

SIX CAS DE PSYCHOSE PUERPERALE A L'EHS DE PSYCHIATRIE HDEB_ OUARGLA EN 2020

ETUDE DESCRIPTIVE ET CLINIQUE

BAIT soumiya*

* Université KASDI Merbah_ Ouargla Faculté de médecine_ Ouargla EHS de psychiatrie
HDEB_ Ouargla

ABSTRACT

Problem :

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

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

Methodology :

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

Results :

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

Conclusion :

This study has enabled us to prove the importance of researching risk factors in parturients and that the early diagnosis and medical care of these disorders effectively prevent the progression to serious and risky forms. Key words : puerperal psychosis, risk factors, EHS of psychiatry Hdeb, case-series.

RESUME

Problématique :

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

Objectifs :

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

Méthodologie :

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

Résultats :

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

Conclusion :

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

Mots clés : psychose puerpérale, facteurs de risque, EHS de psychiatrie Hdeb_ Ouargla, série de 06 cas.

Introduction et problématique

La psychose puerpérale PP (ou psychose de post-partum, ou encore psychose périnatale) du latin : puer : « l'enfant » et parere : « enfanter » est un terme englobant plusieurs troubles mentaux caractérisés par l'apparition brutale de symptômes psychotiques chez la mère dans les tout premiers semaines après la naissance d'un enfant. Elle se caractérise par l'apparition soudaine de symptômes psychiatriques et souvent neurologiques, principalement dans les 2 premières semaines après l'accouchement qui peuvent inclure une irritabilité, des sauts d'humeur extrêmes, des hallucinations, ce qui peut nécessiter une hospitalisation psychiatrique. À cause de la stigmatisation ou de l'incompréhension liées à cette condition, les mères qui en souffrent cherchent rarement de l'aide [1].

Jusqu'à présent, plus de 5800 maladies rares ont été officiellement reconnues, mais aucune d'entre elles n'est un trouble psychiatrique de l'adulte. En cette année bissextile (2016), la PP est incluse, pour la première fois vu sa très faible incidence qui est de 01 pour 1000 accouchements dans la liste organisée par Orphanet. Elle touche majoritairement les femmes sans antécédent médical et est donc difficilement prévisible. Et le risque relatif de première apparition de psychose affective est 23 fois plus élevé

après l'accouchement qu'à toute autre période [2]. La PP est l'une des maladies psychiatriques les plus graves et les plus dramatiques. Elle est associée à un risque accru d'infanticide [3] et suicidaire [4], une cause majeure de décès maternel. Les risques d'une maladie invalidante à vie (ex. bipolaire) et de récurrence après la prochaine grossesse [5] sont également élevés. Cependant, si elle est traitée rapidement et de manière adéquate, le pronostic à court terme est prometteur [6,7].

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

Il peut débuter par un baby blues ou une grande fatigue, puis apparaît rapidement un état « confuso-onirique » qui associe :

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

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

Définition :

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

(françaises et anglo-saxon) de la psychose puerpérale [8] :

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

Nous espérons que la reconnaissance de la PP comme un trouble grave et rare aidera à inverser la tendance de la maladie à être qualifiée de dépression post-partum ou de blues.

Le but de notre étude visait à décrire les aspects épidémiologiques et cliniques d'une série de 06 cas de Psychose Puerpérale à l'Hôpital psychiatrique Hdeb- Ouargla, et vise les objectifs suivants :

Objectif principal :

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

Objectifs secondaires :

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

I. Matériels et méthode :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive observationnelle portant sur l'étude clinique d'une série de 06 cas de PP, diagnostiquées et prises en charge dans l'EHS de psychiatrie Hdeb- Ouargla. Sur une période de 12 mois, allant de Janvier 2020 jusqu'au Décembre 2020.

2. La population d'étude :

- ✓ **Critères d'inclusion :** Toutes les patientes qui n'ont jamais eues des ATCDS psychiatriques et qui ont été admises pour la 1^{ère} fois dans l'EHS Hdeb suite à des troubles psychiatriques survenus pendant la

Grossesse ou bien dans les 04 semaines du post-partum.

- ✓ **Critères d'exclusion :** Toutes les patientes suivies pour des maladies psychiatriques (trouble bipolaire, décompensation psychotique, schizophrénie...).

3. Dénomination de l'échantillon d'étude

: Notre échantillon sera désigné par une appellation : « Psychose puerpérale » en cas de recueil et d'analyse des variables propres à leur évaluation. Nous retenons les définitions françaises et anglo-saxon de la PP [8].

4. Modalités de collecte et de contrôle des données :

Les patientes ont été identifiées dans les registres de 2020 de l'EHS de psychiatrie Hdeb, sous le diagnostic de PP.

Les dossiers médicaux sélectionnés et consultés individuellement, afin de valider l'inclusion et recueillir les informations. Ensuite des consultations ont été programmées par convocation des cas à fin d'accomplir les informations qui manquent sur une fiche d'enquête préétabli et pour bien retracer l'histoire de la maladie.

5. Aspect éthique de l'étude :

Les femmes ont été incluses dans cette étude après : avoir reçu une information claire, loyale et appropriée sur les différents objectifs de cette étude et donné leur consentement ou avoir celui de leurs proches.

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

6. Synthèse des observations :

N° d'observation	Cas 1	Cas 2	Cas 3	Cas 4	Cas 5	Cas 6
Age	26 ans	32 ans	27 ans	36 ans	29 ans	26 ans
ATCDS						
psychiatriques						
_Personnels	RAS	RAS	RAS	Épisode psychotique bref. 2016 (2 ^{ème} accouchement)	RAS	RAS
_Familiaux	Père : Alzheimer	RAS	RAS	Mère : psychotique	RAS	RAS
Gestité, Parité, Avortement	G1P1A0	G5P2A32 _2morts nés malformés _Curetage traumatisant	G1P1A0	G4P3A1	G1P1A0	G3P2A1 _éclampsie
Situation matrimoniale	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée	Mariée
Modalité de L'accouchement	Voie basse	Voie basse	Césarienne	Voie basse	Voie basse	Césarienne
FDR	_ Les conflits avec sa belle-famille. _ Niveau socio-économique : bas	_ 2 MFIU _ Curetage traumatisant. _ Niveau socio-économique médiocre. _ Conflits conjugaux.	_ Accouchement dystocique. _ Maltraitance durant l'enfance divorce parents.	_ Mère psychotique _ Niveau socio-économique médiocre	_ RAS	_ Césarienne urgente (éclampsie).
Début des troubles /L'accouchement	5 ^{ème} jour	3 ^{ème} jour	10 ^{ème} jour	29 ^{ème} jour	7 ^{ème} jour	7 ^{ème} jour
Diagnostic retenu	Épisode psychotique bref	Mélancolie délirante	Épisode psychotique bref	Épisode psychotique bref	Accès maniaque	Épisode psychotique bref

Examens para cliniques	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS	RAS
Traitements reçus	_Chlorpromazine _Olanzapine	_Olanzapine _Paroxétine	_Levomepromazine _Halopéridol	_Levomepromazine _Risperidon	_Levomepromazine _Halopéridol _Trihexyphénidyle _Lamotrigine	_Levomepromazine _Halopéridol _Trihexyphénidyle
Evolution après traitement	Rémission après 5jours	Rémission après 28jours	Rémission après 7jours	Rémission après 6jours	Rémission après 6jours	Rémission après 6jours

III. Résultats :

1. Données sociodémographiques :

L'âge moyen de patientes est de 29 ans (extrême 26- 36 ans). 83% de nos patientes étaient dans la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

Mariées tous et dont la moitié avait un niveau scolaire élevé et exerçante d'une profession. Le niveau socio-économique pour la plupart de nos patientes (2 /3 des cas) était de bon à moyen. (Tableau 1)

2. Les ATCDS et les données anamnestiques :

Les primipares et les multipares semblent être touchées de façon égale par la PP, 16% de nos patientes avaient signalé un problème psychiatrique familial. Un recours à une césarienne urgente suite à une dystocie ou à une urgence médicale s'est effectué pour 33% de nos patientes (1/3 des cas). Alors que la naissance d'un bébé malformé ou mort-né semblent aient

été un des facteurs participants dans l'émergence de trouble d'une de nos patientes (16%). (Tableau 1)

3. Les données cliniques, thérapeutiques et évolutives :

L'entité clinique dominante chez 67% de nos patientes (2/3 des cas) est représentée par la psychose aigue confuso_ délirante avec détection d'un seul cas de dépression à caractéristique psychotique (16%) et un seul cas d'accès maniaque (16%).

L'éclosion de trouble était précoce dans les 15 premiers jours pour la majorité des cas (84%), un seul cas s'est déclaré tardivement 29 jours du post-partum (16%) (Tableau 1).

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique ambulatoire. La totalité d'entre elles ont réussi à retrouver leur équilibre mental 10 à 30 jours après la mise en route du traitement (Tableau 1).

Cependant, nous avons des difficultés pour le suivie au long terme car la totalité de ces patientes sont perdues de vue et ratent leurs

contrôles ultérieurs après l'amendement total de la symptomatologie psychotique.

Paramètres étudiés		Effectif N= 6	Pourcentage %
Age	18 à 24 ans	0	0
	25 à 35ans	5	83,33
	35 ans ou plus	1	16,67
Le statut marital	Célibataire	0	0
	Mariée	6	100
	Divorcée	0	0
	Veuve.	0	0
Niveau d'instruction	Coranique	0	0
	Primaire	0	0
	Moyen	1	16,67
	Secondaire	2	33,33
	Universitaire	3	50
Niveau socio-économique	Bon.	2	33,33
	Moyen	2	33,33
	Bas	2	33,33
ATCDS psychiatriques familiaux		1	16,66
ATCDS gynéco-obstétricaux	Césarienne urgente	2	33,33
	Geste instrumentale	1	16,66
Nombre de parité	Multipare	3	50
	Primipare	3	50
Etat de la naissance de nouveau-né	Vivant	4	66,66
	Mort-né	1	16,66
	Malformé	1	16,66
Type de trouble	Trouble psychotique bref	4	66,66
	Dépression à caractéristique psychotique	1	16,66
	Accès maniaque	1	16,66
Période d'apparition de trouble	Au cours de la Grossesse	0	0
	Post-partum précoce (01 jour- 15 jours)	5	83,33
	Post-partum tardif (16 jours -29 jours)	1	16,67
	Plus 29 jours du Post-partum	0	0
Modalité de prise en charge des patientes	Hospitalisation	0	0

	Traitement ambulatoire	6	100
Devenir des patientes	Stabilisées	6	100
	Perdues de vue	0	0

Tableau 1 : Répartition selon les données sociodémographiques, les ATCDS et les données cliniques, thérapeutiques et évolutives

Discussion :

A. Paramètres sociodémographiques

:

- 1. Age :** Notre moyenne d'âge de **29ans** est proche de celle rapportée par certains auteurs concernant l'ensemble des patientes hospitalisées dans huit unités psychiatriques Françaises et trois Belges en 1999 et 2000, ils ont retrouvé une moyenne d'âge égale à 30ans [9]. Contrairement avec les résultats d'une étude menée en 2009 et qui a démontré que le risque est plus grand chez les femmes âgées de plus de 35 ans [10].

Nos résultats n'est guère surprenant en effet, vu que selon les statistiques, la population de la plupart des pays Européens est vieille, contrairement à celle de l'Algérie plus précisément d'Ouargla où elle est plus jeune et encore plus la parturition est encore plus précoce. Nos résultats concernant la

tranche d'âge la plus touchée située entre 25 et 35 peuvent être expliqués par le fait que cette phase de la vie est marquée par des responsabilités familiales, conjugales et ou professionnel plus importantes. La gestion de ces responsabilités et la recrudescence des préoccupations, soit sur l'évolution de la grossesse, soit sur l'enfant pourrait expliquer cette forte prédominance pour cette tranche d'âge.

- 2. Le statut marital :** notre étude a constaté que la maladie n'a touché que des femmes légalement mariées. Rapproché de l'étude rétrospective qui a été faite au Cameroun entre 2002 et 2004, qui démontre que les femmes mariées étaient plus nombreuses (62,5%) que les célibataires (35%) [11] et contrairement avec les études multicentriques qui démontrent que la PP touche surtout les mères célibataires « le statut de femme

célibataire représente un facteur de risque » [12].

3. Profession et le niveau d'instruction :

Selon notre étude, la PP se voit de façon égale chez les femmes au foyer et exerçantes d'une profession. De façon plus élevée chez les patientes instruites par rapport à ceux qui ont un niveau d'instruction plus bas. Nos résultats contrastaient avec ceux que l'ont montré les études de **Mbassa** et **Menick** [11] où les femmes n'exerçant aucune profession qui sont les plus touchées. En revanche la charge apportée à la parturiente par la profession, l'instabilité et les conflits professionnel ainsi que la responsabilité surajoutée, les préoccupations excessives quant au déroulement de la Grossesse, les revenus insuffisants pour les femmes qui étaient confrontées à jouer le rôle de chargée de famille représentent un facteur de stress qui peut argumenter la survenue accrue de PP chez les femmes travailleuses.

4. Niveau socioéconomique : Le niveau socio-économique pour les 2/3 de nos patientes était de bon à moyen contrastant avec **la littérature** où les bonnes conditions économiques

constituent un facteur protecteur de l'émergence de PP.

B. Paramètres anamnestiques :

1. Les antécédents (ATCDS) :

- **Psychiatriques familiaux :** on a trouvé chez 1/6 des cas (16%) seulement qui ont eus des ATCDS psychiatriques familiaux. Nos résultats concordent avec ceux démontrés par plusieurs auteurs qui avaient déjà évoqué la corrélation entre les antécédents familiaux de troubles psychiatriques et les PP [13,14,15,16,17,18,19,20]. Ainsi qu'aux résultats d'une étude réalisée en 1996, un auteur a constaté que le risque d'avoir une PP est estimé à environ 10% en cas des ATCDS familiaux [17].

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

2. Fréquence des troubles par rapport à la gestité :

Selon l'étude que nous avons menées, la PP atteint dans une proportion égale les primipares et les

multipares. En revanche, les études faites par certains auteurs ont montré une prépondérance plus marquée de la survenue de la maladie chez les primipares que chez les multipares ; ils ont évalué comme suit, le risque d'admission en service psychiatrie dans les trois premiers mois du postpartum, suivant le cas : nombreuses études effectuées en Europe, ont confirmé ces résultats [21]. De même, une étude publiée en 2009 a souligné une forte admission des primipares [10].

Tout ceci s'explique par le manque de préparation psychique de la femme pour faire face à l'accouchement qui est toujours un des facteurs de stress psycho-social non négligeable à l'origine des modifications biologiques et physiques que ce soit pour les multipares ou pour les primipares.

3. Etat de naissance de nouveau-né : notre 3^{ème} cas avait deux ATCDS de mort fœtale in utéro (MFIU) "d'un bébé malformé" pendant deux Grossesses successives et ça semble ait été un facteur participant dans l'émergence de son trouble. Ainsi l'absence et la mort de bébé renforce et nourrit l'angoisse de la mère et la rupture subite de cette relation mère-enfant qui se forme entre les deux dès la période de grossesse serait un facteur précipitant dans la

récidive et la pathologie chronique [22].

C. Paramètres cliniques, thérapeutiques et évolutives :

1. Clinique :

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

- Proche aux résultats d'une étude réalisée sur une durée de 10 mois en 2015 à Madagascar où le nombre de cas de psychoses aiguës est identique à celui détecté par notre étude [23] ainsi que les études de Ihezue et Mbassa Menick [24,11].

. Une autre étude effectuée au centre d'Afrique [24], les psychoses aiguës délirantes étaient les plus fréquentes mais un peu moindre (51,1%).

-Début du trouble : Dans notre étude, la majorité (soit 83%) des cas étudiés sont survenus dans les 15 premiers jours du post- partum, l'apparition des psychoses diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement.

Proche aux études Durand-Comiot [25] et Ihezue [24], où les troubles psychiques apparaissent plus volontiers dans le post-partum précoce.

Notre étude montre que l'apparition des troubles diminuait au fur et à mesure qu'on s'éloignait de la période d'accouchement, comme l'avaient constaté les autres études [13,15,17,18]. L'écllosion des psychoses aiguës confuso-délirantes semble être précoce par rapport à l'étude menée par Brockington et Coll [26] et qui ont constaté que la période d'écllosion survient trois semaines après l'accouchement. Certaines équipes s'accordent en effet, à montrer que le pic d'admission se situe autour de la 2^{ème} à la 3^{ème} semaine après l'accouchement [22].

Nous pouvons admettre que les femmes venant d'accoucher sont très fragiles durant les premiers jours du post-partum.

2. La prise en charge thérapeutique : toutes nos patientes ont bénéficié d'un traitement ambulatoire avec supervision quotidienne de psychiatre vu le refus des proches d'hospitaliser la femme dans un service de psychiatrie, le choix du traitement curatifs des psychoses aiguës confuso-délirantes recourt souvent au neuroleptiques sédatifs et

incisifs qui ont fait leur preuve car après la 1^{ère} semaine de traitement on perçoit une nette amélioration clinique des patientes dans 95% des cas, et aucune rechute n'a été enregistrée ultérieurement.

Le rétablissement de l'état clinique de nos patientes a été obtenu 20 à 40 jours après la mise en route du traitement et ce résultat concorde avec celui démontré par d'autre étude qui qualifie l'efficacité des traitements actuellement employés à réduire considérablement la durée des troubles en 2 à 4 semaines. En 2004, une étude a montré l'efficacité de la mise en place d'un traitement médicale (Olanzapine) pendant quatre semaines après l'accouchement [27].

Une étude faite en 2011 a réitéré que les traitements doivent être administré le plus rapidement pour maintenir la sécurité de la patiente, hospitaliser la mère et l'enfant dans l'immédiat si nécessaire [28]. Avec possibilité de suivre les traitements à domiciles si les troubles sont de sévérité moindre [27].

3. Devenir des patientes : la plupart d'entre elles ont réussi à retrouver leur équilibre mental 20 à 40 jours après la mise en route du traitement médical.

Cependant, nous avons des difficultés pour le suivie au long terme car presque

la totalité de ces patientes ne reviennent plus pour les contrôles qui doivent encore être faits comme pour tous les cas étudiés à Madagascar [23].

Les abandons ont plusieurs causes mais le plus remarquable est l'errance thérapeutique, les patientes vont voir d'autres guérisseurs (religieux, traditionnels) et abandonnent les visites psychiatriques par peur de stigmatisation sociale et ou d'être dépendantes aux psychotropes.

Conclusion :

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

Notre étude rétrospective descriptive observationnelle type étude de série de six cas de PP diagnostiqués et pris en charge au niveau de l'EHS de psychiatrie Hdeb_ Ouargla pendant 12 mois et dont l'objectif consiste à déterminer les différentes entités

cliniques de PP confrontées par les femmes de la wilaya d'Ouargla et secondairement de décrire les caractéristiques sociodémographiques des cas qui ont été détectés ainsi que les différents facteurs de risque prédisposant les parturientes à confronter ce genre de troubles psychiatriques.

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

Bibliographie :

1. Clare Dolman, « When having a baby can cause you to 'lose your mind' », sur BBC, 4 décembre 2011.
2. Munk-Olsen T -Laursen TM - Pedersen CB -Mors O -Mortensen PB, Nouveaux parents et troubles mentaux.JAMA. 2006 ; 296 : 2582-2589.
3. Spinelli MG, Psychose du post-partum : détection du risque et prise en charge. Suis J Psychiatrie. 2009 ; 166 : 405-408
4. Cantwell R -Clutton-Brock T - Cooper G et al. Sauver la vie des mères : passer en revue les décès maternels pour rendre la maternité

- plus sûre : 2006-2008. Le huitième rapport des enquêtes confidentielles sur les décès maternels au Royaume-Uni. *BJOG*. 2011 ; 118 : 1-203
5. Wesseloo R -Kamperman AM - Munk-Olsen T -Pop VJM -Kushner SA -Bergink V, Risque de rechute post-partum dans le trouble bipolaire et la psychose post-partum : une revue systématique et une méta-analyse. *Suis J Psychiatrie*. 2016 ; 173 : 117-127
 6. Bergink V -Burgerhout KM - Koorengel KM et al.Traitement de la psychose et de la manie dans la période post-partum.*Suis J Psychiatrie*. 2015 ; 172 : 115-123
 7. Maurice Ferreri, Arnaud Heim, Philippe Nuss, Nazbanou Heim, Henri-JeanPhilippe. Troubles psychiatriques du post-partum. s.l. : EMC-Obstétrique, 2009. Article 5-110-B-10.
 8. TABBANE K., CHARFI F., DELLAGI L., GUIZANI L., BOUKADIDA L. Les psychoses aiguës du post-partum. *L'encéphale*, 1999 ; 25 : 12-7
 9. NEZELOF S, CAZAS O, SUTTER-DALLAY AL, GLANGEAUD N. Hospitalisation conjointe mère-bébé en psychiatrie. *Annales médico- Psychologiques*, 2005 ; 163 : 52934
 10. Valdimarsdottir U, Hultman, Christina M, Harlow B. Psychotics illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a populationbasedstudy. *Feb 2009 ; 6 (2) : 094-0200*
 11. Mbassa Menick. Manifestation psychopathologique de la gravido-puerpéralité au Cameroun. *Médecine Tropicale*, 2005 ; 65 (6).
 12. Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar S. contribution of psychological and social factors to psychotic and non psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Aff Disorder*, 1992 ; 29 : 253-64
 13. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie, 1978 ; Masson éd., 5^{ème} édition, Paris, 1252 pp.
 14. Racamier PC, Sens L, Carretier L. La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. *Evol Psychiatr* 1961 ; 4 :525-70.
 15. Brousselle A. La mélancolie puerpérale. *Rev. Franç. Psychanal*. 1976 ; 40 : 1097-1100.
 16. Chepfer R, Sichel JP. Des liens possibles entre les suites de couches normales et la psychose puerpérale. *Evol Psych* 1974 ; 39 : 643-62.
 17. Lemperière T, Féline A, Gutman A, Ades J, Pilate Ch. Psychiatrie de l'adulte, Abrégés de Médecine, Masson éd., 3^{ème} édition, Paris, 1996, 430 pages.
 18. Lemperière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiatriques liés à la puerpéralité. *Encycl Med Chir-Psychiatrie* 37660, A-10 1984, Paris, 12 pp.
 19. 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.
20. 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., 1^{ère} 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., 1^{ère} édition, Toulouse, 1993 : 155-159.
 21. Kendell RE, Chalemrs JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychosis. Br J Psychiatry, 1987 ; 150 : 662-73.
 22. Racamier PC. A propos des psychoses de la maternalité. In : Mère mortifiée, mère meurtrière, mère mortifère. Soule M. Paris : ESF, 1980 : 41-50
 23. Troubles psychiatriques et psychopathologiques de la gravidité.
 24. Ihezue UH. Puerperal mental illness in Enugu, Nigeria. Psychopath Afric 1986/1987 ; 21 : 91-101.
 25. Durand-Comiot ML. La psychose puerpérale ? Etude en milieu sénégalais. Psychopath Afric 1977 ; 13 : 269-355.
 26. Brockington I. Postpartum psychiatric disorder. Lancet, 2004 ; 363 : 303- 10.
 27. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labor, time of delivery, and puerperal psychosis. Journal Affect Disorder, 2004 ; 83 : 215-20
 28. Inger Engqvist, Arne A., Ginette F. Comprehensive treatment of women with postpartum psychosis across health care systems from Swedish psychiatrists perspectives. The qualitative report, January 2011 ; 16 (1) : 66-29.