépressifs.



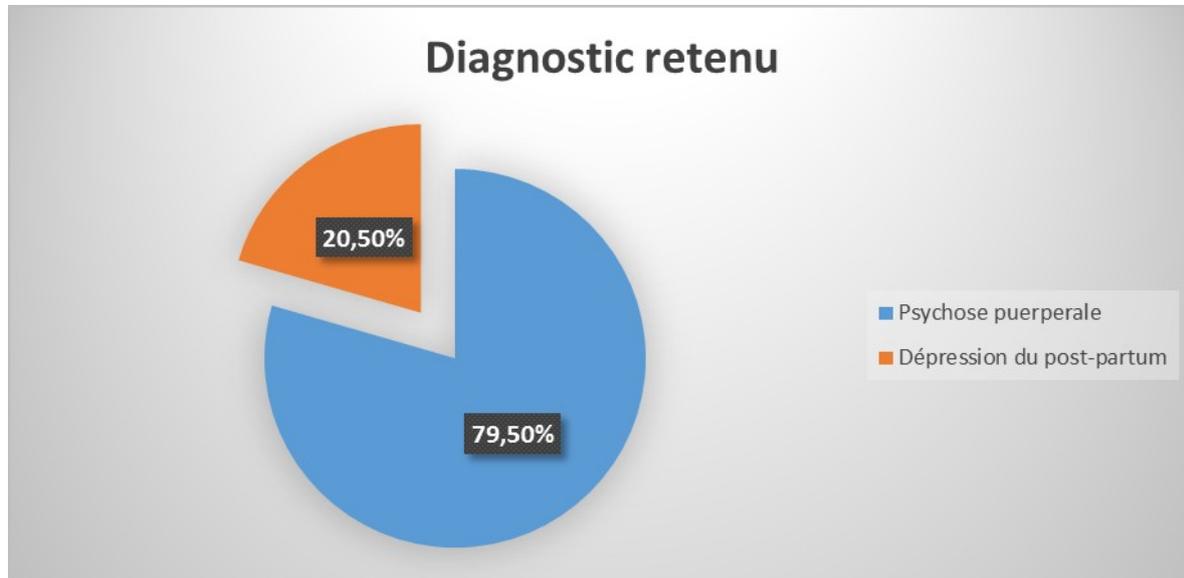
### 3.7.3. Symptômes :

Le symptôme le plus fréquemment retrouvé était le trouble du sommeil 51,3% (n=20), suivi du trouble du comportement 38,5% (n=15), 28,2% (n=11) d'agitation, 23,1% (n=9) de labilité émotionnelle 23,1% (n=9) Idée d'infanticide, 17,9 % (n=7) d'idées suicidaires, et 12,8% (n=5) de Fatigue.



### 3.8. Diagnostic Retenu

La psychose puerpérale était la plus fréquente 79,5% (n=31), Suivie des dépressions du post-partum 20,5% (n=8).



### 3.9. Prise en charge

L'hospitalisation avait une durée de 1 à 60 jours, avec une moyenne de 16,67 jours.

Au cours de l'hospitalisation des examens paracliniques ont été demandés :

#### Biologie :

##### Hémogramme :

25,6% (n=10) de nos patientes avaient bénéficié d'une NFS qui a objectivé une anémie hypochrome microcytaire chez 15,4% (n=6)

##### Bilan inflammatoire : VS, CRP,

25,6% (n=10) de nos patientes avaient bénéficié d'un bilan inflammatoire revenant en faveur d'un syndrome inflammatoire chez 2 patientes soit 5,1%

#### Bilan radiologique :

La TDM/IRM a été réalisé chez 17,9% (n=7) des patientes à fin d'éliminer une cause somatique et un diagnostic différentiel, revenu normal.

### Traitements et évolution :

Des médicaments psychotropes ont été instaurés pour traiter chaque affection tels que les neuroleptiques soit 84,6%, les antidépresseurs soit 38,5%, les anxiolytiques dans 59% de cas et les thymorégulateurs 12,8%.

Les NL les plus fréquemment utilisés étaient :

- Les NL classiques injectables : L'Halopéridol et la Chlorpromazine qui ont été switchés ou associés la majorité des cas par des :
  - **NL atypiques** : par voie orale « plus fréquemment l'Olanzapine a une dose de 5–10mg, l'amisulpride a une dose 100–200mg, ou le Zyprazidone 40mg ».
  - **NL Classique** : par voie orale, plus fréquemment la Chlorpromazine à une dose de 150–200mg et la Lévomépromazine à une dose de 150mg

Concernant les antidépresseurs, la Clomipramine (Anafranil\*) en perfusion était le plus prescrit suivi des inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que la Sertraline et la Fluoxétine et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et la noradrénaline (IRSNA) comme la Venlafaxine.

Pour les anxiolytiques, le Diazépam en Injectable ou par voie orale était le plus fréquemment utilisé.

Un traitement thymorégulateur était nécessaire dans 5 cas soit 12,8%

**L'évolution sous traitement** était favorable dans 38 cas, soit 97,4% une bonne amélioration avec rémission complète.

Par ailleurs, l'évolution était marquée par la persistance de la symptomatologie avec plusieurs tentatives de suicide dans 2,6% (n=1).

En ce que concerne **le mode de sortie** :

35,9% (n=14) sont sortie par SCAM (à la demande de la famille), 64,1% (n=25) ont eu une sortie ordinaire.

**Suivi en consultation** :

La majorité de nos patientes ont été suivi en consultation ambulatoire soit 74,4% (n=29). L'évolution à long terme a été marquée par l'apparition de **5 cas** (12,8%) de troubles bipolaires avec plusieurs hospitalisations, **2 cas** (5,1%) de trouble dépressif caractérisé misés sous AD et **1 cas** (2,6%) qui a évolué vers un trouble schizoaffectif mis sous NL classiques et thymorégulateurs (Valproate de sodium), **21 cas** 53,8% avaient été stabilisées ou guéries.

Nous avons révélés 10 cas soit 25,6% perdues de vue non revenues à la consultation ambulatoire.

Résultats analytiques :

Vu l'effectif réduit de notre échantillon, on n'a pas pu faire des traitements statistique analytique.

## II. DISCUSSION

En dépit du fait que ce travail a été réalisé dans un service spécialisé, nous avons constaté que les troubles psychiatriques et psychopathologiques chez les accouchées représentaient 1,4 % de l'ensemble des malades femmes hospitalisées au service de psychiatrie universitaire, hôpital IBN ALHASSAN CHU HASSAN II à Fès. Ce taux est similaire à celui de BOUSSAT et al [133] qui avaient trouvé entre 0 et 5%. Il est inférieur à celui de DURAND-COMIOT [92] et de Perret [101] qui avaient relevé respectivement 15 et 30%. Ces affections souvent méconnues ne sont malheureusement pas exceptionnelles.

Notre étude était constituée d'une population relativement jeune : 60% étaient âgée de moins de 35 ans (en pleine période d'activité génitale) ; cette distribution se rapproche statistiquement de celle d'IHEZUE [91] qui a trouvé une majorité des patientes entre 20 et 29 ans (50,9%) et 34,4 % seulement entre 30 et 40 ans sur une population d'étude de 57 parturientes. Des études menées par O'Hara et Swain [104] et Beck [29] ont montré que le développement de la dépression du postpartum et l'âge de la mère n'avaient aucune relation et la même chose a été déduite dans notre étude. De même pour la distribution **selon le statut Matrimonial**, 87,2% étaient mariées ; cette distribution se rapproche statistiquement de celle d'IHEZUE [91] puisque toutes les patientes de cet auteur étaient des femmes mariées. Contrairement à MBASSA MENICK [94, 103] qui avait trouvé qu'environ une femme sur trois était célibataire. Selon cet auteur le célibat est un facteur de stress supplémentaire surtout quand ces femmes ne bénéficient pas d'un appui familial. Par ailleurs, accepter l'existence de mères célibataires pour certaines familles africaines est assimilable à accepter un enfant en dehors d'une union stable. Ceci conduirait à mettre en péril le patrimoine familial et la structure sociale

communautaire. Cela crée des pressions familiales qui ne se résument pas seulement en la défense des valeurs morales. Certaines femmes célibataires sont confrontées également à des difficultés matérielles qui les poussent parfois à opter pour l'infanticide. Pour éviter une pareille situation, la famille de la mère est amenée à s'occuper à la fois de la fille et de son enfant. Si de nombreux auteurs ont indiqué que le mariage pouvait avoir un «effet protecteur et amortisseur» [105, 106, 107], il est difficile d'interpréter cette observation dans le cadre de cette étude. Cependant, on pourrait faire valoir que le mariage lui-même peut être un facteur de risque de morbidité psychiatrique post-partum, en particulier de dépression en cas de conflit conjugal ou d'insatisfaction conjugale [108, 109]. Les problèmes relationnels ou d'insatisfaction conjugale de notre étude ont été notés dans 25,6% des cas ce qui les met à risque de développer une DPP. Selon des études effectuées par Nielsen Forman, Videbech et al. (2000) [106], Beck (2001) [29], le soutien social insuffisant et de mauvaises relations avec le conjoint semblent être des facteurs de risque cohérents.

En ce qui concerne le niveau scolaire, au post-partum, 10,3% des femmes avaient suivi un enseignement primaire, 56,4% avaient un enseignement secondaire et 33,3%, sont non scolarisées. Selon O'Hara et Swain [104] et Beck [29], il n'existait pas de lien clair entre le niveau d'éducation et la dépression postpartum. Bien que cela n'ait pas été trouvé par nous, Pfof, Stevens et Lum (1990), ont rapporté que les femmes peu scolarisées étaient particulièrement à risque de développer une DPP.

Dans la vie de société, exercer une **profession** semble garantir une certaine stabilité. Dans le cas des patientes que nous avons retenues, la majorité des patientes étaient de niveaux socioéconomiques bas, 89,7% des femmes étaient des femmes au foyer, MBASSA MENICK [94] a trouvé des résultats similaires (85% des

femmes sans salaire). Cette situation les fragilise et les rend plus vulnérables aux affections psychiatriques. Des résultats similaires ont été signalés aussi par d'autres auteurs dans des pays en développement [109, 117, 118] ainsi que dans des pays développés [119]. On peut en conclure que la majorité des femmes étaient des femmes au foyer, vivant dans une dépendance quasi totale du partenaire. Ainsi, la femme vivant dans ces conditions, difficilement arrive à prendre une décision autonome concernant le partenaire.

Des études menées par Beck [29] et Robertson, Grace et al. [31] ont considéré le niveau socioéconomique comme un facteur de risque faible pour la DPP, bien que cela n'ait pas été démontré dans la présente étude.

#### **Influence des antécédents gynéco-obstétricaux :**

La notion de grossesse non désirée et celle de l'allaitement maternel sont rapportés dans la littérature comme associés à la survenue des maladies mentales des femmes en post partum [4, 9, 110,]. Concernant la difficulté à accepter la grossesse, elle a été largement corrélée à la survenue de la DPP dans la majorité des études ayant évalué ce facteur [110, 111, 112]. Dans notre étude, la notion de grossesse non désirée semble éventuellement être en relation avec les troubles psychiatriques du PP pour 20,7% (n=8) de femmes dans l'ensemble de la série. Les femmes ayant présenté une réaction ambivalente ou négative à la découverte de leur grossesse avaient plus fréquemment déclaré des difficultés psychologiques au cours de la grossesse. Nos résultats sont congruents avec certaines études ayant montré une association entre une grossesse non planifiée (« unplanned pregnancy ») ou non désirée (« unwanted pregnancy ») et des problèmes de santé mentale au cours de la grossesse [113, 114,115]. La plupart des femmes de notre échantillon (79,5) ont déclaré la dernière grossesse comme désirée ; 20,7% d'entre elles étaient des

grossesses non désirées avec des difficultés à l'accepter. Beck en [29] a montré dans son étude qu'une grossesse non désirée ou non planifiée était un facteur de risque de DPP.

Par rapport à la **parité**, les paucipares étaient les plus touchées (79,5%), taux supérieur à ceux trouvés par d'autres auteurs, respectivement 43%, 34,5% et 5% [91, 92, 93]. Parmi les paucipares les primipares (43,6%), confrontées à la première expérience de la maternité semblaient les plus atteintes, et ce d'autant plus qu'elles étaient très jeune. Leur inexpérience de la maternité et la difficulté d'acceptation, pour certaines d'entre elles, du passage d'un statut de fille à celui de mère capable de prendre soin et d'élever un enfant expliqueraient leur vulnérabilité à développer une dépression. Une parité élevée peut également influencer sur l'apparition d'une pathologie affective post-partum [131]. Dans notre cas, nous pensons que ce facteur dépendra du soutien du partenaire et de la famille fourni à la femme.

Un nombre de femmes puerpérales 28,2% ont identifié des événements de la vie induisant un stress pendant la grossesse. Les événements stressants de la vie pendant la grossesse ou après l'accouchement, tels que les relations conjugales problématiques et le manque de soutien social, rendent les femmes susceptibles au développement de la DPP [31].

En ce qui concerne la pathologie médicale pendant la grossesse, 76,9% n'ont pas rapporté de troubles médicaux. 10,3% des patientes ont rapporté une notion d'infection, 2,6% d'HTA et 2,6% de traumatisme. Une étude menée à Dar-es-Salaam, en Tanzanie, à l'hôpital national Muhimbili, par Ndosu et Mtawali (2002) ont conclu que les psychoses organiques aiguës sont souvent causées par des bactéries, des virus, des parasites, une forte fièvre, notamment des toxines libérées.

Dans notre échantillon, 84,6% des femmes avaient eu un accouchement eutocique et 15,4% ont eu plusieurs complications lors de l'accouchement, telles que : accouchement prématuré, HTA, et saignements ou accouchement par césarienne. Beaucoup de femmes, surtout des régions périphériques et rurales, restent à la maison sans suivi obstétrique pendant la grossesse, justifiant ainsi cette constatation.

Plusieurs auteurs ont indiqué que les complications à l'accouchement et à la césarienne constituaient des facteurs de risque pour l'apparition d'une maladie affective après l'accouchement [31, 38],

Dans 46,2% des cas, les patientes avaient des antécédents personnels de troubles mentaux. Ce taux est voisin de celui de MBASSA MENICK [94] qui avait trouvé 45,1%, mais supérieur à celui d'IHEZUE [91] qui avait trouvé 32,7%. En Occident, plusieurs auteurs avaient déjà évoqué la corrélation entre les antécédents familiaux et personnels de troubles psychiatriques et les psychoses puerpérales [93, 95, 96, 97, 98, 99, 100 101]. 10,3% ont signalé des symptômes anxio-dépressifs au cours de la dernière gestation. Les antécédents de maladie psychiatrique ou de problèmes psychologiques antérieurs de la mère, y compris le blues, semblent prédire la survenue d'une dépression postpartum, tels que différents auteurs ont évoqué [29,30, 31]. La présente étude confirme ces affirmations puisque les patients identifiés avec une DPP avaient des antécédents personnels de dépressions.

Bien que, dans la littérature consultée, nous n'ayons pas trouvé le nombre d'épisodes dépressifs comme facteur prédictif permettant de prédire l'apparition de cette pathologie, Cette même bibliographie indique que l'histoire des épisodes dépressifs, antérieurs ou ultérieurs, est un facteur important pour l'apparition de la pathologie affective post-partum. [31].

Dans notre étude 10,3% des patientes avaient refait la PP dans les grossesses ultérieures. L'existence d'antécédents personnels de troubles psychotiques ainsi que les antécédents personnels de PP majorent le risque de survenu de PP selon Jones I. Craddock et Munk-Olsen T. Laursen TM [71, 73]. Il devrait y avoir une plus grande vigilance vis-à-vis des parturientes avec ces antécédents, parce que des études prospectives ont montré que la majorité des femmes atteintes de psychose puerpérale, présentent, avec une plus grande probabilité, des troubles affectifs bipolaires, dans les gestations ultérieures [70, 71].

En ce que concerne les antécédents familiaux de dépression 5,1% ont rapporté la notion de dépression chez les parents premier degré, tandis que 23,1% ont rapporté la notion de troubles psychotique dans la famille et une seule patiente (2,6%) a rapporté la notion de PP chez sa mère. Bien que certaines études aient révélé que les antécédents familiaux de la dépression peuvent être un facteur de risque pour la DPP [31], d'autres enquêtes n'ont pas trouvé cette association. L'histoire familiale d'un trouble mental a également été décrite comme étant un facteur de risque de pathologie affective du post-partum [31]. Les études ont montré que le risque de développer une PP est plus élevé chez les patientes ayant des antécédents personnels et familiaux au première degré que chez celles sans antécédents puerpéraux [72, 73].

Les données actuellement disponibles indiquent une relation étroite entre la psychose puerpérale et les troubles de l'humeur, en particulier la dépression majeure et le trouble bipolaire. De nombreux auteurs ont suggéré qu'un épisode psychotique dans la période post-partum n'était rien de plus que la récurrence de l'un des éventuels troubles de l'humeur sous-jacents [132].

Par rapport à la **période d'apparition des troubles**, nous avons remarqué que la décompensation était plus fréquente dans le post-partum immédiat (61,7%) Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par DURAND-COMIOT (10%) et MBASSA MENICK (12,5%) [92, 94]. . Il faut noter qu'en plus des troubles en post-partum immédiat, MBASSA MENICK [94] avait trouvé 40% de cas en post-partum tardif. Dans notre étude, l'apparition des troubles diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement, comme l'avaient constaté les autres études [92, 93, 99]. Mais on a observé quand même des cas débutant au cours de la grossesse (10,3%). Aucune décompensation post-abortum n'a été trouvée. Ceci est proche des résultats de MBASSA MENICK [94] alors que DURAND-COMIOT [92] en avait trouvé 8%.

Par rapport **au type d'affection**, notre étude a objectivé une grande importance des psychoses du post-partum (79,5%) Les affections les plus fréquentes dans les études de IHEZUE et MBASSA MENICK étaient les réactions psychotiques [91, 94]. Les psychoses aiguës sont de loin les plus fréquentes suivies des dépressions (20,5%). Le taux de dépressions à l'hôpital psychiatrique IBN ALHASSAN II Fès est supérieur à celui des études effectuées ailleurs : 15% au Cameroun [94] et 12,7% au Nigéria [91, 102].

Concernant les dépressions, des enquêtes épidémiologiques ont montré que la rareté des troubles psychiatriques graves liés à la gravido-puerpéralité a longtemps sous-estimé la fréquence des états dépressifs du post-partum en Occident [93, 98, 99, 100].

En ce qui concerne la prise en charge des patientes hospitalisées, des examens complémentaires ont été demandé tels que NFS, VS, CRP et l'imagerie TDM/IRM pour éliminer une cause somatique et un diagnostic différentiel : Une psychose aiguë organique fréquemment confusionnelle, d'une origine infectieuse ou vasculaire en

particulier la thrombophlébite cérébrale avec céphalées, crises comitiales, et les signes neurologiques en foyer à rechercher systématiquement.

- Origine toxique n'est pas rare, notamment les confusions secondaires à la prise de bromocriptine (Parlodel).

Concernant le traitement de la PP lors des épisodes aigus un traitement neuroleptique a été mis en place (Olanzapine, Chlorpromazine, Halopéridol, Amisulpride et Zypazidone) et un anxiolytique de type benzodiazépine (Diazépam) avec parfois l'association des antidépresseurs et des thymorégulateurs avec une bonne évolution. Selon la littérature, même si le pronostic de l'épisode est bon, 50 % des femmes rechutent lors des grossesses suivantes [89]. Les rechutes sont plus fréquentes lorsque l'intervalle entre deux grossesses est court.

Dans cette étude on a constaté que les patientes ayant présenté une PP peuvent se répartir en deux catégories : celles qui n'ont pas de d'antécédents psychiatriques et pour qui l'épisode puerpéral représente une rentrée dans la maladie psychiatrique, et celles qui ont des ATCD de PP. Pour la première catégorie de patientes, le but thérapeutique est celui de l'épisode. Cependant, nos connaissances actuelles concernant le risque de rechutes puerpérales après un épisode inaugural dans le post-partum imposent un travail indispensable d'information et de prévention auprès de ces patientes. Pour la deuxième catégorie des patientes l'objectif de la prise en charge est la prévention d'une décompensation.

Pour la DPP, un anxiolytique et un antidépresseur ont été mis en place, l'antidépresseur le plus fréquemment utilisé c'était les Antidépresseurs imipraminiques (Clomipramine et Amitriptyline). Dans la littérature les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont généralement le premier choix

pour le traitement de la DPP, en raison de leur efficacité et bonne tolérance [45].

Des études ont mis l'accent sur l'intérêt de la sertraline et la paroxétine vu le faible taux de passage au lait maternel ainsi des concentrations sériques indétectables chez le nourrisson ; tout de même il existe de plus en plus de preuves pour des interventions non pharmacologiques, notamment : La stimulation magnétique transcrânienne répétitive peut offrir une option alterna aux femmes qui souhaitent continuer à allaiter et qui s'inquiètent de l'exposition de leurs bébés aux médicaments [135] ;

La prise en charge médicamenteuse a été associée à des séances de psychothérapies individuelles. Le bébé a été nourri au biberon par un membre de la famille de la malade.

L'évolution sous traitement a été favorable dans 97,4% avec une bonne amélioration et rémission complète. On a constaté quand même une résistance de la symptomatologie chez une patiente soit 2,6% des patientes.

Par rapport au devenir des patientes suivies en consultation, 29 cas soit 74,4% avaient une évolution favorable 21 cas soit 53,8% étaient stabilisées ou guéries. 5 cas (12,8%) ont évolué vers un trouble bipolaire, 1 cas (2,6%) a évolué vers un trouble schizoaffectif et 2 cas (5,1%) ont refait un trouble dépressif caractérisé. Selon la littérature la présence de signes évoquant un trouble schizophrénique, la discordance affective notamment, ainsi que la survenue des troubles dans le post-partum tardif augmentent nettement le risque de passage à la chronicité [82]. Selon Chaudron LH, [70] la probabilité de développer un trouble bipolaire après une nouvelle psychose affective postpartum est de 40 à 80%.

Dans une étude de suivi de 12ans, Kapfhammer et coll ont montré que Les patientes présentant une dépression majeure et un trouble affectif bipolaire avec

des caractéristiques psychotiques lors de l'épisode initial index ont présenté une stabilité diagnostique globale. De nombreux patients présentant une psychose brève initiale sont passés à un trouble affectif bipolaire clair. [136]

Certains auteurs ont évalué la rémission fonctionnelle après l'épisode de psychose puerpérale ; Burgerhout et coll ont fait le suivi de 78 patientes atteintes de psychose puerpérale durant neuf mois après l'accouchement, 74% ont signalé une récupération fonctionnelle satisfaisante, en utilisant l'outil de suivi ; Longitudinal Interval Follow-up Evaluation-Range of Impaired Functioning Tool (LIFE-RIFT). [137]

### III. LES LIMITES DU TRAVAIL ET PERSPECTIVES

Notre étude présente des limites. En raison de sa nature rétrospective. De plus, comme le cadre n'était basé que sur un hôpital, on pourrait penser que seuls les cas graves se présenteraient pour un traitement et ne constitueraient qu'un segment de la population réelle de femmes atteintes de troubles psychiatriques post-partum. Le cadre de l'étude est un hôpital psychiatrique public et en raison de la stigmatisation, les cas moins graves pourraient avoir préféré un traitement en consultation ambulatoire.

Dans la présente étude, nous n'avons pas pu examiner les effets de la fausse couche, de l'avortement, de la mort d'enfants et de la violence sexiste sur la santé mentale des femmes. La littérature par exemple, a suggéré un lien entre la violence sexiste (y compris la violence psychologique et physique) pendant la grossesse et l'incidence des troubles psychiatriques [120]. Des facteurs tels que les préjugés contre les bébés de sexe féminin, les restrictions de rôles, ainsi que les ménages multigénérationnels dans lesquels la belle-fille a peu d'autonomie ont été identifiés comme étant des facteurs de risque possibles de violence sexiste, relativement répandus parmi les femmes socialement et économiquement défavorisées [120]. Notre étude mérite donc d'être exploré davantage pour pouvoir l'interpréter de manière objective particulièrement dans le contexte marocain où la mise au monde d'un enfant de sexe masculin est souvent associée à des sentiments de fierté et de sécurité qui devraient normalement limiter les risques d'une DPP. Ces facteurs n'ont pas été explorés dans cette étude. Nous n'avons pas non plus été en mesure de détecter les cas de dépression sous-clinique et de trouble panique, l'étude n'ayant pas permis d'établir ces diagnostics.

Des études futures pourraient envisager de recourir à une étude prospective pour mieux comprendre l'impact de la grossesse sur la santé mentale des femmes.

Cette étude tente d'identifier l'ampleur de la morbidité psychiatrique chez les femmes en post-partum et de noter certains problèmes liés à leur identification et à l'efficacité de leur traitement. Les politiques et les programmes axés sur la fourniture de soins holistiques aux femmes lors de la puerpéralité sont essentiels. L'intégration de l'éducation à la santé mentale dans les discussions sur la santé prénatale ainsi que la surveillance active pendant la période postnatale en particulier à la clinique postnatale, faciliteront l'identification et le traitement précoce. L'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires devrait aller au-delà des politiques. Cela améliorera non seulement la qualité de vie de la femme, mais également celle de sa famille et, à long terme, de la société.

## IV. CONCLUSION

La période du post-partum est une période à risque pour le développement de troubles psychiques. Ces troubles sont trop fréquents, trop souvent non diagnostiqués et insuffisamment traités.

La maladie mentale du post-partum peut avoir de profondes répercussions sur la mère, son bébé, ses relations avec son partenaire et les autres membres de la famille.

Les facteurs de risque les plus importants sont les antécédents psychiatriques personnels et familiaux.

Le dépistage précoce et le diagnostic sont très importants. Les professionnels de la santé devraient régulièrement dépister les mères lors des visites prénatales et postnatales en utilisant quelques questions simples. La période postnatale est une période de risque accru d'apparition ou d'exacerbation de l'instabilité de l'humeur, en particulier chez les femmes atteintes d'un trouble bipolaire. Bien que le statut nosologique de la PP reste controversé, il est généralement considéré comme un épisode psychotique du trouble bipolaire.

L'identification précoce des femmes à risque élevé de développer la PP et l'initiation d'approches thérapeutiques opportunes, combinant des stratégies pharmacologiques et des approches psychothérapeutiques, sont les facteurs clés d'une gestion réussie de la PP.

Les antidépresseurs sont utilisés dans le traitement de la dépression du post-partum. Quant au traitement de la psychose puerpérale, il repose sur une action antipsychotique exercée par les antipsychotiques et sur une action sédatrice assurée par les benzodiazépines. Le blues du post-partum ne nécessite pas de traitement particulier, mis à part l'utilisation de benzodiazépines si la mère présente une

anxiété.

Si une hospitalisation est nécessaire, les unités d'hospitalisation mère-bébé doivent être privilégiées afin de maintenir les interactions entre la mère et le bébé.

Les études prospectives sont nécessaires pour fournir des lignes directrices sur les interventions de prévention et de traitement des troubles psychiatriques du post-partum.

## V. RÉSUMÉ

Le post-partum est une période particulière au cours de laquelle, la mère fait l'objet de nombreux remaniements pouvant entraîner la survenue de troubles psychiatriques. Parmi eux, se trouvent la DPP et la PP avec un risque de suicide et / ou d'infanticide.

Les objectifs de notre travail étaient de préciser la prévalence des principaux troubles psychiatriques du post-partum à l'hôpital psychiatrique Ibn Al Hassan, CHU Hassan II de Fès, dépister les facteurs de risque prédisposant à un trouble psychiatrique du post-partum et décrire les modalités thérapeutiques et évolutives de ce trouble.

L'étude était rétrospective, menée sur une période de 11 ans et portant sur les dossiers des femmes ayant présenté des troubles psychiatriques et psychopathologiques liés au post-partum. L'exploitation des dossiers a servi de base de l'étude dont les résultats sont les suivants : La prévalence estimée de cette pathologie à l'hôpital IBN ALHASSAN CHU HASSAN II à Fès était donc de 1,4%. Nous avons retenu 39 dossiers. Les patientes avaient un âge moyen de 28 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-35 ans (87,2% des cas). Les femmes les plus touchées par ces affections étaient les paucipares dans 79,5%, les mariées dans 87,2% et celles n'exerçant aucune profession dans 89,7% des cas. Les psychoses aiguës et les états dépressifs du post-partum étaient les affections les plus rencontrées dans respectivement 79,5% et 20,5% des cas. Des médicaments psychotropes ont été instaurés pour traiter chaque affection a permis une stabilisation de l'état psychique des patientes dans 97,4% des cas avec rémission complète, 74,4% des patientes ont été suivies en consultation avec évolution favorable, 12,8% ont évolué vers un trouble bipolaire, 2,6% ont évolué vers un

trouble schizoaffectif et 5,1% ont refait un trouble dépressif caractérisé. Des actions préventives contre les effets néfastes de la primiparité et de la précarité des conditions de vie pourraient réduire ces affections.

## SUMMARY

Post-partum presents as a particular period during which, the new mother is faced with many changes that may lead to the occurrence of psychiatric disorders including PPD and PP with a risk of suicide and / or infanticide.

The objective of our study was to describe the prevalence of major postpartum psychiatric disorders in Ibn Al Hassan Psychiatric Hospital, CHU Hassan II of Fes, to identify risk factors predisposing to a postpartum psychiatric disorder and to describe the management as well as prognosis of this disorder.

We conducted a retrospective study spanning a 11-year period, reviewing the medical records of women with postpartum psychiatric and psychopathological disorders managed at the department. Demographic details and other relevant information were collated from patient folders and report of outpatient consultations. The following pertinent results were observed: prevalence of this pathology at IBN AL HASSAN Hospital, CHU HASSAN II, Fez was 1,4%. In all only 39 files met the inclusion criteria. Mean age of patients was 28 years and the most represented age group was 20–35 years (87,2% of cases). The women most affected by these conditions were the pauciparous in 79,5%, married with actively involved husbands in 87,2% and unemployed in 89,7% of the cases. Acute psychoses and post-partum depressive states were the most common conditions in 79, 5% and 20,5% of cases respectively. Psychotropic drugs were introduced to treat each condition, with complete remission in 97,4% of case, 74,4% of the patients were followed in consultation with favorable evolution, 12,8% evolved into a bipolar disorder, 2,6% evolved into a schizoaffective disorder and 5,1% repeated a depressive disorder characterized . Preventive actions against the adverse effects of primiparity and the precariousness of deplorable living conditions of certain single

mothers could help reduce these conditions

## ملخص

دم ما بعد الولادة فترة معينة يكون فيها الموضوع أحد الأسباب العديدة التي قد تؤدي إلى حدوث اضطرابات نفسية ، بما في ذلك PPD ، وخطر الانتحار و / أو قتل الأطفال.

كان الهدف من دراستنا لوصف انتشار اضطراب نفسي بعد الولادة في مستشفى ابن الحسن للأمراض النفسية ، CHU الحسن الثاني من فاس ، لتحديد عوامل الخطر المؤدية إلى اضطراب نفسي بعد الولادة ووصف إدارة هذا الاضطراب .

أجرينا دراسة بأثر رجعي تمتد فترة 11 عاما ، واستعراض السجلات الطبية للنساء مع اضطرابات نفسية ونفسية وأمراض نفسية تدار في القسم. المعلومات ذات أهمية وتمت مراجعتها. وقد لوحظت النتائج التالية ذات الصلة: كان معدل انتشار هذه الأمراض في مستشفى ابن الحسن ، CHU HASSAN II ، فاس 1.4 ٪. في جميع الملفات 39 فقط حققت معايير التضمين. وكان متوسط عمر المرضى 20-35 سنة ( 87.2 ٪ من الحالات). تم علاج النساء الأكثر تضررا من هذه الظروف في 79.5 ٪ ، وتزوجت مع الأزواج تشارك بنشاط في 87.2 ٪ والعاطلين عن العمل في 89.7 ٪ من الحالات. كانت الذهان الحادة وحالات الاكتئاب بعد الولادة هي أكثر الحالات شيوعاً في 79 و 5 ٪ و 20.5 ٪ من الحالات على التوالي. أدخلت المؤثرات العقلية لعلاج مغفرة كاملة في 97.4 ٪ من الحالات ، وتبعته 74.4 ٪ من المرضى من تطور إيجابي ، تطورت 12.8 ٪ إلى اضطراب ثنائي القطب ، تطورت 2.6 ٪ في اضطراب انفصام الشخصية و 5.1 ٪ كرر اضطراب الاكتئاب. يمكن أن تساعد الإجراءات الوقائية ضد الآثار الضارة للبدائية وعدم استقرار الظروف المعيشية السيئة لبعض الأمهات العازبات على الحد من هذه الظروف.

## VI. ANNEXES

### Fiche d'exploitation

#### Données socio démographiques :

- ✓ Nom et prénom :
- ✓ Age : Numéro de Tel :
- ✓ Originaire et habitant : Fès / Autres....
- ✓ Niveau scolaire : Non scolarisée /primaire /secondaire /bac /universitaire
- ✓ Etat civil : Mariée /Célibataire /Divorcée /En Séparation
- ✓ Profession :
- ✓ Couverture sociale : Mutuelle / Ramède / Aucune

**Motif de consultation :** Agitation  Anxiété  Irritabilité   
 tristesse  TS   
 Trouble du comportement  Insomnie   
 Autres

#### ATCDS personnels :

- ✓ Médicaux : Non  Oui (si oui lequel :  )
- ✓ Chirurgicaux : Non  Oui (si oui lequel :  )
- ✓ Gynéco-Obstétrique : Nombre de Grossesse(G  ) Nombre de Parité (P  )  
 Age de la première grossesse :  
 Histoire d'avortement : Oui / Non  
 Histoire d'accouchement prématuré : Oui /Non  
 Histoire de décès périnatal : Oui /Non  
 Psychiatrique : Oui / Non  
 ( Si oui lequel : ..... Suivie  Hospitalisation  Prise de  
 psychotrope)
- ✓ Toxique : Oui / Non  
 (Si oui lequel : Tabac  Cannabis  Alcool   
 Autre...)

#### Déroulement de la grossesse :

- ✓ Grossesse : Désirée  Non désirée   
 Suivie  Non suivie  (Si suivie : Sérologie.....Prise  
 médicamenteuse : Non/ Oui (Quel médicament : ....)

Normale  Anormale

(Si anormale :  Pathologie somatique (Infection...Traumatisme...

Diabète ...autres)  Pathologie Psychiatrique (Troubles anxieux... Trouble dépressive... Autres)

✓ **Accouchement** : Menée à terme  Accouchement prématuré

A domicile  Hôpital régional  CHU

Normal  Complicqué

Voie basse  Césarienne  (Indication :

Souffrance néonatale : oui / Non

✓ Suite d'accouchement : Normal / Pathologique

✓ Relation ME : Bonne / Mauvaise (Allaitement maternelle exclusive Oui  Non)

**Histoire de la maladie :**

✓ **Début** : Brutal  Progressif

✓ **Périodes d'apparition des troubles** :

*Au cours de la Grossesse*  *0-7 jours du post-partum*  *8-14 jours de post-partum*  *15-21 jours du post-partum*  *22-28 jours du post-partum*  *Supérieur à 29 jours du post-partum.*

✓ **Symptômes** : Anxiété  Irritabilité  Labilité émotionnelle  
Dysphorie

Trouble du sommeil  Fatigue et plaintes somatiques  Agitation  Delire

Tb perceptif  Confusion  Idées d'infanticide  Idées suicidaires

Autres .....

✓ **1ere Consultation** : Privé  Hôpital publique

Traitement reçu.....

✓ **Diagnostic Retenu** :

Dépression du post-partum  Psychose puerpérale  Accès Maniaque

Troubles anxieux et névrotique  Baby bleu

**P.E.C :**

✓ **Hospitalisation** : Oui

• Si oui :

Bilan Biologique : Oui  Non

Imagerie : IRM  TDM

Avis Gynécologique : Oui  Non

Traitement médicamenteux :

Antidépresseurs : Molécule  Dose  durée de prescription

Neuroleptiques : Molécule  Dose  durée de prescription

Thymorégulateurs : Molécule  Dose  durée de prescription

Anxiolytiques : Molécule  Dose  durée de prescription

Psychothérapie : Oui  Non

Autres ....

Evolution  Stabilisation : Oui  Non   
moyenne/ pas d'amélioration

Amélioration : Bonne /

Durée d'hospitalisation :

Mode de sortie : Ordinaire / SCAM

Suivie en consultation : Oui  Non

Perdue de vue

## VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]. S.Bydlowski Postpartum psychological disorders : screening and prevention after birth. Guidelines for clinical. EMC ( Elsevier Masson SAS,Paris), journal de Gynecologie Obstétrique et Biologie de la reproduction (2015) 44 , 1152-115
- [2]. Pierre DALIBON the post partum period, a time of transition. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Pratique Therapeutique 2017
- [3]. Pitt B. "Atypical" depression following childbirth. Br J Psychiatry 1968 ; 114 : 1325-35.
- [4]. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue de synthèse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 36-549-561, 2007.
- [5]. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchés et des nourrices. Paris :Eds Bailliére et fils ; 1858
- [6]. Guedney N. Dépression du post-partum : sémiologie et diagnostic. In:Guedeney A, Allilaire JF. Interventions psychologiques en périnatalité´. Paris: Masson. 2001:93-103
- [7]. Dayan J, Gerardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. EMC-Obstétrique, 5-110-B-10, 2014.
- [8]. La Revue du praticien vol 65 pag701-708 mai 2015 ; troubles psychiques de la grossesse et du post partum ; Unite de psychiatrie et de l'enfant et

de l'adolescent, CHU d'angers , 4 ? rue larrey, 49933 Angers Cedex 9,France.

- [9]. Bentata H. Dépression du post-partum et santé psychique de l'enfant. Elsevier Masson SAS, Paris. Cahiers de la puéricultrice, N°296, Avril 2016.
- [10]. Scrandis DA., Sheikh TM., Niazi R., Tonelli LH., Postolache TT. Depression after delivery: risk factors, diagnostic and therapeutic considerations. ScientificWorldJournal 2007; 7:1670-82.
- [11]. Marcus SM , Flynn HA, BLOW FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics setting. J Womens Health (Larchmt) 2003 ; 12 :373-80 [PubMed] [Google Scholar]
- [12]. Carter AS, Garrity-Rokous FE, Chazan-Cohen R, Little C, Briggs-Gowan MJ . Maternal depression and comorbidity : Predicting early parenting , attachment security, and toddler social-emotional problems and competencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001,40 :18-26
- [13]. prepECN, Fiches de préparation aux ECN/ECNi de médecine - <http://www.prepecn.com> Octobre (2014) Item 67 troubles psychiatriques de la grossesse et du post partum
- [14]. L. Sutter, I. Lacaze, N.Loustau, J.-Y.Paulais ,E. Glatigny-Dallay Troubles psychiques et période périnatale EMC ( Elsevier SAS) Annales Médico psychologiques I 63 (2005) 524-528
- [15]. Kennerley H, Gath D. Maternity blues, detection and measurement by questionnaire. Br J Psychiatry 1989 ; 155 : 356-6

- [16]. Dayan J. Les dépressions périnatales. Ed Masson (Issy-Les-Moulineaux) 2008 : pp 25-27 ; pp 62-65 ; pp 125-32 ; pp 143-58 ; pp 196-98
- [17]. yalom I, Lunde D, Moos R, Hamburg D. Postpartum blues syndrome. Archs Gen Psychiat 1968;18:16-21
- [18]. Stein G . The maternity blues. In : Brockington I, Kumar R ,Editeurs. Motherhood and mental illness. London : Academic Press ; 1982. P 114-54
- [19]. Presses universitaires François-Rabelais 2016 Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie Item 67 pag 128-133
- [20]. J. Juppe à Propos du post-partum blues EMC( Elsevier Masson SAS) Annales Medico psychologiques I 65 (2007) 749-76
- [21]. Indian J Psychiatry.2015 Jul (Suppl 2) : S216-S221 Postpartum psychiatric disorders : early diagnosis and management
- [22]. O'Hara MW, Schlechte JA, Lewis DA, Wright EJ. Prospective study of post-partum blues. Biologic and psychosocial factors. Arch Gen Psychiatry. 1991 ;48 :801-
- [23]. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (« Diagnostic and statistique Manual of Mental Disorders » ), publié par l'American Psychiatric Association en 2013. Traduction libre de psychomédia
- [24]. Text Revision. 4th ed. Washigton, DC : American Psychiatric association ; 2000. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders.

- [25]. Centre du savoir du CHU sainte-justice (CHUSJ). Dépression postpartum. ABCDaire suivi collaboratif de 0 à 5 ans. Mai 2016. [http://enseignement.chusj.org/getmedia/e0c0316c-ce21-446f-A5c-8a10ecec717d/postpartum\\_fr.pdf.aspx](http://enseignement.chusj.org/getmedia/e0c0316c-ce21-446f-A5c-8a10ecec717d/postpartum_fr.pdf.aspx)
- [26]. Epperson, C., & Ballew, J. (2006). Postpartum Depression: A common complication of childbirth. In V. Hendrick (Ed.), *Psychiatric disorders in pregnancy and the postpartum: Principles and treatment*. New Jersey: Humana Press.
- [27]. O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- [28]. Gaynes, B., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K., Swinson, T., Gartlehner, G., .Miller, W. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment (Vol. 119). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- [29]. Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50, 275–285
- [30]. Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., . . . Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108, 147–157. doi:10.1016/j.jad.2007.10.014
- [31]. Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal riskfactors for postpartum depression: a synthesis of recent literature.

- GeneralHospital                      Psychiatry,                      26,                      289–295.  
doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.00
- [32]. O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 1258–1269. doi:10.1002/jclp.20644
- [33]. Pope, S. (2000). *Postnatal Depression: A systematic review of published scientific literature to 1999*. Australia: National Health and Medical Research Council.
- [34]. Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *BestPractice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28, 13–23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014
- [35]. Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. West Sussex:Wiley.
- [36]. Hall, P. L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51, 321–330. doi:10.1016/j.jmwh.2006.03.007
- [37]. Jennings, K., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers. *Journal of Affective Disorders*, 54, 21–28.
- [38]. Cooper, P. J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression: Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *The British Journal of Psychiatry*, 166, 191–195. doi:10.1192/bjp.166.2.191

- [39]. Beeghly, M., Weinberg, M., Olson, K., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, 71, 169–180. doi:10.1016/S0165-0327(01)00409-8
- [40]. Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 147–156. doi:10.1080/10673220902899714
- [41]. Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 683–714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- [42]. Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior & Development*, 33, 1–6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- [43]. Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior & Development*, 18, 1–13.
- [44]. Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father–infant interaction. *Infant Mental Health Journal*, 29, 624–643. doi:10.1002/imhj.20199
- [45]. Horowitz, J. A., & Goodman, J. H. (2005). Identifying and treating postpartum depression. *Journal of Obstetrics, Gynecological, and Neonatal Nursing*, 34, 264–273. doi:10.1177/0884217505274583

- [46]. Stuart, S., O'Hara, M. W., & Gorman, L. L. (2003). The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6, s57–s69. doi:10.1007/s00737-003-0003-y
- [47]. Sockol, L., Epperson, C., & Barber, J. (2013). Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 1205–1217. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.004
- [48]. Clatworthy, J. (2012). The effectiveness of antenatal interventions to prevent postnatal depression in high-risk women. *Journal of Affective Disorders*, 137, 25–34. doi:10.1016/j.jad.2011.02.029
- [49]. Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: GuilfordPress.
- [50]. O'Mahen, H., Fedock, G., Henshaw, E., Himle, J. A., Forman, J., & Flynn, H. A.(2012). Modifying CBT for perinatal depression: What do women want? *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 359–371. doi:10.1016/j.cbpra.2011.05.005
- [51]. Wenzel, A., & Kleiman, K. (2015). *Cognitive Behavioral Therapy for Perinatal Distress*. New York: Routledge.
- [52]. Cree, M. (2015). *The compassionate mind approach to postnatal depression: Using compassion focused therapy to enhance mood, confidence and bonding*. Great Britain: Robinson
- [53]. Stuart, S. (2012). *Interpersonal Psychotherapy for Postpartum Depression*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19, 134–140. doi:10.1002/cpp.1778

- [54]. Stuebe AM, Grewen K, Meltzer-brody S. Association between maternal mood and oxytocin response to breastfeeding. *J Womens Health(Larchmt)*.2013 ;22 :352-61.
- [55]. watkins S, Meltzer-Brody S, Zolnoun D, Stuebe A. Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstet Gynecol*. 2011 ;118 :214-21.
- [56]. institut national de prevention et d'éducation pour la santé (Inpes). Troubles émotionnels et psychiques des mères en post partum. Fiche action n° 16. Mai 2010.  
<http://inpes.santépubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3p.pdf>
- [57]. Dictionnaire médical de l'Académie de médecine. Psychose du post-partum. Version 2016. <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/?q=psychose+puerpéral>
- [58]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum 2010-201
- [59]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author, (1994)
- [60]. Mesut Işık Van Education and Research Hospital, Department of Psychiatry, Van Postpartum psychosis *Eastern journal of medicine East J Med* 23(1): 60-63, 2018
- [61]. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *Br J Psychiatry* 2005;86: 453-4.

- [62]. Spinelli MG. Postpartum psychosis: detection of risk and management *Am J Psychiatry* 2009;166(4):405–8.
- [63]. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of post partum psychosis. *Womens Health* 2006:352–68
- [64]. Kirpinar I, Coşkun I, Cayköylü A, Anaç S, Ozer H. First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 199–204.
- [65]. Pfuhlmann B, Franzek E, Beckmann H, Stöber G. Long-term course and outcome of severe postpartum psychiatric disorders. *Psychopathology* 1999; 32: 192–202
- [66]. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery, and puerperal psychosis. *J Affect Disord* 2004; 83: 215–220.
- [67]. Makanjuola RO. Psychotic disorders after childbirth in Nigerian women. *Trop Geogr Med* 1982; 34: 67–72.
- [68]. Valdimarsdottir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparen P. Psychotic illness in firsttime mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLoS Med* 2009; 6(2): e13.
- [69]. Noorlander Y, Bergink V, van den Berg MP. Perceived and observed mother-child interaction at time of hospitalization and release in postpartum depression and psychosis. *Arch Womens Ment Health* 2008; 11: 49–56

- [70]. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1284–1292.
- [71]. Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth : the importance of recognising risk. *Br Journ Psychiatry* 2005 ;186 : 453–
- [72]. Jones I. Craddock N. familiarity of puerperal trigger in Bipolar disorder : resultats of a family study . *Am J Psychiatry* 2001 ; 158 :913–
- [73]. Munk–Olsen T. Laursen TM. PedersonCB, Mors O, Mortensen P. Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders. *J Clin Psychiatry* 2007 ; 68 :12
- [74]. Brockington IF. Puerperal psychosis: Motherhood and mental health. New York: Oxford University Press 1996: 200.
- [75]. Kumar C, Mclvor RJ, Davies T, Brown N, Papadopoulos A, Wieck A, et al. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth. *J Clin Psychiatry* 2003;64:112–8
- [76]. Rhode A, Marneros A. Postpartum psychoses: onset and long–term course. *Psychopathology* 1993; 26: 203–209.
- [77]. Brockington I. Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004; 363: 303–310
- [78]. Brockington IF, Cernik KF, Schofield EM, Downing AR, Francis AF, Keelan C. Puerperal Psychosis. Phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 829–833.
- [79]. Seeman MV. Gender differences in the prescribing of antipsychotic drugs. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 1324–1333.

- [80]. Nau LM., Mc Niel DE., Binder LR. Postpartum psychosis and the courts. *Am J Psychiatry* 2012; 40: 318–25.
- [81]. Spinelli MG. A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 811–813.
- [82]. Davidson J, Robertson E. A follow-up study of post partum illness, 1946–1978. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71: 451–7
- [83]. CEMD. Confidential inquiries into maternal deaths: Why mothers die, 1997–99. London:Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2001.
- [84]. Gilchrist AC, Hannaford PC, Frank P, Kay CR. Termination of pregnancy and psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 1995; 167(2):243–8
- [85]. M.Mokrani, C.Ducroix, M.–N. Vacheron Travail psychique durant la grossesse, étude au travers d'un cas de psychose du post-patum. Centre hospitalier Sainte-Anne 13,1,rue Cabanis, 75014 Paris, France. *Neuropsychiatrie de l'enfant et l'adolescent* 60 (2012) 131–137
- [86]. Jabs BE, Pfuhlmann B, Bartsch AJ, CetkovichBakmas MG, Stöber GJ. Cycloid psychoses– from clinical concepts to biological foundations. *Neural Transm* 2002; 109: 907–919
- [87]. Protheroe C. Puerperal psychoses: a long term study 1927–1961. *Br J Psychiatry* 1969; 115: 9–30.
- [88]. Pfuhlmann B, Stoeber G, Beckmann H. Postpartum psychoses: prognosis, risk factors, and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2002 J; 4: 185–190

- [89]. Boyce P, Barriball E. Puerperal psychosis. Arch Womens Mental Health 2010 ; 13 :45–7
- [90]. Forray A, Ostroff RB. The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. J ECT 2007; 23: 188–193.
- [91]. Ihezue. Puerperal mental illness in Enugu, Nigeria. Psychopathologie Afric 1986/1987 : 21 :91–10
- [92]. Durand–Comiot ML. La psychose puerpérale ? Etude en milieu sénégalais. Psychopath Afric 1977 ;13 : 269–355
- [93]. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie, 1978 ; Masson éd.,5ème édition, Paris, 1252 pp.
- [94]. Mbassa Menick D. Accidents psychiatriques et psychopathologiques de la gravido–puerpéralité au Cameroun. Med Trop, 2005 ; 65 : 563–9
- [95]. Racamier PC, Sens L, Carretier L. La mère et l’enfant dans les psychoses du post–partum. Evol Psychiatr 1961 ; 4 :525–70.
- [96]. Brousselle A. La mélancolie puerpérale. Rev. Franç. Psychanal. 1976 ; 40 : 1097–1100.
- [97]. Chepfer R, Sichel JP. Des liens possibles entre les suites de couches normales et la psychose puerpérale. Evol Psych 1974 ; 39 : 643–62.
- [98]. Lemperière T, Féline A, Gutman A, Ades J, Pilate Ch. Psychiatrie de l’adulte, Abrégés de Médecine, Masson éd., 3ème édition, Paris, 1996, 430 pages
- [99]. Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiatriques liés à la puerpéralité. Encycl Med Chir–Psychiatrie 37660, A–10 1984, Paris, 12 pp.

- [100]. Marmié D, Rancurel G. Psychoses puerpérales. Les accidents psychiatriques et les manifestations psychopathologiques de la gravido-puerpéralité. *Encycl Med Chir- Psychiatrie* 1975, Paris, 537660, A-10, 9 pp
- [101]. Perret A. Anthropologie des troubles psychiques liés à la puerpéralité. In « Petit Jean F, Dubret G, Tabaze JP. *Psychiatrie à l'Hôpital général* », Eres ed., 1ère édition, Toulouse, 1993 : 155-159. – Perret A. Anthropologie des troubles psychiques liés à la puerpéralité. In « Petit Jean F, Dubret G, Tabaze JP. *Psychiatrie à l'Hôpital général* », Eres ed., 1ère édition, Toulouse, 1993 : 155-159.
- [102]. Ebie JC. Psychiatric illness in the pureperium among Nigerians. *Trop Geogr Med* 1972; 24: 253-6.
- [103]. Mbassa Menick D. Ces maux sans mots : une approche victimologique du mal être des épouses africaines. Mémoire pour le Diplôme d'Université de Victimologie. Université de Paris V, René Descartes, 1997.
- [104]. O'Hara M, Swain A. Rates and risk of postpartum depression: A metaanalysis. *Int Rev Psychiatry*. 1996; 8: 37-54. <https://goo.gl/6KtVVT>
- [105]. Famuyiwa, O. O., Olatokunbo, M. A. (1984). Social networks of Nigerian psychiatric patients. *The International Journal of Social Psychiatry*, 30,3, 231- 239.
- [106]. Forman, N. D. , Videbech, P., Hedegaard, U., et al (2000). Postpartum depression: identification of women at risk. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 107, 1210-1217.

- [107]. Oates, J. L., Cox, S., Neema, P., Asten, N. et al (2004). Postnatal depression across countries and culture: a qualitative study. *British Journal of Psychiatry*.186 (suppl 47), 10–16.
- [108]. Rondon, M. B. (2004) Childbirth is not only complex but may be dangerous. *World Psychiatry*, 3, 98–99.
- [109]. Adewuya, A. O., Eegunranti, A. B., Lawal, A. M. (2005a). Prevalence of post–natal depression in Western Nigeria: a controlled study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 9, 60–64.
- [110]. Imbula Essam B, Okitundu Luwa E–A.D, Mampunza S, Miezi M.  
Prévalence et facteurs de risque de la dépression maternelle postnatale à Kinshasa. *Médecine et Santé Tropicales*. 2012;22(4):379–384.  
doi:10.1684/mst.2012.0087
- [111]. Van Vo T, Hoa TKD, Hoang TD. Post–partum Depressive Symptoms and Associated Factors in Married Women: A Cross–sectional Study in Danang City, Vietnam. *Frontiers in Public Health*. 2017;5:93.  
doi:10.3389/fpubh.2017.00093.
- [112]. Lane A, Keville R, Morris M, Kinsella A, Turner M, Barry S. Post natal depression and relation among mothers and their partners: prevalence and predictors. *Br J Psychiatry* 1997; 171:550–5.
- [113]. Bunevicius, R., Kusminskas, L., Bunevicius, A., Nadisauskiene, R. J., Jureniene, K., & Pop, V. J. (2009). Psychosocial risk factors for depression during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 88(5), 599–605.

- [114]. Jeong H.G., Lim J.S., Lee M.S., Kim S.H., Jung I.K., & Joe S.H. (2013). The association of psychosocial factors and obstetric history with depression in pregnant women: focus on the role of emotional support. *Gen Hosp Psychiatry*, 35(4), 354–358.
- [115]. Redshaw, M., & Henderson, J. (2013). From antenatal to postnatal depression: associated factors and mitigating influences. *J Womens Health*, 22(6), 518–525.
- [116]. Beucher G, Viaris de Lesegno B, Dreyfus M. Complications maternelles du diabète gestationnel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2010 Dec;39(8 Suppl 2):S171–88. doi: 10.1016/S0368–2315(10)70045–4.
- [117]. Husain, N., Bevc, I., Husain, M., Chaudry B. I., Atif, N., Rahman, A. (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low-income country. *Archives of Women’s Mental Health*, 9, 197–202
- [118]. Abasiubong, F., Basse, E., Ekott, J. U. (2008). Postpartum depression among women in Uyo Akwa Ibom State. *Nigeria Journal of Psychiatry*, 6, 65–69
- [119]. Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C., et al (2004) An evidence based approach to postpartum depression. *World Psychiatry* 3, 97–98.
- [120]. Fisher J, Mello MCD, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2012;90:139–149. doi: 10.2471/BLT.11.091850.

- [121]. Platz C, Kendell RE. A matched-control follow-up and family study of 'puerperal psychoses' Br J Psychiatry. 1988;153:90-4. [PubMed] [Google Scholar]
- [122]. Robling SA, Paykel ES, Dunn VJ, Abbott R, Katona C. Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: A 23 year follow-up study. Psychol Med. 2000;30:1263-71. [PubMed] [Google Scholar]
- [123]. Pfuhlmann B, Stöber G, Franzek E, Beckmann H. Cycloid psychoses predominate in severe postpartum psychiatric disorders. J Affect Disord. 1998;50:125-34. [PubMed] [Google Scholar]
- [124]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992. World Health Organization. ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. [Google Scholar]
- [125]. Born L, Zinga D, Steiner M. Challenges in identifying and diagnosing postpartum disorders. Prim Psychiatry. 2004;11:29-36. [Google Scholar]
- [126]. Kevin Namêche<sup>1</sup>, Cindy Gathy<sup>2</sup>, Gladys Mikolajczak<sup>3</sup>, Martin Desseilles<sup>4</sup> Motherhood and mental illness : postpartum disorders 2012
- [127]. Hornstein, C. and P. Trautmann-Villalba (2007). "[Infanticide as a consequence of postpartum bonding disorder]." Nervenarzt 78(5): 580-3
- [128]. Heron, J., M. McGuinness, et al. (2008). "Early postpartum symptoms in puerperal psychosis." Bjog 115(3): 348-53
- [129]. Dayan, J. (1999). Psychoses puerpérales. Psychopathologie de la périnatalité. J. Dayan. Paris, Masson: 123-157

- [130]. Forray, A. and R. B. Ostroff (2007). «The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders.» *J Ect* 23(3): 188–9
- [131]. Miller LJ. Postpartum depression. *Jama* 2002; 287:762–
- [132]. Kaplan, H. I. e Sadock, B. J. (2004). *Synopsis of Psychiatry – Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Williams and Wilkins, Baltimore.
- [133]. Boussat M, Gueye M, Hanck C. Les psychoses puerpérales (rappel clinique). *Med Afr Noire*, 1977;24:240–9.
- [134]. Inflammatory Biomarkers and Postpartum Depression: A Systematic Review of Literature Mathilde Lambert, Florence Gressier, the Canadian Journal of psychiatry 2019)
- [135]. Constance Guille, ., Roger Newman,, Leah D. Fryml, B.S., Clay K. Lifton, .,C. Neill Epperson, .Management of Postpartum Depression ; *J Midwifery Womens Health*. 2013 ; 58(6): 643–653. doi:10.1111/jmwh.12104.
- [136]. Kapfhammer HP1, Reininghaus EZ, Fitz W, Lange P Clinical course of illness in women with early onset puerperal psychosis: a 12–year follow–up study. *J Clin Psychiatry*. 2014 Oct;75(10):1096–104. doi: 10.4088/JCP.13m08769.
- [137]. Burgerhout KM, Kamperman AM, Roza SJ1, Lambregtse–Van den Berg MP,, Koorengel KM, Hoogendijk WJ, Kushner SA1, Bergink V. Functional Recovery After Postpartum Psychosis: A Prospective Longitudinal Study *J Clin Psychiatry*. 2017 Jan;78(1):122–128. doi: 10.4088/JCP.15m10204.