

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

**REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE**

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

**Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique**

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان -

Université Aboubakr Belkaïd – Tlemcen –

Faculté de Médecine

Département de pharmacie



### **Mémoire de fin d'études**

Présenté pour l'obtention du **diplôme de Docteur en Pharmacie**

**Par : BABA AHMED Fatima Zahra Rym et  
BENHAMIDAT Hind**

**Thème :**

**La dépression du post-partum : prévalence et facteurs de risques chez des parturientes au niveau de la wilaya de Tlemcen, Algérie**

Soutenu le, **11 octobre 2021**, devant le jury composé de :

<b>Pr.Boucif Hassan</b>	Professeur en Psychiatrie	<b>Président</b>
<b>Dr.Rahoui Asmaa</b>	Maitre de conférences A en Psychiatrie	<b>Encadrante</b>
<b>Dr.Benabed Fatema Zohra</b>	Maitre assistante en pharmacologie	<b>Examinatrice</b>
<b>Dr.Bouhmama Loubna</b>	Maitre assistante en Gynécologie	<b>Examinatrice</b>

## **Remerciements et dédicaces**

Nous tenons à remercier vivement le Professeur Rahoui Asma, pour l'honneur qu'elle nous a fait d'encadrer notre thèse, et qui nous a guidés dans les moments de doutes. Nous admirons profondément son dévouement au travail, sa patience, sa disponibilité, ainsi que ses qualités, notamment sa gentillesse qui nous a profondément marquée.

Nous exprimons notre profonde gratitude au chef de service de psychiatrie du C.H.U TLEMCEM, ALGÉRIE, le Professeur Boucif de nous avoir fait l'honneur de présider le jury.

Nos remerciements également à tous les membres du jury qui ont bien voulu consacrer leur temps pour l'évaluation de ce mémoire.

Nous remercions infiniment tous les résidents, les assistants et maîtres assistants du service de gynécologie qui nous ont accueillis au sein de la maternité.

Nous remercions tous les patientes qui ont accepté de participer à cette étude, et qui ont fait de ce travail une expérience inoubliable.

Je dédie ce travail :

A toute ma famille et mes amis, qui m'ont soutenu et encouragé tout au long de ce travail.

A mes très chers parents, sans qui je n'aurai jamais pu arriver jusque-là et être la femme que je suis aujourd'hui. Leur présence à mes côtés tout au long de mes années d'études n'ont fait que ressortir le meilleur de moi-même.

Merci à vous, Maman, Papa, pour votre patience, votre soutien et votre amour. Tous les mots du monde ne suffiront pas pour vous montrer toute la gratitude que je vous porte.

A mes chers petits frères, qui ont su me remonter le moral dans les moments de doute. Leur amour et leur gentillesse m'ont armé de force et de motivation pour continuer sans jamais abandonner.

A mon cher mari, qui m'a soutenu et supporté durant ces deux dernières années d'université, merci pour ta patience inépuisable et tes encouragements.

A mes beaux-parents et mes belles sœurs, qui ont toujours su à chaque fois trouver les bons mots pour me motiver.

A mon binôme, Tema, que je connais depuis la première année moyen, nous avons vécu tellement de bons moments ensemble et rien de mieux que de finir nos d'études avec un travail aussi enrichissant. Merci d'avoir fait partie de ma vie durant toutes ces longues années.

**BENHAMIDAT Hind**

A ceux qui m'ont épaulé, soutenu et ont toujours été là pour moi.

Ceux qui ont tant sacrifié pour mon bien-être, veillé à ce que je ne manque de rien.

Toute ma vie vous étiez là à m'encourager, me donner confiance en moi, m'inculquer les sages principes de la vie.

Vous êtes les rails sur lesquelles je roule, mes piliers, le soleil de ma vie.

Cette réussite, ce bonheur, cet accomplissement, je vous les dois.

A travers ce modeste travail, je vous exprime ma sincère gratitude, mon amour et le bonheur que j'ai de vous avoir dans ma vie.

A MAMAN, PAPA, SOUFYANE, ZYAD, BA, MAMIE, TATA, HADJ, ILHEM,  
YOUCEF, HIND, SARAH, OMAR ..... MERCI.

**BABA AHMED Fatima Zahra Rym**

## Table des matières

Remerciements et dédicaces.....	1
Liste des acronymes et abréviations.....	6
Liste des tableaux.....	8
Liste des figures.....	9
Liste des annexes.....	11
Introduction.....	12
Chapitre I : La dépression du post partum.....	14
I. Présentation générale sur la dépression du post partum :.....	15
I.1 Historique :.....	15
I.2 Définitions.....	15
I.3 Epidémiologie :.....	18
I.4 Sémiologie.....	19
I.4.1 DPP précoce :.....	19
I.4.2 DPP tardive :.....	19
I.5 Facteurs de risque.....	19
I.6 Evolution et conséquences.....	20
II. Prévention et dépistage.....	21
II.1 Prévention :.....	21
II.1.1 Définition :.....	21
II.1.2 Acteurs de la prévention :.....	22
II.1.3 Moments clés de la prévention:.....	23
II.1.4 Moyens de prévention :.....	23
II.1.4.1 Prévention biologique :.....	24
II.1.4.2 Prévention psychologique/psychosociale :.....	25
II.2 Dépistage.....	26
II.2.1 Définitions.....	26
II.2.2 Dépistage anténatal.....	26
II.2.3 Dépistage postnatal.....	30
III. Diagnostic.....	31
III.1 Diagnostic différentiel.....	31
III.1.1 Post-partum blues.....	31

III.1.2	Psychose puerpérale .....	31
III.1.3	Le trouble anxieux.....	31
III.2	Diagnostic spécifique .....	31
Chapitre II	Chapitre II : Partie Pratique.....	33
I.	Type, contexte et période de l'étude : .....	34
II.	Contexte et objectifs : .....	34
II.1	Objectif principal :.....	34
II.2	Objectif secondaire :.....	34
II.3	Critères d'inclusion : .....	34
II.4	Critères de non inclusion :.....	34
II.5	Critères de jugement :.....	35
III.	Méthodologie de l'étude : .....	35
III.1	Méthode d'investigation :.....	35
III.2	Ethique :.....	35
III.3	Déroulement de l'étude : .....	36
III.4	Recueils des données :.....	36
III.5	Recrutement des patients .....	36
III.6	Supports de l'étude :.....	37
III.6.1	Supports de l'étude en T1 : .....	37
III.6.2	Supports de l'étude en T2 : .....	38
III.7	Analyse et exploitation des résultats : .....	38
Chapitre III	Chapitre III : Résultats et discussion.....	40
I.	Résultats de l'étude :.....	41
I.1	Population de l'étude :.....	41
I.1.1	Paramètres sociodémographiques :.....	41
I.1.2	Paramètres gynéco-obstétricaux : .....	44
I.1.3	Paramètres néonataux : .....	47
I.2	Prévalence de la dépression du post partum :.....	50
I.2.1	Prévalence de la DPP en T1 :.....	50
I.2.2	Prévalence de la DPP en T2 :.....	51
I.3	Facteurs associés à la DPP : .....	52
I.3.1	Facteurs de risque significatifs dans notre étude : .....	57
I.3.2	Facteurs de risques non significatifs dans notre étude :.....	59
II.	Discussion des résultats : .....	62
II.1	Population de l'étude :.....	62

II.1.1	Paramètres sociodémographiques ;	62
II.1.2	Paramètres gynéco-obstétricaux ;	63
II.1.3	Paramètres néonataux ;	65
II.2	Prévalence de la DPP ;	65
II.3	Facteurs de risque associés à la DPP ;	66
II.3.1	Les facteurs de risque significatifs dans notre étude ;	66
II.3.2	Les facteurs de risque non significatifs dans notre étude ;	68
II.3.3	Autres facteurs ;	69
Conclusion		70
Limites et recommandations perspectives ;		72
Bibliographie		74
Annexes		81
Résumé		93

## **Liste des abréviations et acronymes**

**DPP** : Dépression Post Partum

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**EPDS** : Edinburgh Postnatal Depression Scale

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**DAD-P** : Dépistage Anténatal de la Dépression du Post-partum

**EHS** : Etablissement Hospitalier Spécialisé

**DPN** : Dépression Post Natale

**ATCD**: Antecedents

**PPB**: Post-Partum Blues

**SPSS**: Statistical Package for the Social Sciences

**DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth edition)

## Liste des tableaux

<b>Tableau 1 :</b> Valeurs statistiques concernant la sensibilité et la spécificité du DAD-P .....	28
<b>Tableau 2:</b> Principaux facteurs de risque et facteurs protecteurs pour la dépression du postpartum.....	29
<b>Tableau 3:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'âge.....	41
<b>Tableau 4:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le niveau socio-économique.....	43
<b>Tableau 5:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le type de l'accouchement.....	44
<b>Tableau 6:</b> Prévalence de la DPP dans les deux temps de l'étude chez les patientes recrutées au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 .....	50
<b>Tableau 7:</b> Répartition des parturientes selon les paramètres sociodémographiques .....	53
<b>Tableau 8:</b> Répartition des parturientes selon les paramètres gynéco-obstétricaux .....	54
<b>Tableau 9:</b> Répartition des parturientes selon les paramètres néonataux .....	55
<b>Tableau 10:</b> Syndrome du baby blues chez les parturientes en T1 et T2.....	55
<b>Tableau 11:</b> Répartition des parturientes selon les antécédents.....	56
<b>Tableau 12:</b> Répartition des parturientes selon la nature des relations avec l'entourage .....	56

## Liste des figures

<b>Figure 1 :</b> qu'est-ce que la dépression du post-partum ?.....	16
<b>Figure 2 :</b> La dépression du post partum : signification.....	17
<b>Figure 3 :</b> Comparaison entre la dépression postpartum et le baby blues .....	17
<b>Figure 4 :</b> Recommandations pour la détection d'une dépression en cours et la détection du risque de future dépression du postpartum.....	30
<b>Figure 5:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'état civil .....	42
<b>Figure 6:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le niveau scolaire.....	42
<b>Figure 7:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le lieu de résidence .....	43
<b>Figure 8:</b> Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le logement.....	44
<b>Figure 9 :</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'acceptation de la grossesse .....	45
<b>Figure 10:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le déroulement de la grossesse .....	45
<b>Figure 11:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le déroulement de l'accouchement.....	46
<b>Figure 12:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021selon le nombre d'enfants des parturientes.....	47
<b>Figure 13:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021selon la survenue de fausses couches .....	47
<b>Figure 14:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le sexe du nouveau née.....	48
<b>Figure 15:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le terme des nouveaux nées .....	48
<b>Figure 16:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon Sexe du nouveau née souhaitée.....	49
<b>Figure 17:</b> Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'état de santé du bébé .....	49

<b>Figure 18:</b> Répartition des scores de l'EDPS en T1 chez les parturientes au sein de l'EHS mère enfants, Tlemcen, Algérie en 2021.....	51
<b>Figure 19:</b> Répartition des scores de l'EDPS en T2 chez les parturientes au sein de l'EHS mère enfants, Tlemcen, Algérie en 2021.....	52

## Liste des annexes

<b>Annexe 1: le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post partum (DAD-P) (dépistage large).....</b>	<b>82</b>
<b>Annexe 2: l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS).....</b>	<b>85</b>
<b>Annexe 3: Version arabe validée de l'EPDS.....</b>	<b>88</b>
<b>Annexe 4: fiche de renseignement globale des patientes .....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 5: fiche de recueil des données en (T1) .....</b>	<b>89</b>
<b>Annexe 6: Fiche de recueil des données en T2.....</b>	<b>92</b>

---

# Introduction

---

Dans le monde moderne, devenir parent n'est pas toujours synonyme de pur bonheur. Même si pour la majorité des femmes le fait d'enfanter est considéré comme l'une des plus belles expériences de leur vie, pour certaines la situation peut vite virer au drame.

Le post accouchement est très éprouvant, que ce soit sur le plan physique ou psychologique. En effet, La maman est très vulnérable et sensible à cet instant et ce qu'on appelle un simple « baby blues » peut rapidement se transformer en dépression du post-partum (DPP) (1).

L'augmentation de la fréquence de ce trouble dépressif durant ces dernières années a suscité l'intérêt de nombreux professionnels de santé (2). L'intensité de ses symptômes (3) ainsi que les multiples conséquences négatives qui peuvent influencer tout l'entourage de la maman (4), ont permis de considérer la dépression du post partum comme un véritable problème de santé public (5).

Malheureusement, la prise en charge et le dépistage de ce trouble restent difficiles (6), d'une part parce que la mère a tendance à vivre dans le déni de sa maladie de peur d'être jugée de « mère indigne » et d'autre part car ce domaine psychologique reste plus ou moins obscur pour les professionnels de santé (7).

Les statistiques ont montré que près de 20% des femmes ayant accouché sont concernés par la dépression du post partum (8), mais l'absence de diagnostic et de traitement engendre des complications (9) qui déstabilisent tout l'équilibre familial et affecte le développement psychologique du nouveau-né (10).

En considérant les témoignages des patientes qui ont accouché à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, et en se basant sur leurs scores calculés à l'aide du questionnaire de dépistage EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) qui indique si elles souffrent de trouble psychologique ou pas, notre hypothèse serait que la Dépression du Post Partum est fréquente au niveau de la wilaya de Tlemcen.

---

# **Chapitre I : La dépression du post partum**

---

# **I. Présentation générale sur la dépression du post partum :**

## **I.1 Historique :**

Depuis la nuit des temps, savants et sages observaient des troubles de l'humeur chez les femmes après avoir donné la vie. D'après les légendes, ces femmes furent possédées par des démons, néanmoins chaque peuple avait sa définition de ce phénomène.

L'existence de la DPP, médicalement définie, remonte au 4eme siècle d'après des textes de l'époque. Esquirol, dans ses travaux de 1845, décrit des troubles « psychiatriques du post partum d'intensité modérée, qui échappent à l'investigation des psychiatres » (11).

Marcé, en 1858, reprend ces travaux et analyse différents troubles du post partum à partir d'observations cliniques ; il différencie les pathologies psychiatriques puerpérales de celles du reste de la vie par une origine organique, utérine et secondaire à la lactation (12).

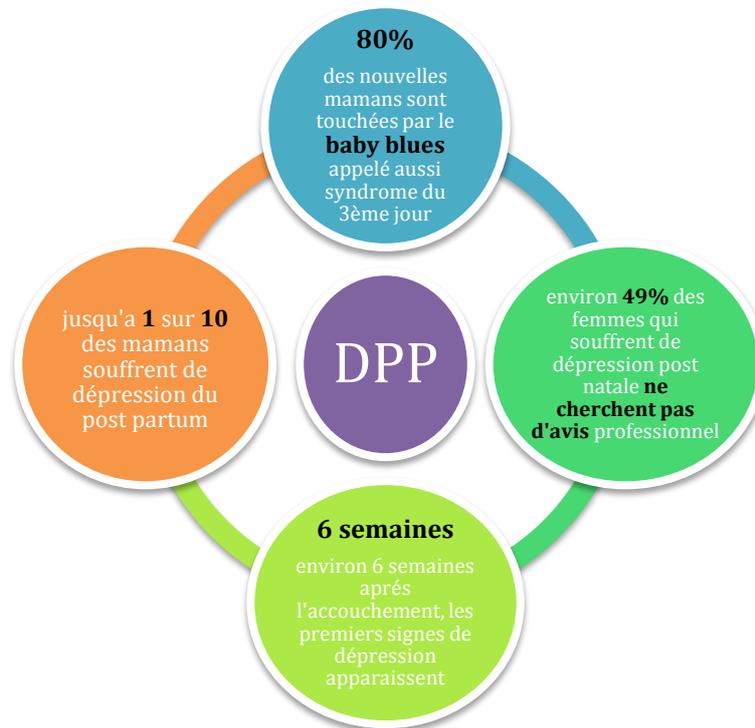
C'est alors en 1968 que la première publication définissant la dépression du post partum en tant que diagnostic psychiatrique à part entière. Il décrit « un état de dépression après un accouchement, jamais ressenti jusque-là, durant plus d'un mois et au moins partiellement handicapant ; l'état dépressif peut varier de jour en jour, s'aggrave le soir, et est associé à une fatigue, une irritabilité envers le conjoint et les enfants, de l'anxiété, une anorexie, des insomnies et une baisse de la libido. » Il s'agit pour lui d'un état non psychotique, sans idées suicidaires ni ralentissement psychomoteur, survenant chez une patiente indemne avant la naissance (13).

## **I.2 Définitions**

La dépression est une maladie psychiatrique se définissant par un trouble thymique, caractérisé par un état de tristesse, de désespoir associé à des troubles alimentaires et du sommeil, qui peut dans les cas les plus graves conduire au suicide.

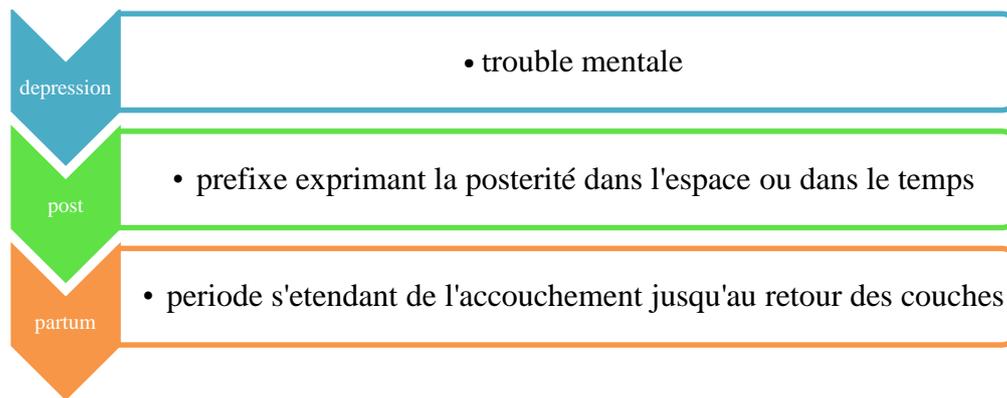
Les patients sont traités essentiellement par des antidépresseurs mais dans certains cas une psychothérapie est nécessaire. Le diagnostic de cette maladie s'appuie sur le ressenti du patient, et la perception de son entourage sur un changement anormal de son comportement habituel ; le diagnostic sera bien évidemment complété par un examen psychologique (14).

La dépression est très fréquente entre 20 et 30 ans mais c'est plus tardivement aux alentours de 30 à 40 ans qu'elle connaît un pic, majoritairement les femmes sont plus touchées que les hommes. Certains facteurs et maladies peuvent en être la cause comme par exemple la solitude et l'isolement de la société, la prise d'alcool et drogues, la précarité...



**Figure 1 :** qu'est-ce que la dépression du post-partum ?

Chez la femme, la période du post partum représente une étape cruciale car un changement hormonal important se produit, de plus elle doit s'adapter à nouveau mode de vie. Tous ces changements physiques, psychiques et sociales font que cette dernière s'affaiblie et laisse place à un désordre psychologique qui des fois se manifeste par une crise de tristesse (baby blues) mais dans d'autres cas cela laisse place à une dépression clinique majeur « la dépression du post partum » (14).



**Figure 2 :** La dépression du post partum : signification

Le baby blues à la différence de la DPP , est une forme de mal-être général accompagnée par des sauts d'humeur , de la fatigue et des difficultés à dormir .Cela toucherait environ 60% des femmes et ne durerait que quelques jours après l'accouchement (15).

Par contre la DPP correspond à une forme plus sévère de déprime et des manifestations cliniques plus grave qui s'étendent sur une longue période allant jusqu'à un an après l'accouchement.



**Figure 3 :** Comparaison entre la dépression postpartum et le baby blues

### **I.3 Epidémiologie :**

La dépression post natal est un véritable fléau pour notre société, pouvant survenir à n'importe quel moment durant l'année qui suit l'accouchement (16) (17). Deux pics de fréquence ont été observés, le premier se situe entre la 4<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> semaines (18) puis le deuxième entre le 9<sup>ème</sup> et 15<sup>ème</sup> mois (19) qui suit la naissance du bébé.

D'après plusieurs études qui se sont intéressées à l'incidence de la dépression du post-partum, les taux varient entre 5 et 20%. Ces variations s'expliquent par la divergence des conditions d'évaluation (la population d'étude, le moment de l'évaluation, l'outil utilisé...) (20).

En 1996, une méta-analyse internationale de 59 études a été menée auprès de plus de 12000 femmes. Ceci a permis de mettre en évidence que la DPP toucherait en moyenne 13% des femmes (21). Une autre étude réalisée en 2002 sur la prévalence de la DPP, démontre que 52% des femmes ayant des symptômes dépressifs en prénatal, le sont aussi en postnatal et la moitié des femmes déprimées en postnatal ne l'est pas en prénatal (22).

Slim a mené une étude à Monastir et a trouvé une prévalence de l'ordre de 7,9% de la DPP, à la huitième semaine du post accouchement (23). Ben Aïcha dans une autre étude menée à Tunis, a trouvé une prévalence de la DPP durant les six premières semaines du post partum de l'ordre de 21,4% (24). Une prévalence comprise entre 15.6% et 25.6% a été constaté lors d'une étude groupée de DPP sur des femmes iraniennes (25) (26).

Des études se sont intéressés à la prévalence de la DPP dans différents pays afin de mettre en évidence l'impact culturel sur cette dernière. En effet, elles ont montré qu'il y'avait des variations importantes entre les pays développés et les pays en cours de développement où la fréquence était plus importante que dans les précédents (27) (28).

D'après Cox, 50% des femmes touchées par la DPP le sont toujours un an après l'accouchement. Ce qui représente un véritable problème qui peut influencer la relation mère/enfant et le développement du nourrisson (29).

D'après ces taux de prévalence, on peut dire qu'au moins une femme sur dix présentera des signes de troubles dépressifs dans le post partum.

## **I.4 Sémiologie**

Les manifestations cliniques de la DPP varient beaucoup en ce qui concerne la sévérité mais aussi d'après les études cliniques, il y'aurait une variable temporelle dans les DPP qui distinguerait des formes précoces et des formes tardives.

### **I.4.1 DPP précoce :**

Ce type de dépressions se déclenche entre la 4eme et 6eme semaine après l'accouchement. La clinique se rapproche du syndrome dépressif typique, il se manifesterait par : (14)

- Un trouble de l'humeur caractérisé par une tristesse, anxiété, pleurs, pessimisme à l'encontre de soi et du monde
- Troubles cognitifs ; idées suicidaires et perte de l'estime en soi
- Ralentissement psychomoteur ; mémoire à court terme perturbée ; manque d'attention
- Signes somatiques ; asthénie ; trouble du sommeil ; anorexie (20)

### **I.4.2 DPP tardive :**

Ces dépressions plus tardives apparaissent le plus souvent entre le 2eme et le 12<sup>ème</sup> mois après l'accouchement. Contrairement aux formes précoces, les manifestations cliniques sont plus atypiques ce qui rend le diagnostic plus difficile à poser (32). Dans ce cas ce ne sont pas les signes de la mère qui sont évocateurs mais ceux du bébé. En effets des troubles du comportement comme des pleurs inconsolables aussi des troubles alimentaires comme les vomissements, régurgitation ou encore l'anorexie. En ce qui concerne la mère, elle peut montrer une dysphorie modérée avec labilité émotionnelle, fatigabilité (avec troubles du sommeil axés sur l'endormissement) sans ralentissement psychomoteur, voire, à l'inverse, une sub-agitation et absence d'idées suicidaires (30).

## **I.5 Facteurs de risque**

La DPP fait face suite à de nombreux facteurs (31) que ce soit psychologiques, relationnels, socio-économiques notamment :

- Une modification hormonale importante
- Un manque de soutien familial et social

- Des antécédents de dépression
- Des antécédents familiaux de DPP
- Une relation conjugale compliquée
- Une exigence particulière dans les soins du nouveau-né
- Un épuisement mental et physique
- Un sentiment de perte suite à la délivrance
- Un traumatisme suite un accouchement douloureux
- Un manque de confiance en soi suite aux changements que subit le corps de la femme

Les facteurs déclenchant restent nombreux et différents. Parfois la patiente et le médecin déterminent quelles sont ces causes mais dans d'autres cas cela reste un mystère

## **I.6 Evolution et conséquences**

La durée rapportée d'une dépression post natale majeure varie entre 3 et 14 mois ; bien que dans 50% des cas, ces signes disparaissent spontanément entre 3 à 6 mois. Pour autant beaucoup d'entre elles voient ces signes persister un an après l'accouchement (32).

Par ailleurs, il existe des troubles mineurs, qui apparaissent durant les premières semaines après l'accouchement. Ils correspondraient à un simple trouble de l'adaptation à la parentalité autrement dit le baby blues, l'évolution dans ce cas est favorable (33).

Plusieurs évolutions spontanées sont possibles pour une mère dépressive :

- Dans certains cas elle guérit en quelques mois ; mais la pathologie peut parfois persister plusieurs années, jusqu'à l'entrée de l'enfant en milieu scolaire notamment.
- Elle peut constituer une entrée dans une maladie dépressive récurrente
- Il existe un risque de récurrence de 30 à 50% à la grossesse suivante.

Les conséquences cliniques le plus facilement observables sont :

- Absence d'émotions ou panique devant l'intensité des sentiments (les siens ou les cris du bébé)
- Réticence à prendre le bébé contre elle ou au contraire difficultés à s'en détacher corporellement
- Gestes brutaux ou au contraire démonstrations d'affection excessives en public

- Consultations itératives pour l'enfant, ou pour « pleurs prolongés », troubles fonctionnels, etc...(34)

## **II. Prévention et dépistage**

La dépression du post partum a été longtemps considérée comme tabou et le reste encore aujourd'hui. Les mamans qui souffrent de ce trouble sont rejetées par toute la société, car la population reste mal informée (35). Devenu un enjeu crucial de santé public, la DPP reste mal diagnostiquée et de ce fait, mal traitée (36), et donc la prévention et le dépistage sont devenus plus qu'une nécessité (37).

### **II.1 Prévention :**

#### **II.1.1 Définition :**

La prévention selon l'OMS " est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps " (38). Elle peut être primaire, secondaire ou tertiaire.

\*Prévention primaire : " est définie comme l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas ou à en retarder l'âge de début".

C'est à ce moment-là que les professionnels de santé peuvent intervenir et arrêter la machine avant que ça soit trop tard. Il suffit d'être attentif et à l'écoute des futurs mamans.

\*Prévention secondaire : " ensemble de mesures destinées à interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et éviter le décès ".

Une fois la machine enclenchée. Elle permettra d'amorcer le processus, et limiter les dégâts que peut avoir la DPP sur la maman et son bébé.

\*Prévention tertiaire : « Elle intervient après la survenue de la maladie et tend à réduire les complications et les risques de rechute. Il s'agit d'amoinrir les effets et séquelles d'une pathologie ou de son traitement ».

A ce stade, il est primordial d'accompagner ces femmes lors de leur traitement, qu'il soit médicamenteux ou non, afin d'améliorer leur qualité de vie.

### **II.1.2 Acteurs de la prévention :**

Les personnes qui peuvent changer les choses, ce sont les professionnels de santé (39). La jeune maman sera beaucoup confrontée à eux durant et après sa grossesse (40).

#### **\*le médecin gynécologue/obstétricien :**

La prévention peut commencer pendant la grossesse et je dirai même que c'est le moment idéal pour intervenir. Ce rôle doit être assuré par le médecin gynécologue qui est un spécialiste de la psychologie de la femme, en l'accompagnant tout au long de sa grossesse, il pourra analyser son comportement, le développement du fœtus et l'impact de ce dernier sur elle (41).

#### **\*la sage-femme :**

Sa présence auprès de la maman avant, au cours et après la couche fait d'elle un pion important dans le processus de la prévention. Elle se charge du diagnostic du début de travail et accompagne la maman pendant l'accouchement. Elle va la guider, la conseiller et la rassurer pour un bon déroulement psychique de l'enfantement (42).

#### **\*le pédiatre :**

Bien que son rôle consiste essentiellement au suivi du nouveau-né, la proximité que peut avoir le pédiatre avec la femme au début de sa maternité lui permet de réaliser un dépistage en post partum et donc prévenir une éventuelle dépression (43). Il va analyser et être attentifs à la naissante relation mère-enfant et va essayer de détecter les signes révélateurs de la DPP.

#### **\*les autorités de santé :**

Contrairement à la France (44), l'Algérie n'a toujours pas mis en place un plan de périnatalité qui peut améliorer l'environnement psychologique et social des deux parents avant et après l'arrivée de leur enfant. Cette absence d'encadrement ne fait qu'aggraver la situation.

**\*le pharmacien :**

Le métier de pharmacien est en constante évolution, il est passé de simple préparateur et dispensateur à un véritable acteur dans l'éducation et la formation des patient et des autres professionnels de santé. Même si en Algérie on remarque plutôt le contraire, le pharmacien doit promouvoir la santé publique en prenant en charge le patient souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques.

**II.1.3 Moments clés de la prévention:**

La prévention doit se faire dès le début, dès que les parents souhaitent avoir un enfant et les suivre jusqu'au post partum (45).

La future maman a droit à 5 visites et 3 échographies en moyenne chez le gynécologue ou le médecin généraliste durant la grossesse (46). Elle peut même assister à des séances de préparation à l'accouchement si elle le souhaite. Ces entretiens sont précieux et donc il faut en profiter pour parler du ressenti et de son état psychique afin de pouvoir détecter des signes prédictifs d'un éventuel trouble dépressif (47).

En réalité, ce suivi médical de grossesse a pour but d'améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive (48). Mais on estime que leur sécurité émotionnelle est presque totalement ignorée.

En plus des entretiens en anténatal, il en existe d'autres en post-natal. La mère aura l'occasion de revoir le gynécologue ou la sage-femme pour s'assurer que tout se passe bien (49). Les visites chez le pédiatre au début sont aussi un moyen d'échanger avec lui et faire le point sur l'état du bébé.

C'est lors de ses entretiens que les professionnels de santé doivent être attentifs et à l'écoute de la femme. Elle pourra leur exprimer ses craintes et ses peurs ainsi que les problèmes qu'elle peut avoir avec son entourage.

**II.1.4 Moyens de prévention :**

Jusqu'ici, la DPP reste toujours très mal diagnostiquée et traitée, d'où la nécessité de développer des méthodes de préventions faciles à accepter et à appliquer (50). Peu d'études ont été élaborées à propos de ces mesures et donc leur efficacité reste à prouver.

#### **II.1.4.1 Prévention biologique :**

Parmi les moyens biologiques utilisés en prévention de la DPP on a la progestérone, les antidépresseurs, les oméga-3, la thyroxine ou encore les compléments alimentaires. Le soulagement de la douleur durant l'accouchement a aussi été évalué comme étant un moyen efficace de prévention.

#### **La thérapie hormonale par la progestérone :**

Durant la grossesse et après l'accouchement, la femme connaît des fluctuations de concentration d'hormones stéroïdes, ces variations sont considérées comme étiologie de la DP (51). A des concentrations physiologiques, les œstrogènes, les progestatifs et les composés apparentés ont une activité importante au niveau du système nerveux central, mais il faut noter que l'utilisation de progestatifs de synthèse en post partum, comme contraceptifs, est considéré comme néfaste sur l'humeur maternelle (52). Les progestatifs naturels sont quant à eux sans danger mais ça reste à affirmer (53).

L'utilisation des œstrogènes comme moyen préventif et curatif est prometteur mais des explorations supplémentaires sont nécessaires afin d'évaluer leur effet (54).

#### **Les antidépresseurs :**

Des études randomisées ont été évaluées à propos de la prévention de la DP par les antidépresseurs. L'effet de la nortriptyline ou encore de la sertraline a été comparé à un placebo et les résultats ont conclu que les antidépresseurs ne peuvent pas être utilisés pour la prévention du fait qu'ils ne réduisent pas la récurrence de la DP d'une manière significative (55).

#### **Les oméga-3 :**

Les acides gras oméga 3 sont nécessaires au développement et au fonctionnement du cerveau et du système nerveux. Des apports suffisants en oméga 3 sont donc primordiaux chez la femme en âge de procréer, chez la femme enceinte et chez la femme allaitante. Des groupes placebo ont été comparés dans trois études (56) (57) (58) à des femmes qui ont augmenté leur consommation en oméga 3 entre la 34ème et 36ème semaine de gestation. Aucun effet positif sur le développement d'un trouble dépressif n'a été noté.

**La thyroxine :**

Il a été observé que la présence d'anticorps thyroïdiens durant la grossesse peut être considérée comme un facteur de risque pour la dépression dans les premiers mois du post partum, particulièrement si vient s'ajouter un dysfonctionnement thyroïdien ou un autre marqueur de la dépression (59).

Une étude comprenant 446 femmes enceintes positives aux anticorps thyroïdiens a mis en évidence que l'administration journalière de 100 ug de thyroxine de la 6ème à la 24ème semaine n'avait aucun effet sur l'incidence de la dépression, comparé à un groupe de femmes sous placebo (60).

**Les compléments alimentaires :**

Deux alternatives de complémentations alimentaires ont été évaluées par des experts. En effet, une supplémentation en calcium (61) ou encore en sélénium (62) durant la grossesse et dans les premières semaines du post partum a montré de manière significative qu'il y a diminution de l'incidence de formes graves de DPP avec un score EPDS beaucoup plus bas, comparé à des femmes qui ont reçu des doses de placebo.

**Le soulagement de la douleur :**

Les chercheurs ont constaté que les mères qui bénéficient d'un soulagement de douleur par une péridurale/rachianesthésie durant l'accouchement avaient moins de chance de développer une dépression en post partum durant la première semaine (63).

**II.1.4.2 Prévention psychologique/psychosociale :**

Les variables psychosociales et psychologiques ont un vrai impact sur la santé mentale, d'autant plus chez les femmes en post partum (64). Un ensemble de 28 essais contrôlés randomisés réalisés sur 17 000 femmes ont montré que les interventions préventives sur le plan psychologique et social pouvaient réduire considérablement le risque de dépression post-partum (65). Parmi ces interventions, on retrouve les visites de professionnels à domicile en post-partum, le soutien téléphonique et les psychothérapies interpersonnelles qui visent à assister les parents dans les premières semaines (66).

De plus, d'autres pratiques comme les cours prénataux et le débriefing après l'accouchement réalisé par une sage-femme ont suscités l'attention des spécialistes mais encore une fois trop peu d'études permettent de prouver leur réel impact sur la DPP (67), ce qui justifie la négligence de ces mesures.

Ces interventions vont permettre d'accompagner la mère au début de sa maternité, de l'apaiser face à ses peurs et ses appréhensions pour qu'elle puisse entamer cette nouvelle aventure tout en sérénité (68).

## **II.2 Dépistage**

### **II.2.1 Définitions**

Le dépistage est un moyen qui permet de détecter des individus touchés par une quelconque maladie ou affection encore invisible et donc, plus tôt on agira, meilleure sera le pronostic et la prise en charge de celle-ci (69). On le distingue du diagnostic qui est un processus de détermination de la cause des symptômes dont peut souffrir un sujet (70).

Plusieurs définitions existent en littérature, selon Alan S. Morrison le dépistage est «l'examen d'individus asymptomatiques pour déterminer leur probabilité d'avoir la condition qui fait l'objet du dépistage, les individus dont la probabilité d'être atteints est suffisamment élevée sont ensuite soumis à des investigations diagnostiques complètes. Les individus avec la condition sont alors traités» (71).

On conclue que le but du dépistage serait le diagnostic Précoce, il est donc une démarche de prévention secondaire.

Pour le dépistage de la DPP, des outils ont été élaborés pour déceler les signes de trouble psychologique chez les mamans (72), que ce soit avant ou après l'accouchement. Parmi les questionnaires développés jusqu'à ce jour, seulement deux sont validés et utilisés en dépistage de routine par le corps médical, le DAD-P qui est utilisé en anténatale (73) et l'EPDS qui vise à dépister la DPP en post-partum (74).

### **II.2.2 Dépistage anténatal**

Environ 65,5% parmi 58 femmes qui avaient souffert de thymie dépressive durant la grossesse, présentent des symptômes dépressifs durant le postpartum (75). De plus, si la

femme reste seule avec son enfant longtemps ou si elle vient d'une classe socioéconomique inférieure le risque de dépression est multiplié (76).

Le dépistage des femmes au cours de leur grossesse se fait par le biais du DAD-P appelé aussi Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post partum ou « questionnaire de Genève » (81). Il s'agit d'un outil simple qui se divise en deux parties, la première est une échelle qui aborde les aspects personnels, somatiques ou psychologiques et la deuxième s'agit de deux questions supplémentaires qui diffèrent selon la version du questionnaire (82). **(Annexe1)**

Le but de cet examen est d'effectuer un suivi régulier et rapide des mamans durant la grossesse pour aborder les points sensibles et verbaliser leur ressentis trop souvent ignorés.

L'élaboration du DAD-P a été faite dans le cadre d'une étude prospective concernant la DPP, sur une population de 570 femmes consultant à la Maternité de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (77). Il a ensuite été validé sur une seconde population de 907 femmes enceintes au cours d'une étude multicentrique à Yverdon, Paris et Bilbao (78).

L'utilisation de ce test est d'autant plus facile puisqu'il peut être utilisé par n'importe quel membre du personnel médical, par un membre de la famille ou par la mère elle-même. Il est recommandé de l'utiliser régulièrement durant les deux derniers trimestres dans le cadre des visites chez le gynécologue ou lors d'entretiens ante natalis avec la sage-femme (79). La possibilité de détecter les risques de développer une dépression du post partum de manière précoce durant la gestation rend cet outil encore plus apprécié par les spécialistes de santé (80).

Mais le DAD-P n'a pas que des avantages, son inconvénient majeur est de ne pas pouvoir prendre en compte les problèmes que peuvent survenir lors de l'accouchement et le tempérament du bébé et qui peuvent provoquer une DPP (81). D'autre part, l'étude de validation du questionnaire a démontré qu'il a une faible sensibilité et ceci par les deux versions.

**Tableau 1 :** Valeurs statistiques concernant la sensibilité et la spécificité du DAD-P

	Construction		Validation	
	Dépistage ciblé	Dépistage large	Dépistage ciblé	Dépistage large
<b>Sensibilité</b>	63,8	84,5	36,5	44,6
<b>Spécificité</b>	91	73	92	83,4
<b>Valeur prédictive +</b>	44,6	26,2	31,4	20,8
<b>Valeur prédictive -</b>	95,7	97,7	93,6	93,8

– Sensibilité: proportion de sujets déprimés dans le PP qui ont été dépistés + dans le prépartum.  
 – Spécificité: proportion de sujets non déprimés dans le PP qui ont été dépistés - dans le prépartum.  
 – Valeur prédictive + : proportion de sujets dépistés + et qui ont effectivement développé une DPP. Correspond au risque de développer une DPP chez un sujet dépisté comme +  
 – Valeur prédictive - : proportion de sujets dépistés - et qui n'ont effectivement pas développé de DPP.

Effectivement, on peut utiliser le DAD-P pour un dépistage large ou plus spécifique (82). Le premier sert à dépister un maximum de femmes à risque mais il inclue aussi les faux positifs (femmes « à risque » mais qui ne développeront pas de DPP), donc dans ce cas il faudrait s'intéresser de plus près aux différents facteurs de risque pour détecter les femmes vraiment déprimées (82).

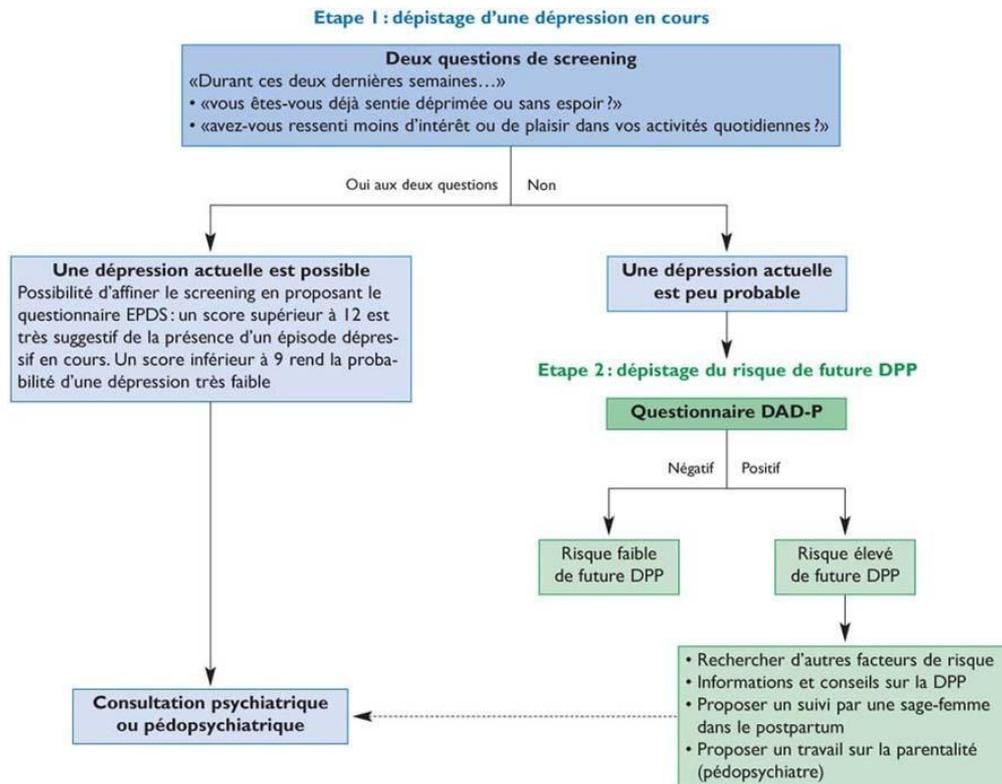
Cependant le dépistage ciblé va viser seulement les femmes présentant un maximum de facteurs de risque ce qui privilégie une valeur prédictive positive plus fiable.

On dit que la DAD-P est positif si l'échelle et/ ou les deux questions supplémentaires sont positifs (82). Cela veut dire que le risque de développer une dépression du post partum est présent mais on ne peut en aucun cas poser un diagnostic ou être totalement sûr d'un futur risque (79). La positivité du test permet seulement d'alerter les professionnels afin d'optimiser la prise en charge de la patiente et d'approfondir la recherche d'éventuels facteurs de risque de la DPP.

**Tableau 2:** Principaux facteurs de risque et facteurs protecteurs pour la dépression du postpartum

Facteurs de risque
<p>Facteurs détectables dans le prépartum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histoire personnelle de dépression ou de dépression du postpartum</li> <li>• Dépression ou importante anxiété durant la grossesse</li> <li>• Antécédents familiaux de trouble de l'humeur</li> <li>• Manque d'auto-estime</li> <li>• Relation de couple conflictuelle ou insatisfaisante. Dépression du partenaire</li> <li>• Manque de soutien de la part de l'entourage (partenaire, parents, amis)</li> <li>• Grossesse non désirée</li> <li>• Événement traumatique ou stressant durant la dernière année</li> <li>• Difficultés socio-économiques : absence de partenaire ou d'emploi, problèmes financiers</li> </ul>
<p>Facteurs détectables dans le postpartum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baby blues prolongé</li> <li>• Séparation précoce mère-enfant à l'accouchement</li> <li>• Particularités et tempérament de l'enfant : pleurs, irritabilité, problèmes de santé, de sommeil, d'alimentation</li> </ul>
Facteurs protecteurs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempérament optimiste</li> <li>• Relation de couple satisfaisante</li> <li>• Perception positive du support affectif du partenaire et de l'entourage</li> </ul>

Pour assurer un meilleur suivi de la maman durant sa grossesse, deux étapes sous forme de guideline ont été proposées. La première étape utilise deux questions simples préconisées par la « Preventive Services Task Force » des Etats-Unis dont le but est de dépister une dépression déjà présente (77). L'étape suivante permet de savoir s'il y a présence de risque ou pas de développer un trouble en postpartum (79).



**Figure 4 :** Recommandations pour la détection d'une dépression en cours et la détection du risque de future dépression du postpartum

### II.2.3 Dépistage postnatal

Dans le cas où une dépression prénatale est suspectée, les experts utilisent l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (83) (**Annexe2**), outil édifié par Cox puis validé par différents auteurs français (84) et recommandé pour le dépistage de la dépression postnatale. Il s'agit d'un auto-questionnaire simple à accepter et facile d'utilisation, ce qui fait de lui un outil de référence dans le dépistage des dépressions maternelles (85). Comme le DAD-P, l'EPDS peut être utilisé par des professionnels de santé non spécialisés en psychiatrie ce qui facilite sa passation et permet la mise en évidence le plus rapidement possible de troubles psychiatriques (86).

Nous allons parler de ce questionnaire plus en détail dans la partie pratique.

### **III. Diagnostic**

#### **III.1 Diagnostic différentiel**

##### **III.1.1 Post-partum blues**

Le blues du post-partum est extrêmement fréquent (50 à 80 % des naissances), survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement. Il est transitoire et spontanément résolutif (NP2). Un blues sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale (87) (88).

##### **III.1.2 Psychose puerpérale**

La psychose puerpérale est un trouble rare et sévère (1 à 2 pour 1000 naissances), survenant dans les premières semaines du post-partum. Il s'agit d'une urgence nécessitant un avis psychiatrique spécialisé immédiat (accord professionnel). Le risque de récurrence aux grossesses suivantes est élevé (de 51 à 69 %). Quand il s'agit d'un épisode isolé, non associé à d'autres troubles mentaux ou de la personnalité sévères, et qu'il est bien traité, le pronostic pour la femme comme pour la relation à l'enfant est favorable (89).

##### **III.1.3 Le trouble anxieux**

Les troubles anxieux du post-partum sont fréquents (environ 13 % des naissances) et de nature diverse. Ils sont très souvent associés aux troubles dépressifs.

#### **III.2 Diagnostic spécifique**

La DPP a été longtemps sujet de débat étant donné l'étroitesse avec le baby blues ; certains la considèrent comme étant une dépression « ordinaire » d'autres comme « atypique ». La spécificité de la dépression post partum n'est pas clairement définie, cependant il existe des caractéristiques qui lui sont propres et qui permettront aux professionnels de santé, associées aux critères de l'épisode dépressif majeur, de poser le diagnostic de dépression post partum.

Le diagnostic de la DPP se base sur le moment d'apparition, ils estiment que la dépression est qualifiée de postnatale si elle est présente dans l'année qui suit l'accouchement.

Aussi les professionnels de santé portent un œil attentif sur la sémiologie du trouble dépressif de la jeune maman.

Les critères de diagnostic de l'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV (DSM-IV est un outil de classification qui représente le résultat actuel des efforts poursuivis depuis une trentaine d'années aux États-Unis pour définir de plus en plus précisément les troubles mentaux)

Diagnostic requérant au moins cinq des symptômes suivants, présents pendant une période d'une durée de deux semaines ; et au moins un des deux premiers :

- 1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- 2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, pour toutes les activités
- 3) Perte ou gain de poids significatif
- 4) Insomnie ou hypersomnie
- 5) Agitation ou ralentissement psychomoteur
- 6) Fatigue ou perte d'énergie
- 7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive, ou inappropriée
- 8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision
- 9) Pensées de mort récurrentes, ou idées suicidaires récurrentes (19)

---

# Chapitre II: Partie Pratique

---

## **I. Type, contexte et période de l'étude :**

Afin de réaliser notre mémoire de fin d'étude. Nous avons eu recours à une étude prospective en deux temps qui s'est déroulé au sein de l'EHS mère et enfant de Tlemcen Algérie. Cela consiste à dépister à l'aide d'un outil de dépistage validé les mamans recrutées. Elle s'est étalée sur une durée de 4 mois (du 15 décembre 2020 au 15 avril 2021).

## **II. Contexte et objectifs :**

### **II.1 Objectif principal :**

- Evaluer la prévalence de la dépression du post partum chez des parturientes ayant accouchées à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie.

### **II.2 Objectif secondaire :**

- Identifier les facteurs de risque responsables de la DPP.

### **II.3 Critères d'inclusion :**

- Patients de sexe féminin, en l'âge de procréer ayant accouché à l'EHS de Tlemcen.
- Patientes ayant accouché par voie basse ou par césarienne.
- Patientes qui ont accouché il y'a moins de 24h.
- Patientes qui ont accepté verbalement de participer à notre étude en répondant à notre questionnaire.
- Patientes dont le bébé est né à terme ou prématuré.
- Patientes dont le bébé est mort-né.

### **II.4 Critères de non inclusion :**

- Refus verbal de répondre aux questions.
- Patientes ayant refusé de donner leur numéro de téléphone.
- Patientes illettrées.

## **II.5 Critères de jugement :**

- Le score réalisé par les parturientes en utilisant l'Edinburgh Postnatal Depression Scale durant les deux phases de l'étude.
- Réponses des parturientes au questionnaire personnalisé qui permet de détecter les facteurs pouvant être associé à une éventuelle dépression.

## **III. Méthodologie de l'étude :**

### **III.1 Méthode d'investigation :**

L'enquête s'est déroulée au sein de l'EHS mère et enfant de Tlemcen par nous les investigateurs (internes en pharmacie) sur une période approximative de 4mois

Durant notre investigation, nous avons eu recours à une étude observationnel prospective qui était essentiellement basée sur un auto-questionnaire l'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) ; cette méthode à la fois simple et pratique permet d'ouvrir le dialogue sur un sujet perçu comme étant tabou avec les jeunes mamans , de détecter une quelconque anomalie et d'établir une thérapeutique adaptée afin de leur venir en aide car une négligence de ce trouble mineur peut engendrer une forme sévère de dépression

L'EPDS a été conçu en Écosse en 1987 et validé en France en 1998 et c'est un outil psychométrique international, Elle est simple d'utilisation et plutôt bien acceptée par les patientes. C'est un questionnaire contenant dix items créé par J L. Cox en 1987 .la version française de l'EPDS a fixé un seuil à 10,5 dans le dépistage de la DPP. Une mère est considérée comme potentiellement dépressive quand le score à l'EPDS est supérieur ou égal à 11/30 lors d'un dépistage systématique.

### **III.2 Ethique :**

L'étude s'est faite sur les parturientes à qui nous avons expliqué le thème de notre thèse mais aussi ses objectifs et intérêts, nous avons tout d'abord demandé un consentement verbal parce que notre étude se base essentiellement sur des faits de leurs vies privées.

Beaucoup d'entre elles ont compris le motif et ont salué cette requête et nous ont fait confiance en répondant au questionnaire mais aussi en se confiant sur leur vie personnelle et les problèmes qu'elles rencontrent.

Nous avons bien évidemment promis de garder l'anonymat afin de respecter leur intimité.

### **III.3 Déroulement de l'étude :**

Notre étude s'est faite en 2 temps, T1 a moins de 24H après l'accouchement et à T2 après une durée de 5 semaines du post partum

En premier temps, nous avons obtenu les autorisations nécessaires au niveau de l'EHS pour questionner les parturientes, par la suite nous avons demandé le consentement des jeunes mamans sur l'objet de notre étude tout en expliquant la visée de cette dernière

Nous avons établi le dialogue en demandant d'abord certaines informations personnelles tels que l'âge, nombre d'enfants, le déroulement de la grossesse et l'accouchement, le niveau intellectuel, des ATCD thérapeutiques ou psychologiques...

Ensuite nous leur avons demandé de répondre à l'EPDS ; qui se compose d'une série de 10 questions notées sur 0, 1, 2,3 points, après on a déterminé un premier score indicatif de la DDP

En deuxième temps, après une période de 5 semaines du post partum, nous avons contacté les parturientes, qui au préalable nous ont fourni leur numéros de téléphones, afin de prendre de leur nouvelles ainsi que celles de leurs nouveaux nées et aussi de refaire l'EPDS ; cela pour obtenir un deuxième score comparatif

### **III.4 Recueils des données :**

Le recueil des données était réalisé par le biais de l'entretien et de l'EPDS dont la saisie et l'analyse statistique était faite à l'aide du logiciel IBM SPSS Statistique 20eme Edition et de l'Excel version 2016.

### **III.5 Recrutement des patients**

Après avoir eu l'accord du chef de service de l'EHS mère et enfant nous nous sommes rendus dans les salles du post partum.

Nous nous sommes tout d'abord présentées comme étant internes en pharmacie, nous leur avons bien expliqué la nature et la visée de notre étude.

L'entretien comportait une série de questions sur les informations sociodémographiques des patientes ( âge , adresse , état civile , niveau d'éducation , statut professionnel.....) ,les informations concernant le bébé ( sexe , état de santé..... ) et certaines informations personnels et gynécologique (nature de la relation avec le mari, la belle famille , présence de fausses couches, déroulement de l'accouchement et de la grossesse.....) cela nous a permis de mettre en place une fiche de renseignement des patientes.

### **III.6 Supports de l'étude :**

Notre investigation nécessite une connaissance accrue sur la vie privée des parturientes afin de cerner les différents facteurs de risque et d'assurer la fiabilité de notre études

Le recueil d'information s'est fait en 2 temps

T1 : les premières heures après l'accouchement

T2 : 5 semaines après l'accouchement

#### **III.6.1 Supports de l'étude en T1 :**

En T1, nous avons eu recours à 3 questionnaires :

- ❖ Une fiche de renseignement globale des patientes (**Annexe 4**)
  1. Nom complet
  2. Adresse
  3. Etat civile
  4. Date de naissance
  5. Date de naissance du bébé
  6. Sexe du nouveau-né
  7. Type d'accouchement
  8. Nombre d'enfants
  9. Numéro de téléphone
  
- ❖ Une fiche de recueil de données de la mère et du bébé (**Annexe 5**)
  1. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement
  2. Nature de la relation avec le mari et la belle mère
  3. Présence d'ATCD psychologique et/ou psychiatrique
  4. Survenu de fausses couches et leur fréquence
  5. Présence d'abus sexuels

6. Niveau d'étude
7. Niveau socioéconomique

Ces 2 fiches ci-dessus permettent de mieux connaître les parturientes mais aussi d'établir le dialogue et de voir l'influence de ces facteurs sur la survenue de DDP.

❖ Version arabe validée de l'échelle de l'EDPS (**Annexe3**)

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) est une échelle d'auto-évaluation constituée de 10 éléments développée afin de dépister la dépression lors de la période post-partum. Les femmes doivent indiquer à quelle fréquence elles ont ressenti les symptômes au cours des 7 jours précédents.

Les items de l'EPDS sont scorés sur une échelle à 4 points : les questions 1, 2, et 4 sont notées de 0 à 3, les autres sont notés de 3 à 0 (**Annexe3**). Le score minimum est 0 et le maximum est 30.

Un score  $\geq 12$  est le score-seuil qui indique le mieux les femmes souffrant de dépression majeure qui nécessitent une évaluation plus poussée ; un score  $\geq 9$  est recommandé comme score-seuil.

### **III.6.2 Supports de l'étude en T2 :**

Après à peu près 5 semaines de l'accouchement, nous avons contacté les patientes et nous leur avons une nouvelle fois posé une série de questions (**Annexe 6**) :

1. Comment vous sentez vous ? sur le plan psychologique ? physique ?
2. Comment se passe votre nouvelle vie de jeune maman ?
3. Avez-vous eu durant ces semaines des moments de burnout ?

Ensuite nous leur avons posé une nouvelle fois les questions de l'EDPS, pour établir un nouveau score et le comparé au premier et voir s'il y'a une quelconque anomalie.

### **III.7 Analyse et exploitation des résultats :**

Une analyse descriptive des caractéristiques des participants était réalisée par le calcul des écarts types et des moyennes. En ce qui concerne les variables qualitatives, les résultats étaient rapportés en effectifs et en pourcentages. Pour les variables quantitatives les résultats étaient rapportés par moyenne.

Nous avons utilisé le test de khi-deux pour mettre en évidence un lien statistique entre la présence de dépression et un facteur de risque.

Lorsque nous disposions d'une valeur du « p », celui-ci permettait d'exprimer si la relation entre un facteur et le score de l'EPDS était significatif ou pas avec un seuil de 5 %.

Si  $p < 0.05$  : lien statistiquement significative.

Si  $p > 0.05$  : lien statistiquement non significative.

---

# **Chapitre III: Résultats et discussion**

---

## I. Résultats de l'étude :

### I.1 Population de l'étude :

168 parturientes répondaient aux critères d'inclusion parmi les femmes admises au service durant 4 mois de recrutement.

#### I.1.1 Paramètres sociodémographiques :

➤ Le sexe :

Evidemment, la population de notre étude ne concerne que les jeunes mamans et donc elle est à 100% féminine.

➤ L'âge :

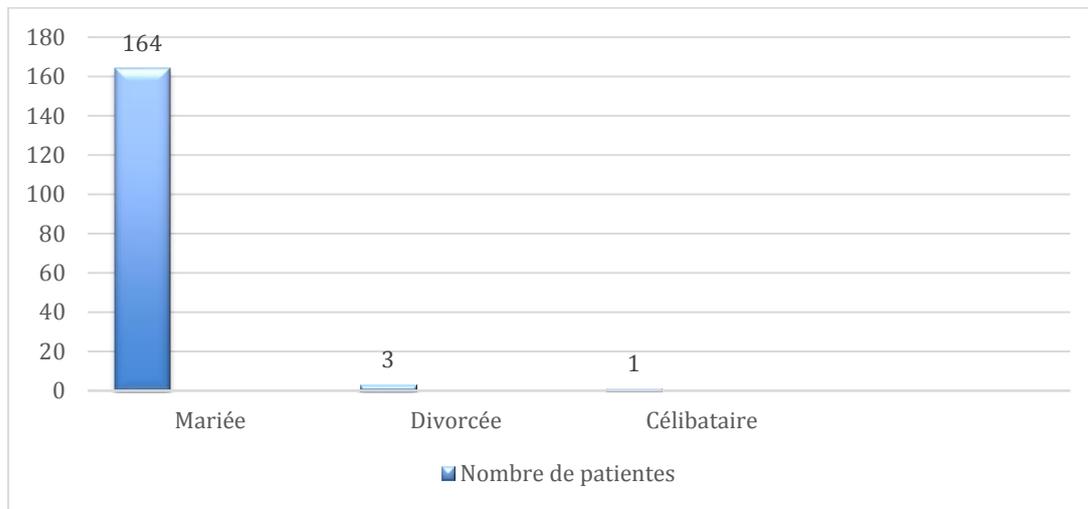
La répartition de la population en fonction de la tranche d'âge selon le tableau (3) et la figure (5), montre que l'âge est étendu entre 17 ans pour la plus jeune et 45 ans pour la plus âgée. La tranche la plus majoritaire est entre 25 et 29 ans avec un pourcentage de 31%, suivi de 24.4% pour celle de 30 à 34 ans. Sans surprise, les femmes ayant plus de 45 ans sont minoritaires. En conclusion l'âge moyen était de 29.44 soit 30 ans et l'écart type 6.357.

**Tableau 3:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'âge

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	15-19	7	4,2	4,2	4,2
	20-24	31	18,5	18,5	22,6
	25-29	52	31,0	31,0	53,6
	30-34	41	24,4	24,4	78,0
	35-39	26	15,5	15,5	93,5
	40-44	10	6,0	6,0	99,4
	45-49	1	,6	,6	100,0
	Total	168	100,0	100,0	

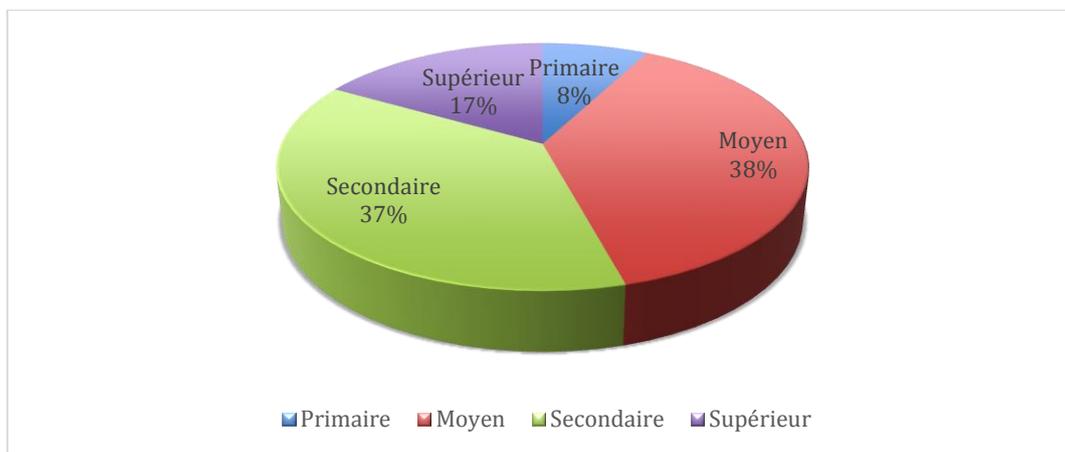
➤ L'état civil :

La figure (5) est une représentation de la répartition des mamans selon leur état civil. Parmi les 168 femmes recrutées presque toutes sont mariées. Seulement 3 d'entre elles sont divorcées ou étaient en instance de divorce, et une seule avait eu une relation hors mariage.



**Figure 5:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'état civil

➤ Niveau scolaire :



**Figure 6:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le niveau scolaire

La représentation secteur en pourcentage de la figure (6) représente une étude statistique des mamans recrutées en fonction de leur niveau d'instruction. La majorité des patientes avaient un niveau moyen avec un pourcentage de 38%. 37% des femmes recrutées avaient un niveau secondaire, les universitaires arrivent en 3<sup>ème</sup> position avec un pourcentage de 17%, et les minoritaires (8%) sont les femmes qui ont abandonné l'école au primaire.

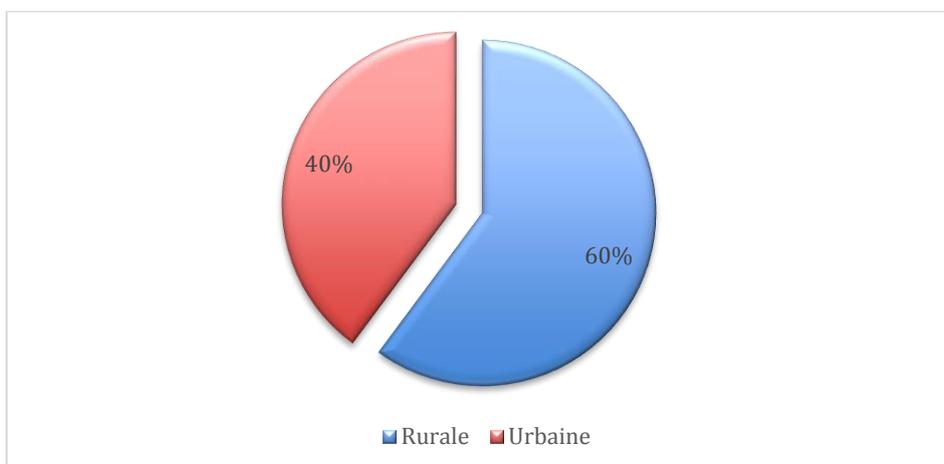
➤ Niveau socio-économique :

**Tableau 4:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le niveau socio-économique

		Fréquence	Pourcentage
Valide	mauvais	11	6,5
	moyen	128	76,2
	bon	29	17,3
	Total	168	100,0

Presque toutes les femmes étaient gênées de répondre à la question concernant leur niveau socio-économique. Néanmoins, la majorité déclaraient avoir un niveau moyen soit 128 des 168 patientes recrutées, 29 disaient avoir un bon niveau mais 11 d'entre elles vivaient dans des conditions très dures.

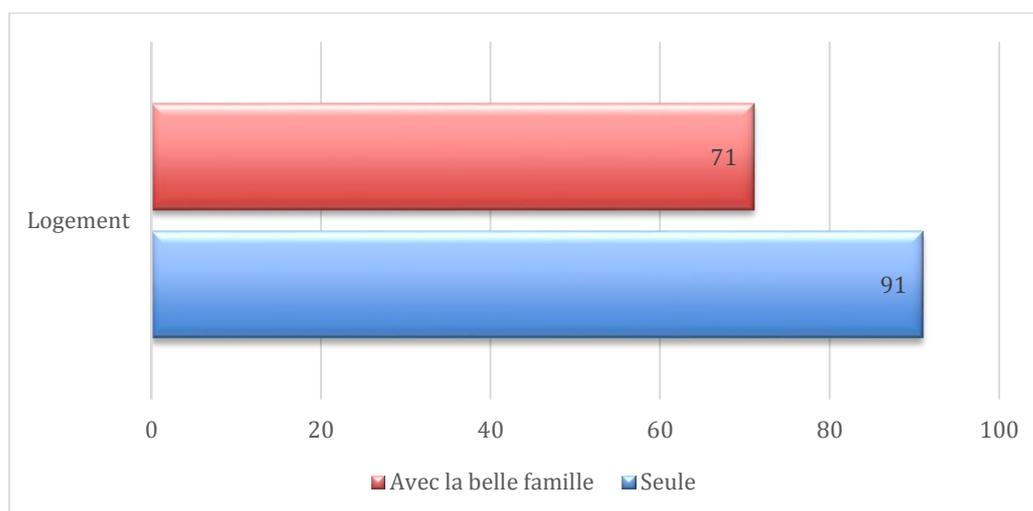
➤ Résidence :



**Figure 7:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le lieu de résidence

Les valeurs statistiques de la figure (7) montre que plus de la moitié (60%) des patientes recrutées vivent un environnement rural loin de la ville. Les 40% restants vivent dans une zone urbaine à proximité de toutes commodités.

➤ Logement :



**Figure 8:** Répartition de la population recrutée à l'EHS mère et enfant de Tlemcen, Algérie en 2021 selon le logement

La figure (8) représente une répartition sous graphe en barres de la population recrutée selon leur logement. Nous pouvons remarquer que 91 patientes vivent seules avec leurs maris et enfants et que les 71 restantes vivent encore avec leurs belles familles.

### **I.1.2 Paramètres gynéco-obstétricaux :**

➤ Le type d'accouchement :

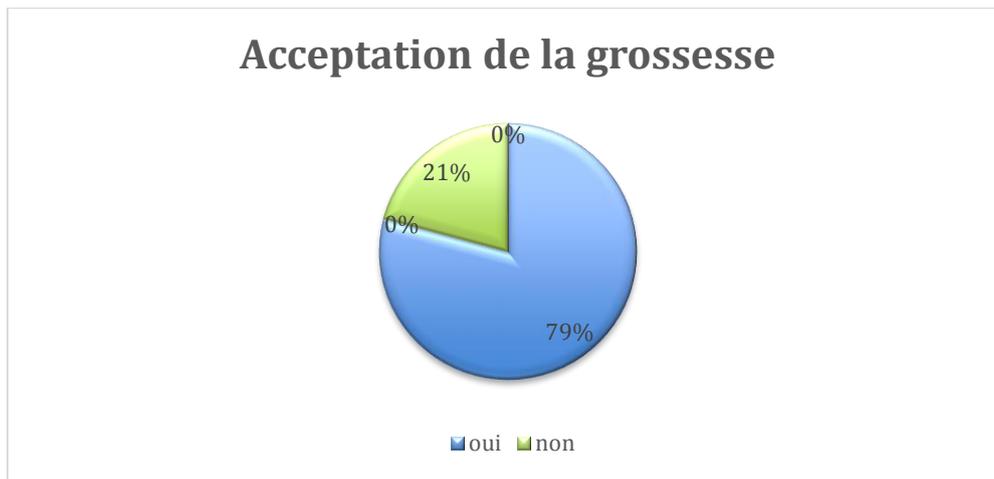
Dans la population étudiée, on constate une prédominance d'accouchements naturels avec 63,1 % contre 39,9 % pour les accouchements par césarienne.

**Tableau 5:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le type de l'accouchement

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Naturel	106	63,1	63,1	63,1
	Césarienne	62	36,9	36,9	100,0
Total		168	100,0	100,0	

➤ Difficulté à accepter la grossesse :

Ce schéma (figure 9) met en évidence l'acceptation de la grossesse chez les parturientes dont 79 % étaient favorables à la grossesse contre 21 % qui ont du mal à accepter leur grossesse.

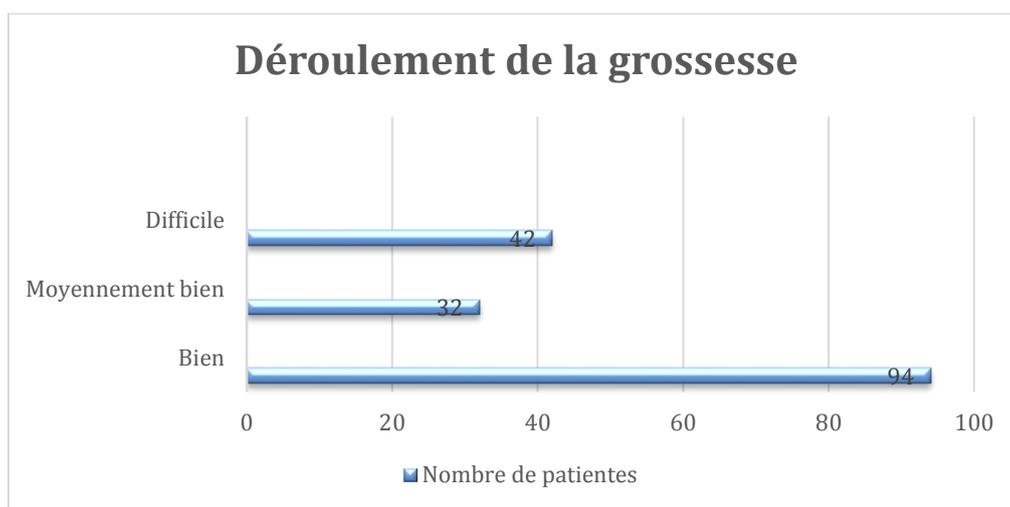


**Figure 9 :** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'acceptation de la grossesse

➤ Le déroulement de la grossesse :

Le graphe de données de la figure (10) représente la répartition de la population selon le déroulement de la grossesse, parmi les 168 patientes questionnées :

- 42 affirment que la grossesse était difficile.
- 32 affirment que la grossesse était moyennement bien.
- 94 affirment que la grossesse s'était bien passée.

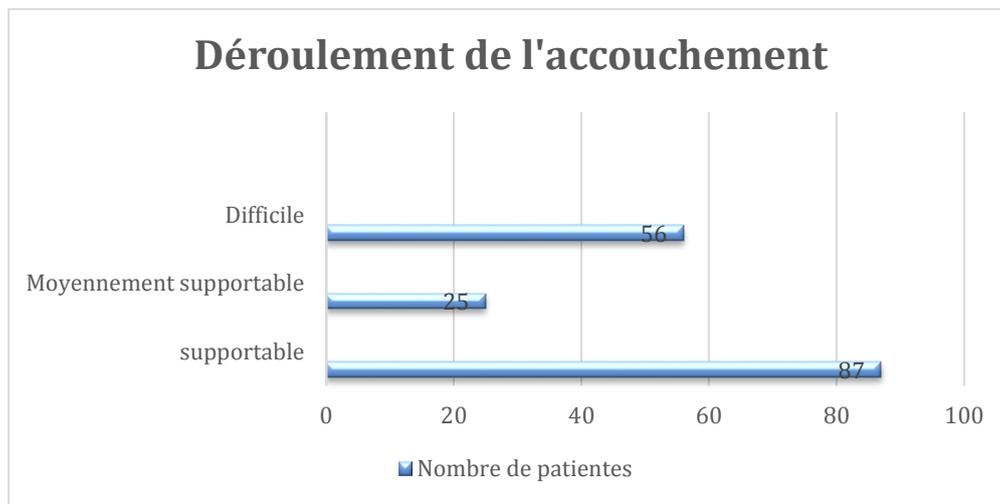


**Figure 10:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le déroulement de la grossesse

➤ Le déroulement de l'accouchement :

Le graphe de données de la figure (11) représente le déroulement de l'accouchement chez les parturientes

- 52 disent que l'accouchement était difficile
- 27 disent que l'accouchement était moyennement supportable
- 87 disent que l'accouchement était supportable

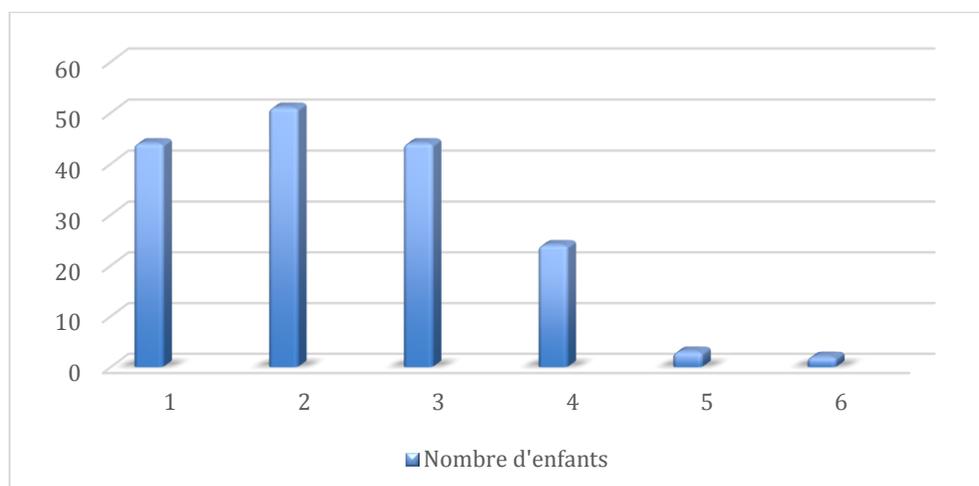


**Figure 11:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le déroulement de l'accouchement

➤ Nombre d'enfants :

Le graphe de données en colonne de la figure (12) représente le nombre d'enfants chez les patientes :

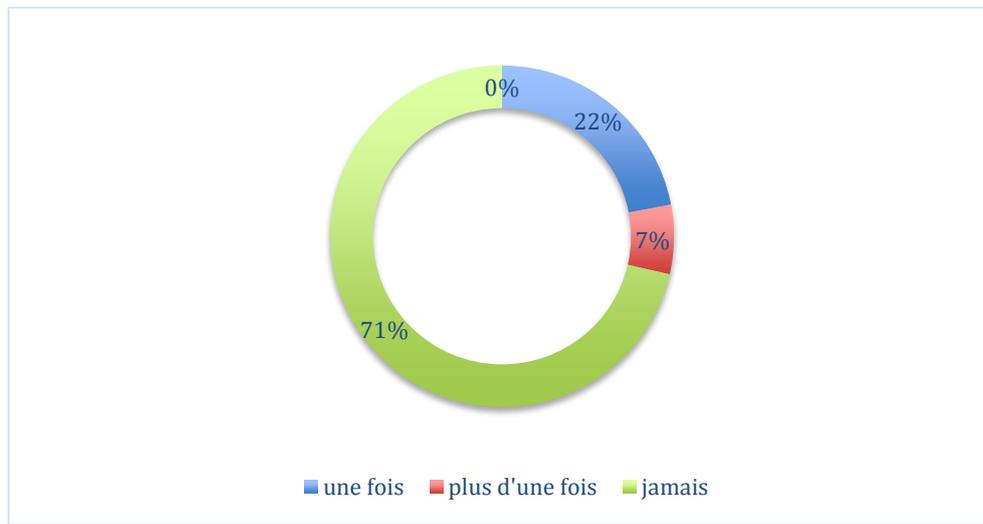
- 44 patientes ont 1 enfant unique.
- 51 patientes ont 2 enfants.
- 44 patientes ont 3 enfants.
- 24 patientes ont 4 enfants.
- 3 patientes ont 5 enfants.
- 2 patientes ont 6 enfants.



**Figure 12:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le nombre d'enfants des parturientes

➤ Nombre de fausses couches :

Le diagramme circulaire (figure 13) représente la survenue de fausses couches antérieures chez les parturientes, en effet 71 % disent avoir jamais fait de fausses couches, 22% qui ont déjà fait une fois et 7 % qui affirment avoir fait des fausses couches à plusieurs reprises.



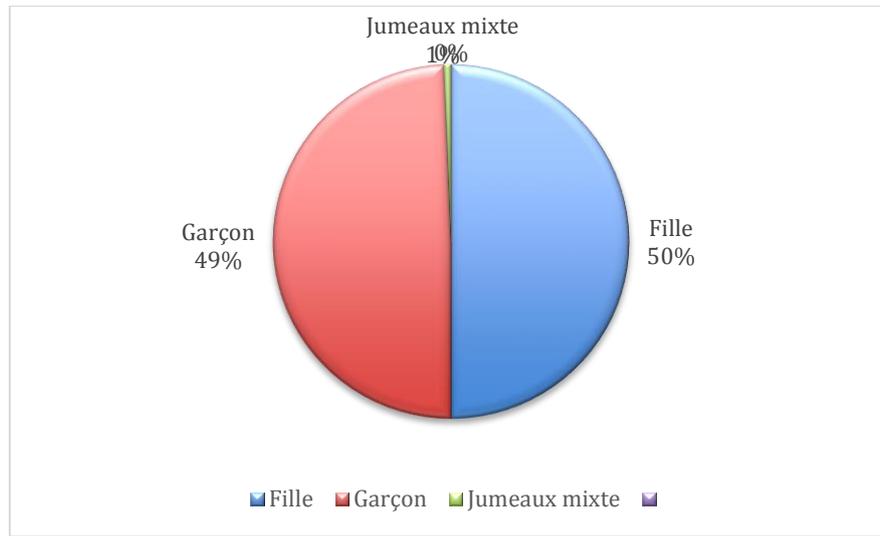
**Figure 13:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon la survenue de fausses couches

### I.1.3 Paramètres néonataux :

➤ Sexe du bébé :

Ce schéma (figure 14) illustre le pourcentage de nouveaux nés filles /garçons.

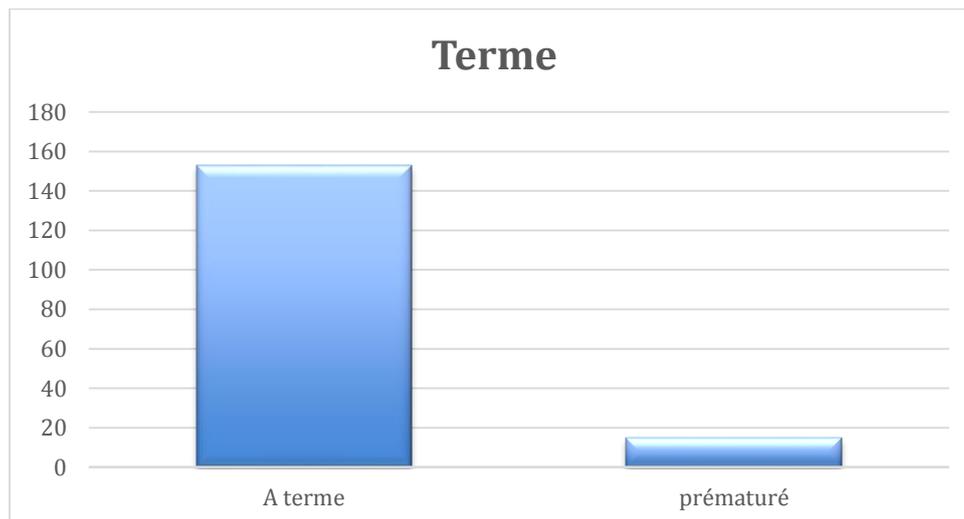
Parmi les nouveaux nés, on retrouve 50% de filles contre 49% de garçons et 1% de jumeaux.



**Figure 14:** Répartition des patients au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le sexe du nouveau né

➤ Terme :

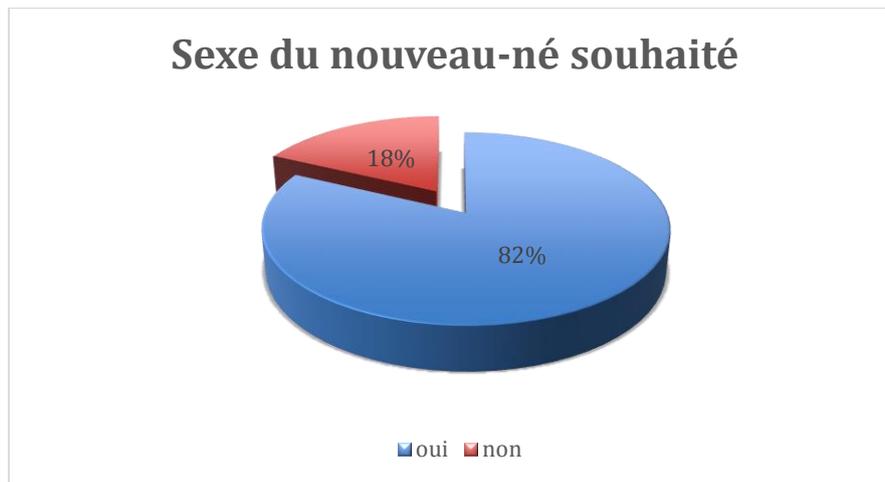
Le schéma de la figure (15) démontre que la plupart des nouveaux nés sont nés à terme avec 153 contre 14 prématurés.



**Figure 15:** Répartition des patients au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon le terme des nouveaux nés

➤ Acceptation du sexe du nouveau-né :

Parmi les parturientes qu'on a questionné, 82% se disent avoir souhaité le sexe du bébé qu'elles ont eu, contre 18 % qui n'ont pas désiré le sexe de leur bébé.

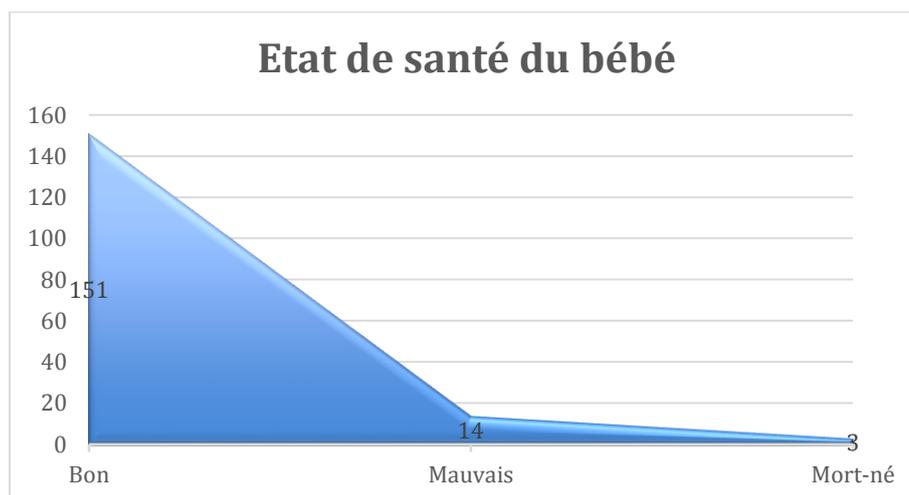


**Figure 16:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon Sexe du nouveau née souhaitée

➤ L'état de santé du bébé :

Le schéma suivant (figure 17) montre l'état de santé de tous les bébés.

- 151 bébés étaient en bonne santé.
- 14 bébés étaient en mauvaise santé.
- 3 morts nées.



**Figure 17:** Répartition des patientes au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021 selon l'état de santé du bébé

## **I.2 Prévalence de la dépression du post partum :**

Parmi les 168 parturientes recrutées durant la première phase de notre étude, seulement 129 (77%) ont répondu à nos appels en T2. Ainsi 39 d'entre elles soit 23% n'ont été évalué qu'en T1. Il faut noter que parmi ces 39 femmes une seule avait un score supérieur à 12 soit une prévalence de 2.5%.

Nous avons ensuite séparé la population initiale dans les deux temps en deux groupes : les « femmes déprimées : DPP+ ou D+ » versus « femmes non déprimées : DPP- ou D- ».

**Tableau 6:** Prévalence de la DPP dans les deux temps de l'étude chez les patientes recrutées au sein de l'EHS Tlemcen, Algérie en 2021

	Parturientes	Prévalence
T1 D+	168	29.2%
	129	37.2%
	39	2.5%
T2 DPP+	129	13.2%

### **I.2.1 Prévalence de la DPP en T1 :**

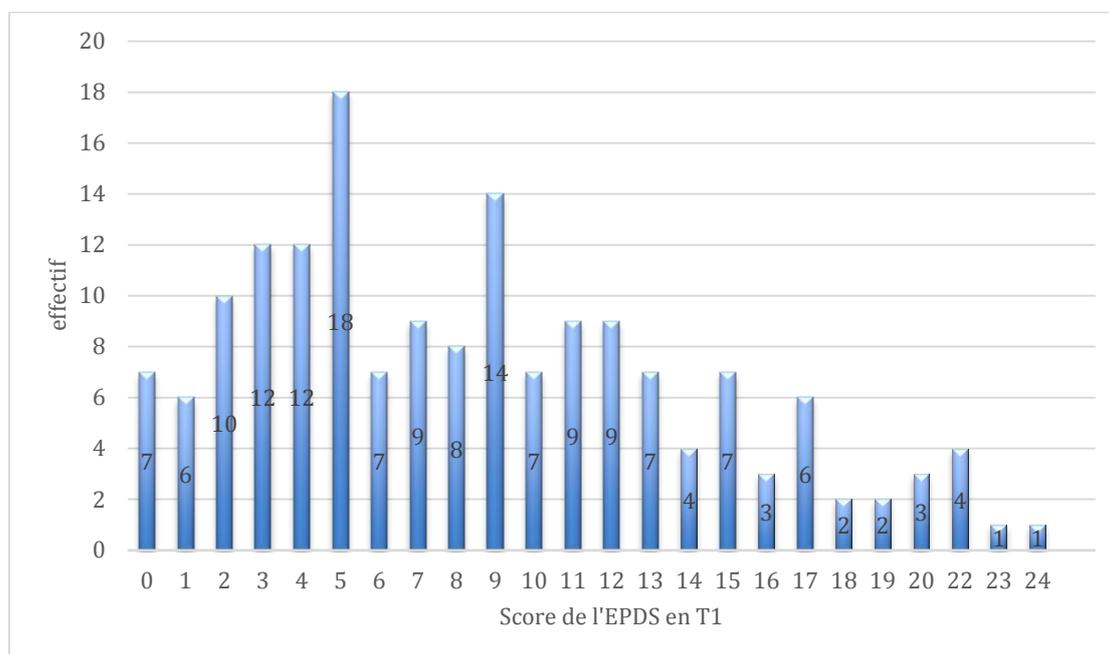
La figure **18** ci-dessous représente la répartition du score de l'EPDS en T1 pour un effectif de 168 parturientes.

L'analyse de cette figure révèle une réelle divergence avec des effectifs plus ou moins différents pour chaque score. Les scores à l'EPDS ont varié entre 0 et 24 avec un score moyen de 8.59 (ET=5.73). Quarante-neuf parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 12 les premiers vingt-quatre heures suivant l'accouchement soit une prévalence de 29.2%, ce qui veut dire que 49 femmes étaient prédisposées à avoir une dépression du post partum.

Concernant les parturientes questionnées à deux reprises (129 parturientes), le score moyen à l'EPDS a été de 8.14 (ET=5.72). Quarante-huit parturientes ont eu un score supérieur ou égal à 12 soit une prévalence de 37.2%.

Quant aux parturientes n'ayant pas répondu en T2 (39 parturientes), seulement une avait un score de 15 durant la première phase. Les scores ont varié entre 0 et 15 avec une moyenne de 6. La prévalence était de l'ordre de 2.5% seulement.

On remarque une différence significative entre la prévalence en T1 des deux sous-groupes, celles questionnées une seule fois et celles questionnées deux fois.



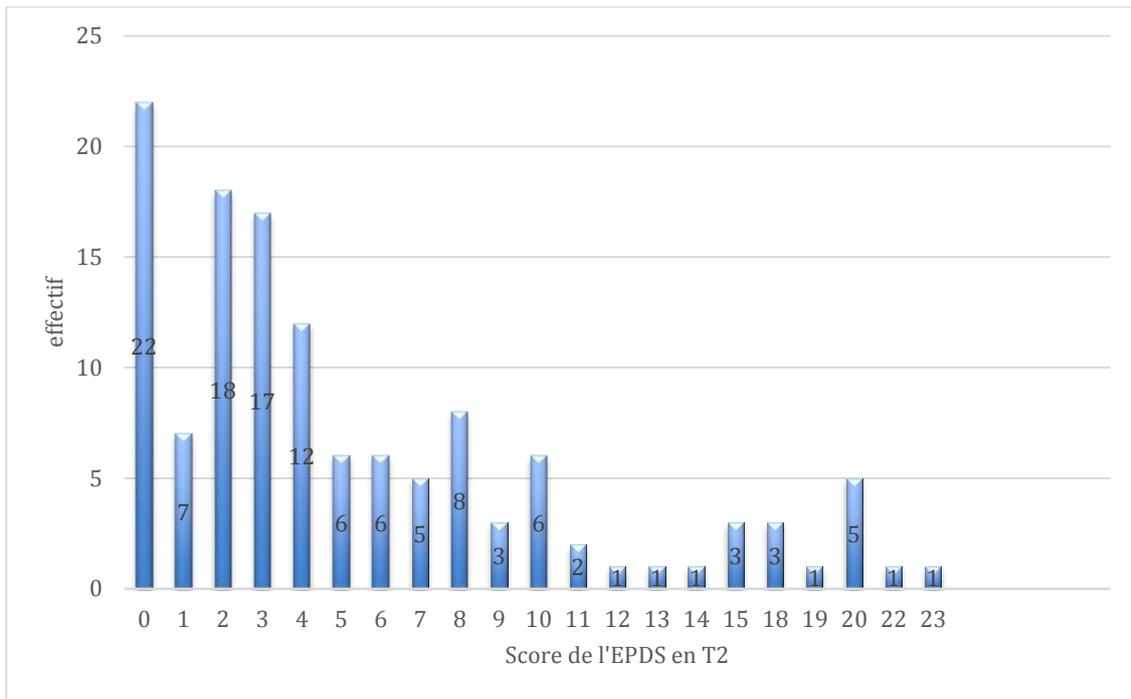
**Figure 18:** Répartition des scores de l'EDPS en T1 chez les parturientes au sein de l'EHS mère enfants, Tlemcen, Algérie en 2021

### **I.2.2 Prévalence de la DPP en T2 :**

La figure 19 ci-dessous représente la répartition du score de l'EPDS en T2 pour un effectif de 129 parturientes.

L'analyse de ce graphe révèle un pic d'effectif pour le score 0. On remarque une évolution dans le sens contraire des effectifs avec le score de l'EPDS. Le score moyen a été de 5.57 (ET=5.705) avec un minimum de 0 et un maximum de 23. Seulement dix-sept parturientes ont enregistré un score supérieur ou égal à 12 soit une prévalence de 13.2%.

On remarque la présence **d'un lien statistiquement significatif** entre la prévalence de la DPP en T1 et en T2 ( $p < 0.001$ ). Les résultats trouvés sont récapitulés dans le tableau 6 ci-dessus.



**Figure 19:** Répartition des scores de l'EDPS en T2 chez les parturientes au sein de l'EHS mère enfants, Tlemcen, Algérie en 2021

### **I.3 Facteurs associés à la DPP :**

Nous avons essayé à travers cette étude d'identifier les facteurs de risques qui ont le plus d'impact sur l'état psychologique des mamans. Les tableaux suivants mettent en évidence la relation entre plusieurs facteurs et l'apparition de trouble psychologique en post-partum.

**Tableau 7:** Répartition des parturientes selon les paramètres sociodémographiques

	D-		D+		DPP-		DPP+	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>AGE</b>								
15-19	5	4	2	4,44	5	4,5	0	0
20-24	21	17	10	22,22	15	13,4	5	29,4
25-29	35	28,5	17	37,78	37	33	7	41,2
30-34	35	28,5	6	13,33	28	25	3	17,6
35-39	20	16,3	6	13,33	20	17,85	1	5,9
40-44	6	4,9	4	8,9	6	5,35	1	5,9
45-49	1	0,8	0	0	1	0,9	0	0
<b>ETAT CIVIL</b>								
Mariée	118	99,15	46	93,88	110	98,21	15	88,24
Divorcée	1	0,85	2	4,08	2	1,79	1	5,88
Célibataire	0		1	2,04	0	0	1	5,88
<b>Résidence</b>								
Rurale	71	59,66	30	61,22	68	60,71	11	64,71
Urbaine	48	40,34	19	38,78	44	39,29	6	35,29
<b>Logement</b>								
Indépendant	68	57,14	29	59,18	70	62,5	8	47,06
Belle famille	51	42,86	20	40,82	42	37,5	9	52,94
<b>Niveau scolaire</b>								
Primaire	8	6,72	5	10,2	7	6,25	2	11,76
Moyen	42	35,29	22	44,9	42	37,5	6	35,3
Secondaire	47	39,5	16	32,65	42	37,5	7	41,18
Universitaire	22	18,49	6	12,25	21	18,75	2	11,76
<b>Niveau socio-économique</b>								
Bas	6	5,04	5	10,2	7	6,25	1	5,88
Moyen	90	75,63	38	77,55	83	74,11	14	82,35
Bon	23	19,33	6	12,25	22	19,64	2	11,77

**Tableau 8:** Répartition des parturientes selon les paramètres gynéco-obstétricaux

	D-		D+		DPP-		DPP+	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Type d'accouchement</b>								
Voie basse	74	62,18	32	65,3	71	63,39	12	70,59
Césarienne	45	37,82	17	34,7	41	36,61	5	29,41
<b>Acceptation de la grossesse</b>								
Oui	98	82,35	35	71,43	87	77,68	15	88,24
Non	21	17,65	14	28,57	25	22,32	2	11,76
<b>Déroulement de la grossesse</b>								
Bien	72	60,5	22	44,9	58	51,78	7	41,18
Moyennement bien	21	17,65	11	22,45	20	17,86	5	29,41
Difficile	26	21,85	16	32,65	34	30,36	5	29,41
<b>Déroulement de l'accouchement</b>								
Supportable	68	57,14	19	38,77	55	49,11	9	52,94
Moyennement supportable	17	14,29	8	16,33	19	16,96	1	5,88
Difficile	34	28,57	22	44,9	38	33,93	7	41,18
<b>Nombre d'enfants</b>								
1	28	23,54	16	32,65	28	25	9	52,94
2	40	33,61	11	22,45	31	27,68	5	29,42
3	34	28,57	10	20,41	30	26,78	2	11,76
4	13	10,92	11	22,45	19	16,96	1	5,88
5	2	1,68	1	2,04	2	1,79	0	0
6	2	1,68	0	0	2	1,79	0	0
<b>Nombre de fausses couches</b>								
Une fois	25	21	12	24,5	26	23,21	2	11,76
plus d'une fois	6	5,05	5	10,2	6	5,36	2	11,76
Jamais	88	73,95	32	65,3	80	71,43	13	76,48

**Tableau 9:** Répartition des parturientes selon les paramètres néonataux

	<b>D-</b>		<b>D+</b>		<b>DPP-</b>		<b>DPP+</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexe du bébé</b>								
Fille	57	47,9	27	55,1	55	49,11	8	47,06
Garçon	61	51,26	22	44,9	57	50,89	9	52,94
Fille et garçon	1	0,84	0	0	0	0	0	0
<b>Terme</b>								
A terme/Post terme	112	94,12	41	83,67	103	91,96	14	82,35
Prématuré	7	5,88	8	16,33	9	8,04	3	17,65
<b>Acceptation du sexe</b>								
Oui	98	82,35	40	81,63	89	79,46	16	94,12
Non	21	17,65	9	18,37	23	20,54	1	5,88
<b>Etat de santé du bébé</b>								
Bon	110	92,44	41	83,68	104	92,86	11	64,7
Mauvais	8	6,72	6	12,24	7	6,25	5	29,42
Mort-né	1	0,84	2	4,08	1	0,89	1	5,88

**Tableau 10:** Syndrome du baby blues chez les parturientes en T1 et T2

	<b>D-</b>		<b>D+</b>		<b>DPP-</b>		<b>DPP+</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Baby blues</b>								
Oui	20	24,69	16	33,33	26	23,21	10	58,82
Non	61	75,31	32	66,67	86	76,79	7	41,18

**Tableau 11:** Répartition des parturientes selon les antécédents

	D-		D+		DPP-		DPP+	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Personnels psychiatriques</b>								
Oui	5	4,2	6	12,24	10	8,93	0	0
Non	114	95,8	43	87,76	102	91,07	17	100
<b>Abus sexuels</b>								
Oui	0	0	2	4,08	1	0,89	1	5,88
Non	119	100	47	95,92	111	99,11	16	94,12

**Tableau 12:** Répartition des parturientes selon la nature des relations avec l'entourage

	D-		D+		DPP-		DPP+	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Relation conjugale</b>								
Très bien	72	60,5	28	57,14	70	62,5	5	29,41
Bien	40	33,62	13	26,54	35	31,25	7	41,18
Moyennement bien	6	5,04	5	10,2	5	4,46	3	17,65
Très mal	1	0,84	3	6,12	2	1,79	2	11,76
<b>Relation avec la belle famille</b>								
Très bien	16	13,45	4	8,16	17	15,18	0	0
Bien	76	63,86	26	53,06	69	61,61	8	47,06
Moyennement bien	21	17,65	7	14,29	17	15,18	2	11,76
Tés mal	6	5,04	12	24,49	9	8,03	7	41,18
<b>Relation avec la maman</b>								
Tés bien	97	81,51	27	55,1	84	75	10	58,82
Bien	17	14,29	11	22,45	17	15,18	4	23,54
Moyennement bien	5	4,2	10	20,41	11	9,82	2	11,76
Très mal	0	0	1	2,04	0	0	1	5,88

### **I.3.1 Facteurs de risque significatifs dans notre étude :**

➤ Etat matrimoniale :

Seulement 4 femmes parmi les 168 parturientes étaient divorcées ou en instance de divorce. Trois d'entre elles avaient « un score  $\geq 12$  » en T1 soit 75%, et 2 avaient un « un score  $\geq 12$  » en T2 soit 50%.

**Un lien statistiquement significatif était retrouvé** ( $p < 0,05$ ) : Les femmes divorcées avaient un score plus élevé en T1 mais pas en T2 ( $p > 0,05$ ).

➤ Terme :

On constate que 8.9% (15) des parturientes en T1 ( $n=168$ ) et 9% (12) des parturientes en T2 ( $n=129$ ) ont accouché d'un prématuré et 53% et 25%, respectivement, avaient de scores élevés à l'EPDS.

On souligne la présence d'un **lien statistiquement significatif** ( $p < 0,05$ ) entre la prématurité du bébé et l'apparition d'une DPP à la 5<sup>ème</sup> semaine suivant l'accouchement.

➤ Etat de santé du bébé :

Le tableau (9) montre que les mamans dont le bébé est mort-né ou en mauvaise santé étaient plus prédisposées à contracter une DPP.

**Un lien statistiquement significatif a été retrouvé** : les femmes avec un bébé mort-né ou en mauvaise santé avaient plus de chance d'enregistrer des scores élevés à l'EPDS ( $p < 0,05$ ).

➤ Déroulement de la grossesse :

Les résultats entre T1 et T2 ont été divergentes du point de vue corrélation. **Un lien statistiquement significatif** ( $p < 0,05$ ) existe entre le déroulement de la grossesse et le score élevé à l'EPDS le premier jour qui suit l'accouchement mais ce n'est pas le cas pour le score en T2.

➤ Déroulement de l'accouchement :

Comme la grossesse, les femmes ayant vécu un accouchement difficile ont plus de chance d'enregistrer un score élevé à l'EPDS en T1 ( $p < 0,05$ ) mais pas en T2 ( $p > 0,05$ ).

➤ Niveau socio-économique :

25% de la population initiale (n=168) déclarant avoir des revenus moyen à bas étaient D+ en T1. En T2 (n=129) c'était 11.6% de la population.

**Un lien statistiquement significatif** existe entre le niveau socio-économique et le score à l'EPDS ( $p < 0,05$ ).

➤ Abus sexuel :

Seulement deux parturientes ont avoué avoir subi des abus sexuel durant leur enfance. Les deux (100%) ont eu un « un score  $\geq 12$  » en T1 et une seule était DPP+ en T2.

Une relation évidente a été mise en évidence entre un score élevé à l'EPDS et l'abus sexuel.

**Le lien est statistiquement significatif** ( $p < 0,05$ ).

➤ Baby blues :

Parmi les 129 parturientes ayant répondu à nos appels en T2, 37% (n=48) avaient un score positif en T1 et 13% (n=17) avaient un score positif en T2. On ne peut parler de relation entre le baby blues et le score de l'EPDS en T1 puisque les signes du baby blues apparaissent généralement une semaine après l'accouchement. Néanmoins, un **lien statistique significatif** existe entre le baby blues chez les femmes à une semaine du post partum et la DPP 4 semaines après.

➤ Relation conjugale :

En T1 9% des parturientes (n=168) avaient une relation conjugale compliquée, 53% d'entre elles sont D+. En T2 environ 41% étaient DPP+ pour 9% des parturientes (n=129).

On note un **lien statistiquement significatif** entre la nature de relation conjugale et les scores élevés à l'EPDS ( $p < 0,05$ ).

➤ Relation avec la belle famille :

Parmi les 49 femmes étant D+ en T1 (n=168), près de 38% avaient une mauvaise relation avec leur belle famille. De plus, parmi les 13% (17 parturientes) des femmes qui étaient DPP+ en T2 (n=129), 53% étaient en mauvais termes avec leur belle famille.

Les tests statistiques démontre **un lien significatif** entre la nature de la relation avec la belles famille et les scores positif à l'EPDS ( $p < 0,05$ ).

➤ Relation avec la maman :

Le tableau (12) montre que les femmes qui ont une mauvaise relation avec leur mamans représentaient 22.5% des D+ (T1) et 17.6% des DPP+ (T2). Nous avons pu démontrer qu'il y a **un lien statistiquement significatif** entre la nature de la relation avec la maman et les scores positifs à l'EPDS ( $p < 0,05$ ).

### **I.3.2 Facteurs de risques non significatifs dans notre étude :**

➤ l'âge :

La majorité des femmes présentant des signes dépressifs en T1 et en T2 avaient entre 25 et 29 ans. **Aucun lien statistique n'a été retrouvé** entre l'âge de la patiente et le score à l'EPDS ( $p > 0,05$ ).

➤ Résidence :

Environ 60% des femmes vivent en milieu rurale, on constate que 61.2% des femmes ayant un « un score  $\geq 12$  » en T1 sont de milieu rural et 64.7% qui ont eu un « un score  $\geq 12$  » en T2 le sont aussi.

**Aucun lien statistique n'a été retrouvé** entre le lieu de résidence de la patiente et le score à l'EPDS ( $p > 0,05$ ).

➤ Logement:

Plus de la moitié de la population ont un logement indépendant. Presque 30% de chacun des sous-groupes (femmes vivant seule et femmes vivant avec leur belle famille) ont eu un « un score  $\geq 12$  » en T1 et en T2.

On note **un lien statistique non significatif** entre le type de logement et les score des patientes à l'EPDS ( $p > 0,05$ ).

➤ Type d'accouchement :

65% et 70% des patientes ayant enregistré des « scores  $\geq 12$  » en T1 et T2 ont accouché par voie basse. Ceci n'est pas suffisant pour dire qu'il y'a une relation entre les deux variables. **Aucun lien statistique n'a été retrouvé** entre le fait d'accoucher naturellement et avoir un score élevé à l'EPDS ( $p > 0,05$ ).

➤ Sexe du bébé :

Le pourcentage des femmes D+ ou DPP+ est presque le même pour celles qui ont eu une petite fille ou un petit garçon. Nous n'avons observé **aucun lien statistique** entre le sexe du bébé et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

➤ Antécédents psychologique/psychiatriques personnels :

D'après le tableau (11) aucune femmes avec des antécédents psychologique/psychiatriques n'a été enregistré DPP+ durant la phase 2 de notre étude.

**Aucun lien statistique n'a été retrouvé** entre les antécédents personnels psychologiques ou psychiatriques et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

➤ Niveau scolaire :

La majorité de la population (75%) avaient un niveau scolaire moyen à secondaire. Les femmes ayant abandonné leurs études en primaire ne représentaient que 8%. Les pourcentages les plus élevés chez les D+ et les DPP+ appartiennent aux femmes de niveau moyen et secondaire.

**Aucun lien statistique n'a été trouvé** entre le niveau scolaire des patientes et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

➤ Acceptation de la grossesse :

Parmi les 35 patientes refusant leur grossesse en T1, 40% (n=14) sont D+. En T2, seulement 7% (n=2) sont DPP+ parmi les 27 patientes qui n'ont pas accepté leur grossesse.

**On ne peut conclure qu'il y'a un lien statistiquement significatif** entre l'acceptation de la grossesse et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

➤ Parité :

26.2% des femmes interrogées (n=44) étaient primipares. A l'inverse 30.4% des femmes (n=51) étaient hospitalisées à la maternité pour la naissance de leur deuxième enfant. La majorité (43.5%) des femmes (n=73) ayant participé à l'étude étaient troisième parité et plus.

**Aucun lien statistique n'a été trouvé** entre la parité et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

➤ Nombre de fausse couche :

Parmi les femmes qui ont enregistré un « un score  $\geq 12$  » en T1 et T2, 34.7% et 23.52% respectivement avaient déjà fait une fausse couche et plus.

**On ne peut conclure qu'il y'a un lien statistiquement significatif** entre le nombre de fausses couches et le score de l'EPDS ( $p > 0.05$ ).

## **II. Discussion des résultats :**

On a longtemps négligé le côté psychologique chez les jeunes mamans, ne mesurant pas tout le chamboulement qu'elles sont en train de vivre, croyant que l'adaptation de cette nouvelle vie est évidente. Il y'a un certain nombre de cas où des mamans se sont vu vivre une réelle descente en enfer, résultat d'une prise en charge en retard et un manque d'information chez les proches.

Nous avons souhaité nous étendre plus sur ce sujet en réalisant cette étude au sein de l'EHS mère enfant de Tlemcen sur une durée de 4 mois ; afin voir l'impact de la DDP chez les jeunes mamans et leur entourage mais aussi évaluer sa prévalence au sein de notre société. De ce fait, nous avons comparé majoritairement les résultats obtenus suite à notre travail avec une étude réalisée au CHU de Sfax en Tunisie en 2006 (94).

### **II.1 Population de l'étude :**

Dans notre étude, nous avons sollicité 168 parturientes en T1, parmi elles 129 (77 %) ont répondu en T2.

En ce qui concerne l'étude réalisée au niveau du CHU de Sfax, Tunisie, 302 parturientes ont répondu en T1 et 139 (46%) seulement ont répondu en T2 (94).

Donc la taille de notre échantillon sur lequel nous avons fait l'étude, était faible en T1 par rapport aux échantillons de l'étude citée auparavant.

Par contre en T2 ; l'échantillon était presque le même par rapport à l'étude réalisée au sein du CHU de Sfax (94), parce que pour notre étude nous avons eu recours aux appels téléphoniques contrairement à la précédente étude qui s'est appuyée sur les visites post natales.

#### **II.1.1 Paramètres sociodémographiques ;**

➤ Age :

Dans notre étude, la moyenne d'âge était de 30 ans et l'écart-type de 6.357.

Sachant que dans notre population, la patiente la plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 45 ans.

L'âge moyen de la population au sein du CHU de Sfax est de 29.12 ans, l'écart type calculé était de 5, avec un maximum de 42 ans et un minimum de 19 ans (94).

➤ Etat civil :

Concernant l'état matrimonial de notre population, la majorité était mariée avec un pourcentage de 97% seulement 4 patientes étaient divorcées ou en instance de divorce. Ces résultats sont presque similaires à l'étude du CHU de Sfax avec un pourcentage de 98% (94).

➤ Niveau scolaire :

Coté niveau d'instruction, une majorité avec 38% ont un niveau moyen, 37% ont un niveau secondaire, 8% ont un niveau universitaire et 37% ont un niveau secondaire.

En ce qui concerne l'étude réalisée au niveau du CHU de Sfax (94), Le niveau scolaire a été primaire pour 39% des femmes, secondaire pour 46% et supérieur pour 14,9 %.

Les caractéristiques sociodémographiques de notre population était proche des résultats trouvés dans l'étude de comparaison.

➤ Niveau socio-économique :

La majorité de notre population dit avoir un niveau socio-économique moyen avec 128 réponses, 29 parle d'un bon niveau de vie contre 11 qui le décrit comme état mauvais.

Les informations recueillies de l'étude réalisée au CHU de Sfax déclarent un niveau socioéconomique bas à moyen pour 86,1 % (94).

➤ Résidence :

60% des patientes recrutées vivent un environnement rural loin de la ville, elles représentent plus de la moitié contrairement à l'étude tunisienne dont 85,1% sont d'origine urbaine (94).

➤ Logement :

Parmi les patientes questionnées, 91 d'entre elles vivent dans un logement indépendant, 71 vivent en famille.

En comparant à l'étude réalisée au sein du CHU de Sfax (94), 107 vivent en logement indépendant et 12 vivent en famille. Donc la plupart des patientes vivent seules.

### **II.1.2 Paramètres gynéco-obstétricaux :**

➤ Type d'accouchement :

On a remarqué que durant la première phase de notre étude (T1), 30% (32 parturientes) des femmes ayant accouchée par voie basse (n=106) avaient un score supérieur à 12 contre 27% (17 parturientes) chez les femmes qui ont subi une césarienne (n=62). Aucune autre étude ne s'est intéressée à ce paramètre.

➤ Difficulté a accepté la grossesse :

Nous avons constaté qu'en T1, 14 n'étaient pas favorables à la grossesse et étaient déprimées (score supérieur à 10).

Pour l'étude tunisienne, 12 avaient du mal à accepter la grossesse et avaient un score supérieur à 10 (94).

Pour la phase T2, seulement 2 patientes n'avaient pas accepté la grossesse et se retrouve avec un score supérieur à 10 ; pour l'étude tunisienne, il s'agissait de 4 patientes.

➤ Déroulement de la grossesse :

Les femmes ayant vécu une grossesse difficile représente 25% de la population en T1 et 30% en T2. Elles représentent 32.65% et 29.41% des femmes D+ et DPP+ respectivement.

L'étude réalisée à la faculté de Médecine de Sfax (94) montre que plus de 55% des femmes présentant des signes dépressifs durant les deux phases avait une grossesse pathologique, donc difficile.

➤ Déroulement de l'accouchement :

Environ 34% des patientes ont vécu un accouchement difficile durant les deux phases. 39% et 15% d'entre elle avaient un score élevé en T1 et T2.

Une étude réalisé à l'université de médecine d'Auvergne-UFR en 2012 (95), a démontré que parmi 14% des femmes qui un eu un très mauvais vécu de leur accouchement, 33% avaient un score supérieur à 11.

➤ Nombre d'enfants :

Les femmes primipares représentent environ 27% de la population étudiée. 30% étaient hospitalisées à la maternité pour la naissance de leur deuxième enfant. La majorité (43%) ayant participé à l'étude étaient troisième pare et plus. Contrairement à l'étude de l'université d'Auvergne de Cindy Fernandes dont la majorité des femmes étaient mamans pour la première fois (95).

➤ Nombre de fausses couches :

Nous avons remarqué que 17 patientes présentaient une forme de déprime en T1 et avaient déjà subi une fausse couche .En T2, seulement 4 patientes étaient déprimées. Pour l'étude tunisienne, (94) en T1, 5 patientes étaient déprimées ; et en T2, seulement une patiente l'était.

### **II.1.3 Paramètres néonataux :**

➤ Sexe du bébé :

En T1, il y'avait 27 filles et 22 garçons dont les mères étaient déprimées ; et en T2, il y'avait 8 filles et 9 garçons.

Pour l'étude réalisée au CHU de Sfax (94), en T1, 24 et 34 garçons et filles ont été enregistré ; et en T2, 8 et 10 garçons et filles ont été enregistré dont les mères étaient déprimées.

➤ Terme du bébé :

Pour notre étude, nous avons enregistré 8 prématurés en T1 dont les mères étaient déprimées ; et en T2, 3 prématurées ont été recensés.

En ce qui concerne l'étude tunisienne, en phase de T1, 12 prématurés ont été enregistrés et en T2 aucun prématuré dont la mère n'était déprimé (94).

➤ Acceptation du sexe du bébé :

En T1, parmi les parturientes n'ayant pas accepté le sexe de leurs bébés, 9 étaient déprimées, et en T2, seulement une patiente.

Ces chiffres sont presque similaires à ceux de l'étude tunisienne, avec 7 patientes en T1 et 1 patiente en T2 (94).

➤ Etat de santé du bébé :

Dans cette étude, parmi les mères déprimées en T1, il y'a eu 6 bébés qui avaient un état de santé mauvais et 2 morts nées. En T2, 1 mort née et 5 avait un état de santé mauvais.

Dans l'étude tunisienne, en T1, 13 avaient un mauvais état de santé dont les mères étaient déprimées et en T2, aucun bébé n'a été enregistré (94).

## **II.2 Prévalence de la DPP :**

Dans cette étude, la prévalence a été évaluée à 29.2% en T1 et à 13.2% en T2. En littérature, la prévalence de la DPP varie de 10 à 20 % avec une prévalence moyenne de 13% (89). Une analyse de 143 études réalisées dans 40 pays a montré que la prévalence s'étend de 0 à 60% (90).

Nous avons pu rapporter le résultat de la prévalence de 4 études réalisées ; une première étude réalisée en Iran dont la prévalence était comprise entre 15.6 et 25.6 % (27), une deuxième réalisée à Monastir en Tunisie était de 7.9% à la huitième semaine (25). Une troisième étude réalisée à Tunis en Tunisie dont la prévalence était de 21.4 % et cela durant les six premières semaines. Enfin l'étude de Sfax en Tunisie dont la prévalence était de 19.2% en T1 et de 12.9% en T2 (94).

Nous remarquons une différence significative entre les scores rapportés, plusieurs critères y contribuent à cette différence à savoir la population étudiée (mode de vie, niveau socio-économique, instabilité du pays, soutien familiale...) car dans notre étude l'analyse s'est faite principalement sur des études internationales. Aussi le moment de l'évaluation parce que dans les études rapportées il n'est pas mentionné à quel moment l'évaluation a été faite .Enfin l'instrument utilisé pour l'évaluation.

En conclusion, notre taux se trouve dans les normes des taux rapportés et particulièrement en T2, c'est-à-dire au moment où on peut clairement parler de DPP. Nous remarquons aussi une décroissance des taux de prévalence entre les deux temps de l'évaluation ceci s'explique par le fait que la plupart signes de déprime s'estompent après quelques semaines. Néanmoins, ce sont tous ces signes la qui constituent l'élément le plus prédictif à la survenue de la DPP. D'autre part, l'écart de la prévalence entre le premier et le second temps d'évaluation peut découler du fait que la durée d'évolution de l'épisode thymique dépend de sa sévérité et de sa prise en charge (pas forcément médicamenteuse).

## **II.3 Facteurs de risque associés à la DPP :**

### **II.3.1 Les facteurs de risque significatifs dans notre étude :**

#### ➤ L'état civil :

Selon les résultats statistiques précédents, les femmes divorcées ou qui étaient en plein divorce avait plus de chance d'enregistrer des scores élevés de l'EPDS. Plus particulièrement en T2 ou la maman se retrouvait seule à s'occuper de son bébé sans aucun soutien du papa.

Nos résultats ne concordent pas avec ceux de l'étude de la faculté de Sfax qui n'a trouvé aucun lien significative entre le statut maritale des mamans et les scores élevés (94).

➤ Terme :

On a trouvé une relation statistiquement significative entre la prématurité du bébé et les scores élevés à l'EPDS. Les mamans dont le bébé est né prématurément avaient plus de chance de souffrir d'une dépression.

Pour l'étude tunisienne, on observe que la proportion des femmes dont le bébé est prématuré augmente de façon simultanée avec les scores obtenus (94).

➤ L'état de santé du bébé :

L'état de santé du bébé est le paramètre qui importe le plus la maman au moment de l'accouchement et durant les premiers jours. Les résultats statistiques montrent qu'un état inquiétant du bébé influence de façon significative l'humeur de la mère.

Cette conclusion est la même pour la majorité des études de ce genre.

➤ Déroulement de la grossesse :

La relation évidente entre le vécu de la grossesse de la maman et le score permet de conclure que les mamans qui ont eu une grossesse difficile sont plus à risque de souffrir d'une DPP.

Ce lien n'est pas présent entre ces deux variables dans l'étude tunisienne (94).

➤ Déroulement de l'accouchement :

Un lien statistiquement significatif existe entre le vécu de l'accouchement et le score élevé de l'EPDS. Les femmes qui ont eu des complications durant l'accouchement sont des personnes prédisposées à souffrir d'une dépression.

➤ Niveau socio-économique :

Durant cette étude nous nous sommes intéressés au niveau socio-économique des patientes qui est considéré comme un facteur de risque majeur de la DPP. Le lien entre ces deux variables signifie que plus les revenus de la maman sont bas plus elles ont de chance d'avoir des scores élevés.

Plusieurs études ont mis en évidence ce lien très significatif notamment l'étude tunisienne (94).

➤ Abus sexuel :

Les femmes ayant subi des abus sexuel avant leur mariage sont très sensibles sur le plan psychologique. Cet antécédent à un lien statistiquement significatif avec les scores élevés de l'EPDS.

Cependant, le mémoire de Laëtitia LEGRAND (96), étudiante sage femmes, montre qu'une seule femme a souffert de dépression du post partum parmi les 9 qui ont subi des violences sexuelles étant mineurs. La patiente déclare que sa souffrance est liée à l'isolement et au manque de soutien.

➤ Baby blues :

La dépression du post partum n'est qu'un baby blues plus sévère et qui dure plus longtemps. Le lien présent entre ces deux formes de troubles psychiques a aussi été démontré en 2001 par une étude menée par P. Hannah, D. Adams, A. Lee, V. Glover, et M. Sandler.

Un score de l'EPDS supérieur à 12 voire à 10 durant la première semaine devrait alerter les professionnels de santé sur le risque pour la patiente de développer une DPP.

➤ Facteurs relationnels :

Le manque de soutien du mari peut influencer de façon significative l'état émotionnel de la maman. Notre étude a pu montrer que plus la relation entre les parents est détériorée plus la femme a de chance d'avoir des scores élevés de l'EPDS.

Pareil que pour le mari, l'existence de problèmes au sein de la belle-famille peut conduire la maman à souffrir du DPP.

Une relation conflictuelle ou dépendante avec sa propre mère a aussi pu révéler une certaine vulnérabilité au développement d'un épisode dépressif en post natal.

Le lien entre ces facteurs et la présence d'une dépression du post partum a été étudié par Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ (91).

### **II.3.2 Les facteurs de risque non significatifs dans notre étude :**

Quelques facteurs étudiés durant ce travail, tout comme l'étude tunisienne (94), n'ont aucune relation significatif avec la DPP comme l'âge de la patiente, son lieu de résidence, son habitation ou encore son niveau scolaire.

Le type d'accouchement n'est pas un facteur très explicite dans cette étude. Les complications lors de l'accouchement ou les femmes ayant eu une grossesse multiple serait des meilleurs

facteurs prédictifs. Une corrélation significative existe entre la grossesse multiple et les scores obtenus par la mère d'après Cindy FERNANDES (95).

Nous n'avons retrouvé aucun lien significatif entre la parité et le score obtenu à l'EPDS, ce résultat coïncide avec le travail de Willinck et Cotton (92). Cela reste un facteur très controversé quant à son impact sur la DPP.

De même, le nombre de fausses couche et le sexe du bébé n'ont pas de lien significatif avec les scores obtenus. Selon une étude française (Garel, Blondel, Lelong, et al. 1992), 51% des femmes ayant eu une fausse couche présentaient des signes de dépression 3 mois après. Pour ce qui concerne le sexe du bébé, l'étude tunisienne n'a montré aucune corrélation (94).

La difficulté des mamans à accepter la grossesse est un des facteurs de risque trouvé dans la littérature. Cependant, les résultats statistiques de notre travail montrent le contraire. Contrairement à l'étude tunisienne qui met en évidence un lien statistiquement significatif entre les grossesses non désirée et les scores élevés de l'EPDS (94).

En opposition à la plupart des études (93), qui ont démontré que les antécédents psychiatriques étaient le meilleur paramètre prédictif de la DPP avec un risque potentiel de récurrence lors des grossesses ultérieures, notre étude n'a trouvé aucun lien significatif entre les deux variables. Ceci peut s'expliquer par la taille de notre échantillon peu importante et le manque de transparence des patientes sur leur état psychiatrique.

### **II.3.3 Autres facteurs :**

Nous avons décidé d'exclure quelques facteurs comme les antécédents médico-chirurgicaux, l'état de santé des proches, la vie professionnelle de la maman ou encore les circonstances de son mariage car jugés insignifiants dans cette étude. Aucune relation apparente n'a été observée.

---

# Conclusion

---

La période du post partum reste une phase très délicate chez une mère car il en résulte un chamboulement complet de sa vie sur tous les plans, ceci peut conduire à l'apparition de troubles psychiques, encore méconnus par la société, qui peuvent nuire à la mère comme au nouveau née. En dépit des nombreuses avancées réalisées dans le domaine de la médecine périnatale, la DPP reste encore sous-estimé et mal connue de la société malgré ses lourdes conséquences sur la mère, le couple et la relation mère-enfant.

Nous avons pu montrer à travers ce travail que les professionnels de santé avaient encore des lacunes dans l'application et la gestion des moyens de prévention et de dépistage. Une sensibilisation totalement inexistante s'est fait remarquer durant notre présence à l'EHS mère et enfant de Tlemcen pour différentes raisons que nous avons abordé tout au long de notre travail.

Il serait temps de généraliser l'utilisation les outils de dépistage et mettre en place une formation continue des professionnels au niveau des structures de santé. Le DAD-P ou l'EPDS seraient un moyen de briser la glace et d'aborder des questions d'ordre psychologiques rarement abordées lors des consultations avec le gynécologue ou la sage-femme. Dans un cadre médical, les mamans se sentiraient plus à l'aise qu'avec un psychologue ou un psychiatre de parler de leur ressenti et de sujets délicats.

Cette étude a été faite après avoir entendu le cri des jeunes mamans qui sont rongées par un sentiment de culpabilité car certaines n'arrivent pas à être joyeuses suite à cet heureux événement et personne ne les comprend car toute l'attention va au nouveau née. Le dialogue avec les patientes a donc permis de leur procurer un sentiment de bien-être surtout après avoir été comprises le disent-elles , aussi de les rassurer afin qu'elles sachent qu'elles ne sont pas seules et que c'est tout à fait normal d'éprouver ce genre de sentiment.

Suite à cette première expérience au sein de L'EHS mère enfant de Tlemcen, l'intérêt d'une prise en charge des parturientes est plus que nécessaire surtout avec un effectif élevé des cas de baby blues et de DDP.

## **Limites et recommandations perspectives :**

### ➤ **Limites spécifiques :**

- Les patientes n'étaient pas toutes ouvertes au dialogue, beaucoup ont refusé de répondre aux questionnaires.
- Certaines patientes avaient accepté de répondre aux questionnaires mais semblaient ne pas vouloir divulguer d'informations sur leurs vies privées, ce qui fait que certaines réponses sont erronées.
- Les parturientes ayant accouchées par césariennes étaient très fatiguées ce qui fait que beaucoup d'entre elles n'ont pas pu répondre aux questionnaires.
- Manque d'études réalisées dans le même thème donc nous avons eu des difficultés pour réaliser l'analyse.
- Les appels téléphoniques en deuxième temps ne représentaient pas un outil fiable, car nous avons ressenti que certaines patientes n'étaient pas à l'aise à répondre aux questions.

### ➤ **Limites non spécifiques :**

- La pandémie du COVID-19 a freiné notre accès au niveau de l'EHS mère enfant, ce qui nous a empêchés à élargir notre population.
- Les visites familiales des parturientes ont fait que beaucoup d'entre elles ne prêtaient pas attention au questionnaire.
- Absence de cellule psychologique qui aurait pu nous donner d'avantage d'information.
- En tant que pharmacienne, quelques fois l'accès au service nous est été interdit.
- Nombre insuffisant d'études réalisées dans le même thème.

### ➤ **Recommandations et perspectives :**

- L'instauration d'une cellule psychologique qui prend en charge les parturientes durant leur séjour à la maternité, car nous avons constaté que la plupart d'entre elles étaient dans le besoin de parler de leur expérience face à l'accouchement mais aussi leur frayeur face à leur nouvelle vie en tant que maman.
- Un psychologue à la disposition des patientes au moment de la visite post-natale afin de discuter sur le déroulement du post-partum.
- La nécessité d'engager des puéricultrices afin d'aider les jeunes mamans en leur expliquant comment faire avec leurs bébés.

## Conclusion

---

- La formation des médecins gynécologues et sages-femmes sur la nécessité d'être aux petits soins avec les jeunes mamans afin de ne pas les blesser avec des propos ou remarques déplacées.

## **Bibliographie**

1. **Beck CT.** A checklist to identify women at risk for developing postpartum depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998; 27(1):39–46. 27
2. **Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G.** Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. s.l.: *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2001. 80 (3): 251-5.
3. **Kumar R, Robson KM.** A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *Br J Psychiatry.* 1984 Jan;144(1):35–47.
4. **GOURION D.** Evènements de vie et sévérité de la dépression aux différents âges de la vie. *L'encéphale*, 2009 Dec.; 35(7):250-6
5. **Wisner KL, Chambers C, Sit DKY.** Postpartum depression: a major public health problem. *JAMA* 2006; 296:2616–8.
6. Sortie de maternité après accouchement: conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. *Rev Sage-Femme.* 2014 Apr;13(2):84–98
7. **Haute Autorité de Santé.** Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017 Oct;45.
8. **MC, Glangeaud-Freudenthal N.** Evaluation de la prévalence de la dépression post-partum en France. s.l. Devenir, 1999. Vol. 11. P.53-64.
9. **AYISSI L, HUBIN-GAYTE H.** Irritabilité du nouveau-né et dépression maternelle du post-partum. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2006 Avr.; 54(2):125-132
10. **Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Molteno C.** Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. S.l. *British Journal of Psychiatry*, 1999. 175 : 554-558.
11. **Dayan J, Andro G, Dugnat M, Godelier M, Guédeney A.** Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. Paris: Elsevier Masson; 2014. p143-180 p.
12. **Marcé, Louis Victor.** Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. Paris : Le Harmattan, 1858.
13. **La société Marcé Francophone.** L'association francophone pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales. [En ligne] ikicrea, 1998. <http://www.marce-francophone.fr/>.
14. **C. Agbokou, F.Ferreri, P.Nuss, C.-S. Peretti.** Cliniques des dépressions maternelles postnatales. S.l. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 2011. 37-170-A-30.

15. **Hau Fw, Levy VA.** The maternity blues and Hong Kong Chinese women: an exploratory study. *J Affect Disord* 2003; 75:197–203
16. **CHABROL H, TEISSEDRE F.** Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisé chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2004; 52(5):266273
17. **LEVY-SOUSSAN P.** *Psychiatrie*. 3ème Ed. Paris: Med-line, 2007, p.350
18. **Boyer P, Guelfi JD, Pull CB, Pull MC.** Manuel Diagnostique ET Statistiques des Troubles mentaux. Texte révisé 2003. DSM-IV.
19. **Pull CN, Chaillet G.** Classification internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement. Paris : Masson, 1994.
20. **Maurice Ferreri, Arnaud Heim, Philippe Nuss, Nazbanou Heim, Henri-Jean Philippe.** Troubles psychiatriques du post-partum. S.l. : EMC-Obstétrique, 2009. Article 5-110-B-10
21. **O'Hara M.W, Swain A.M.** Rates and risk of post-partum depression-a metaanalysis. s.l.: *International Review of Psychiatry*, Janvier 1996. Vol. 8. p.37-54.
22. **Tychev C.** La prévention des dépressions. Paris : le Harmattan ; 2004. p.19-96.
23. **Slim R.** La dépression du post partum (prévalence et facteurs associés). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie : Université de Médecine de Monastir 2003- 2004
24. **Ben Aicha A.** La dépression du post partum : prévalence et facteurs risque (dépistage sur 103 femmes). Thèse de doctorat en médecine. Tunisie : Université de Médecine de Tunis 2004- 2005.
25. **Paulson J F, Bazemore S D.** Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association with Maternal Depression A Meta-analysis. *JAMA*. 2010; 303:1961-9.
26. **Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, 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; 90:139-49
27. **Patel V, Rodrigues M, DeSouza N. Gender.** Poverty and postnatal depression: a study of mothers in Goa. India: *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159 (1): 43-47.
28. **Rahman A, Iqbal Z, Harrington R.** Life events, social support and depression in childbirth: perspectives from a rural community in the developing world. s.l.: *Psychological Medicine*, 2003. 33 (7) : 1161-1167.
29. **Poinso François, Samuellian Jean-Claude, Delzenne Valérie, SparrowJoshua, Rufo Marcel.** Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque
30. **Chabrol, Henri.** Les dépressions de la maternité. Octobre 1998 : "Que suis-je" 1ère édition, Paris.

31. **Milgrom J.** Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN): Une approche cognitiviste et comportementale. *Devenir.* 2001; 13(3):27.
32. **Wickberg B, Hwang C.P.** Screening for postnatal depression in a population based Swedish sample. s.l.: *Acta Psychiatr. Scand.* 1997. 95: 62-66.
33. **Cooper PJ, Murray L.** Course and recurrence of postnatal depression evidence for the specificity of the diagnostic concept. s.l.: *Br J Psychiatry.* 1995. 166: 191-195.
34. **Cummings EM, Kouros CD.** La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants. S.l. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants.*
35. **Beck C.T, Gable R.K.** Comparative analysis of the performance of the Postpartum Depression Screening Scale with two other depression instruments. s.l. *Nurs Res.* Aout 2001. Vol. 50. P.242-250.
36. **Appleby L, Fox L, Shaw M, Kumar R.** The psychiatrist in the obstetric unit: establishing a liaison service. s.l.: *Br J Psychiatry.* 1988. 154: 510-515
37. **al., Hewitt C ET.** Methods to identify post-natal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. s.l.: *Health Technol Assess.* Juillet 2009. Vol. 13. p.1-145, 147-230.
38. **Organisation Mondiale de la Santé15.** [En ligne] <http://www.who.int/fr/>.
39. **Molénat, Docteur.** Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. 2005.
40. **MOLENAT F.** Prévention précoce : petit traité pour construire des liens humains. Toulouse : Eres, 2009, p.128
41. **VISIER J.-P, MAURY M.** La demande d'aide psychologique : de l'explicite à l'implicite tiré de Naissances (Cahiers de l'Afrée) n° 19 : *Climats*, 2004, p. 4349
42. **ARMSTRONG K.-L, FRASER J.-A.** A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J. Pediatric. Child Health.* 1999; 35: 237-244
43. [http://apps.who.int/rhl/pregnancy\\_childbirth/care\\_after\\_childbirth/mgccom/fr/](http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/mgccom/fr/) consulté le 22/05/2021
44. **Bréart G, Puech F, Rozé J.C.** Plan périnatalité 2005-2007. *Santé Gouv.* [En ligne] [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan\\_perinatalite\\_2005-2007.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf).
45. **DREES.** La protection maternelle et infantile. [En ligne] <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantilepmi,1202.html>
46. Haute Autorité de santé. Préparation à la naissance et à la périnatalité (PNP). Novembre 2005.

47. Suivi et Orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007.
48. **GRABER J.-L.** L'enfant, la parole et le soin. Toulouse, Eres, 2004, p.241.
49. **Maladie, Assurance.** Suivi médicale de la mère après l'accouchement. Ameli Santé. [En ligne] 12 Décembre 2013. <http://www.ameli-sante.fr/grossesse/suivimedical-de-la-mere-apres-l-accouchement.html>.
50. **Dennis CL, Dowswell T.** Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. s.l.: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013.
51. **Bloch M, Daly RC, Rubinow DR.** Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiat.* 2003; 44(3):234–246.
52. **Lawrie TA, Justus Hofmeyr G, Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen E.** A double-blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *BJOG.* 1998;105(10):1082–1090.
53. **Gillain B, Dubois V.** Troubles psychiques aigus du post-partum. s.l. ConfMed, 26/02/03.
54. **Sichel DA, Cohen LS, Robertson LM, Rutenber A, Rosenbaum JF.** Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biol Psychiatry.* 1995; 38(12):814–818.
55. **Wisner KL, Perel JM, Peindl KS, Hanusa BH, Piontek CM, Findling RL.** Prevention of postpartum depression: a pilot randomized clinical trial. *Am J Psychiat.* 2004; 161(7):1290–1292.
56. **Llorente AM, Jensen CL, Voigt RG, Fraley JK, Berretta MC, Heird WC.** Effect of maternal docosahexaenoic acid supplementation on postpartum depression and information processing. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188(5):1348–1353.
57. **Doornbos B, Van Goor S, Dijck-Brouwer D, Schaafsma A, Korf J, Muskiet F.** Supplementation of a low dose of DHA or DHA+ AA does not prevent peripartum depressive symptoms in a small population based sample. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2009; 33(1):49–52.
58. **Makrides M, Gibson RA, McPhee AJ, Yelland L, Quinlivan J, Ryan P.** Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010; 304(15):1675–1683.
59. **LUCAS A., PIZARRO E., GRANADA M.L., SALINAS I., SAMMARTI A.:** « Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders », *Clinical Endocrinology*, 2001; 55: 809.
60. **Harris B, et al.** Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *Brit J Psychiat.* 2002; 180(4):327–330).
61. **HARRISON-HOHNER J., COSTE S., DORATO V., CURET L.B., McCARRON D., HATTON D. :** « Prenatal calcium supplementation and postpartum depression : an ancillary

study to a randomized trial of calcium for prevention of preeclampsia », *Archives of Women's Mental Health*, 2001 ; 3 (4) : 141-146.

62. **Mokhber N, et al.** Effect of supplementation with selenium on postpartum depression: a randomized double-blind placebo-controlled trial. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2011; 24(1):104–108.

63. **HILTUNEN P., RAUDASKOSKI T., EBELING H., and MOILANEN I.**: « Does pain relief during delivery decrease the risk of postnatal depression? » *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 2004 ; 83 (3) : 257-261.

64. Cognitive, Association Française de Thérapie Comportementale et. Thérapies Comportementales et Cognitives. **AFTCC.** [En ligne] <http://www.aftcc.org/lestherapies-comportementales-et-cognitives>.

65. **HOLDEN J.M., SAGOVSKY R., COX J.L.**: « Counselling in a general practice setting: a controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression », *British Medical Journal*, 1989; 298: 223-226.

66. **Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M.** Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiat.* 2001; 158(4):638–640.

67. **Grote N, Swartz H, Geibel S, Zuckoff A, Houck P, Frank E.** A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psych Serv.* 2009; 60(3):313–321.

68. **MACARTHUR C., WINTER H.R., BICK D.E., et al.**: « Effects of redesigned community postnatal care on women's health 4 months after birth: a cluster randomised controlled trial », *Lancet*, 2002; 359, 378-385.

69. **Beck CT.** Postpartum depression predictor's inventory revised. *Adv Neonatal Care* 2003; 3:47–8. [[Medline](#)]

70. **Taaffe McLearn K, Minkovitz CS, Strobino DM,** Maternal depressive symptoms at 2 and 4 months postpartum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160:279–84. [[Medline](#)]

71. **Morrison SA.** Introduction. In: Morrison SA. Screening in chronic disease. 2nd edition. Oxford: Oxford University Press, 1992; 3-20.

72. **Dennis CL.** Detection, prevention and treatment of postpartum depression. In Stewart DE, et al. Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions. Faculty of Nursing University of Toronto, 2003.

73. **Righetti-Veltama M, Nanzer N, Palacio-Espasa F, et al.** Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum? *Rev Med Suisse* 2007;3:1200-5.

74. **Guédénéy N, Fermanian J, Guelfi J.D,** Premiers résultats de la traduction de l'EPDS sur une population parisienne. s.l. Devenir, 1995. Vol 7, p.69-92

75. **Manzano J, Righetti-Veltema M, Conne Perreard E.** Le syndrome de dépression du prépartum. Résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du postpartum. *Psychiatr Enfant* 1997; 40:533–52.
76. **Werner E, Miller M, Osborne LM, Kuzava S, Monk C,** Preventing postpartum depression: review and recommendations. s.l.: *Archives of Women's Mental Health*, February 2015. Vol 18, p.41-60.
77. **Righetti-Veltema M, Conne Perréard E, Bousquet A, Manzano J.** Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *J Affect Disord* 1998;49:167-80
78. **Righetti-Veltema M, Conne-Perréard E, Manzano J, et al.** Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum. *Psychiatrie Enfant* 2007; 49:513-41
79. **Murray L, Fiori-Cowley A, Cooper P,** The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother-infant interactions and later infant outcome. *Child Dev* 1996; 67:2512–26. [Medline]
80. **Cooper PJ, Murray L, Hooper R,** The development and validation of a predictive index for postpartum depression. *Psychol Med* 1996; 26:627–34. [Medline]
81. **Posner NA, Unterman RR, Williams KN,** Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire. *J Reprod Med* 1997; 42:207–15. [Medline]
82. **Webster J, Linnane JWJ, Dibley LM,** Improving antenatal recognition of women at risk for postnatal depression. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40:409–12. [Medline]
83. **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.** Detection of postnatal depression: Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiat* 1987; 150:782-6.
84. **Guedeney N, Fermanian J.** Validation Study of the french version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *Eur Psychiatry* 1998;13:83-9.
85. **CHABROL H, TEISSEDRE F.** Etude de l'EDPS (échelle post-natale d'Edinburgh) chez 859 mères : dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'encéphale*, 2004 Sep; 30(4):376-81.
86. **Murray D, Cox JL.** Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). s.l.: *Journal of Reproductive Infant Psychology*, 1990. Vol 8, p.99-107.
87. **SUTTER-DALLAY A.L.** Troubles psychiatriques et période périnatale. *Annales médico-psychologiques*, 2005 Juil.; 163(6):524-8.
88. **Al. M'Bailara K.** Le baby blues : caractérisation clinique et influence de variables psychosociales. s.l. *L'encéphale*, Juin 2005. Vol 31, p.331-336.

89. **Denis A, Callahan S.** Etat de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. s.l. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, Décembre 2009. 19 (4) : 116-9.
90. **Halbreich U, Karkun S.** Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. J Affect Disord 2006; 91:97–111.
91. **Mills EP, Finchilescu G, Lea SJ.** Postnatal depression-examination of psychosocial factors. s.l. S Afr Med, 1995. 85 : 99-105.
92. **Willinck, Cotton.** Risk factors for postnatal depression. Australian Midwifery J ACM 2004 ; 17(2) : 10-15.
93. **Beck CT.** A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament. Nurs Res 1996; 45: 225-30. 39.
94. **Masmoudi J** et al. Prévalence et facteurs de risque : étude prospective concernant 302 parturientes tunisiennes. Service De Psychiatrie A - Chu Hedi Chaker Sfax. La TUNISIE MEDICAL- 2014 ; 92(10) ; 615-621.
95. **Cindy Fernandes.** Baby-blues et dépression post-natale : évaluation des connaissances des femmes : quelle information ont-elle reçue ?. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00765348.
96. **Legrand L.** impact des antécédents de violences sexuelles sur la maternité, mémoire, Université de Limoges. 2016 ; 25-29.

---

# Annexes

---

## **Annexe 1: le Dépistage Anténatal du risque de Dépression du Post partum (DAD-P) (dépistage large)**

Répondez aux questions suivantes par la réponse qui vous semble la plus appropriée concernant votre grossesse actuelle. Une seule réponse possible.

### **1. Avez-vous des démangeaisons ?**

- Oui, beaucoup (1 point)
- Oui, moyennement (0 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

### **2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?**

- Oui, souvent (1 point)
- Oui, moyennement (0 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

### **3. Avez-vous des douleurs à la partie inférieure du dos ?**

- Oui, beaucoup (1 point)
- Oui, moyennement (0 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

### **4. Avez-vous un sentiment de solitude ?**

- Oui, souvent (3 points)
- Oui, moyennement (2 points)
- Oui, un peu (1 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?**

- Oui, souvent (1 point)
- Oui, moyennement (1 point)
- Oui, un peu (1 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie?**

- Oui, souvent (1 point)
- Oui, moyennement (0 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**L'échelle est positive si le score est égal ou supérieur à 3.**

**Questions supplémentaires**

**7. Pleurez-vous facilement ?**

- Oui, beaucoup (1 point)
- Oui, moyennement (1 point)
- Oui, un peu (0 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**8. Avez-vous suivi ou pensez-vous suivre des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme pour cette grossesse-ci ?**

- Oui (0 point)
- Non, mais je l'ai fait pour une grossesse précédente (1 point)
- Non (1 point)

**La partie supplémentaire est positive si les 2 réponses sont positives : score égal à 2.**

**Risque de dépression du postpartum: Le DAD-P est positif si l'échelle est positive OU si les deux questions supplémentaires sont positives.**

## **Annexe 2: l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)**

Vous êtes enceinte. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui)

**Voici un exemple :**

**Je me suis sentie heureuse :**

- Oui, tout le temps
- Oui, la plupart du temps
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

Ceci signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

**1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté**

- Aussi souvent que d'habitude (0 point)
- Pas tout à fait autant (1 point)
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci (2 points)
- Absolument pas (3 points)

**2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir**

- Autant que d'habitude (0 point)
- Plutôt moins que d'habitude (1 point)

- Vraiment moins que d'habitude (2 points)
- Pratiquement pas (3 points)

**3. Je me suis reproché, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal**

- Oui, la plupart du temps (3 points)
- Oui, parfois (2 points)
- Pas très souvent (1 point)
- Non, jamais (0 point)

**4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs**

- Non, pas du tout (0 point)
- Presque jamais (1 point)
- Oui, parfois (2 points)
- Oui, très souvent (3 points)

**5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons**

- Oui, vraiment souvent (3 points)
- Oui, parfois (2 points)
- Non, pas très souvent (1 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements**

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations (3 points)
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude (2 points)
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations (1 point)
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude (0 point)

**7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil**

- Oui, la plupart du temps (3 points)

- Oui, parfois (2 points)
- Pas très souvent (1 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse**

- Oui, la plupart du temps (3 points)
- Oui, très souvent (2 points)
- Pas très souvent (1 point)
- Non, pas du tout (0 point)

**9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré**

- Oui, la plupart du temps (3 points)
- Oui, très souvent (2 points)
- Seulement de temps en temps (1 point)
- Non, jamais (0 point)

**10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal**

- Oui, très souvent (3 points)
- Parfois (2 points)
- Presque jamais (1 point)
- Jamais (0 point)

D'après Chabrol et al,

**Si score > à 9 à J3 : facteur prédictif de DPP**

**Si score > 12 à 4-6 semaines du post-partum : dépression majeure**

## Annexe 3: Version arabe validée de l'EPDS

NSW Health		FAMILY NAME	MRN
		GIVEN NAME	MALE FEMALE
<b>Facility:</b>		D.O.B: / /	M.O.
		ADDRESS:	
		LOCATION:	
<b>The Edinburgh Postnatal Depression Scale</b> Cox JL, Holden JM Sagovsky R (1987) Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale. Brit J Psychiatry 150 782-86. Reproduced with permission		COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE	
<p>بما أنك أنتجيت طفلاً مؤخرًا، نود أن نعرف شعورك الآن. يرجى وضع علامة في خانة الإجابة التي تعبر بشكل أفضل عما شعرت به في الأيام السبعة الماضية، وليس فقط عما تشعرين به اليوم. (إليك هذا المثال للتوضيح.</p>			
<p><b>شعرت باتني سعيدة</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في جميع الأوقات</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> نعم، في معظم الأوقات</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، ليس كثيراً</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، أبداً</p> <p>وهذا يعني: "شعرت باتني سعيدة معظم الوقت خلال الأسبوع الماضي". نرجو منك أن تكلمي الأسئلة الأخرى بالطريقة ذاتها.</p>			
<p><b>1. استطعت الشعور بالفرح والسعادة:</b></p> <p><input type="checkbox"/> بالمقدار نفسه الذي استطعته من قبل</p> <p><input type="checkbox"/> ليس تماماً بالمقدار نفسه الآن</p> <p><input type="checkbox"/> ليس بالمقدار نفسه الآن</p> <p><input type="checkbox"/> كلا مطلقاً</p>		<p><b>6. تراكمت الأعمال علي فلم أستطع القيام بها كلها:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في معظم الأحيان لم أستطع القيام بها أبداً</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في بعض الأحيان لم أستطع القيام بها كالمعتاد</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، لقد استطعت القيام بها في بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، لقد استطعت القيام بها كالمعتاد</p>	
<p><b>2. تطلعت إلى الأمور بتشوق:</b></p> <p><input type="checkbox"/> بالمقدار نفسه مثل أي وقت مضى</p> <p><input type="checkbox"/> أقل نوعاً ما مما اعتدته</p> <p><input type="checkbox"/> أقل بكثير مما اعتدته</p> <p><input type="checkbox"/> نادراً</p>		<p><b>7. كنت تعيسة لدرجة أنني واجهت صعوبة في النوم:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في معظم الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، ليس كثيراً</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، أبداً</p>	
<p><b>3. لمت نفسي بدون لزوم عندما سارت الأمور على غير ما يرام:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في معظم الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> ليس في أحوال كثيرة</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، أبداً</p>		<p><b>8. شعرت باتني تعيسة وبانسة:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في معظم الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في أحيان كثيرة</p> <p><input type="checkbox"/> ليس كثيراً</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، مطلقاً</p>	
<p><b>4. كنت قلقة ومشغولة الهال بدون سبب وجيه:</b></p> <p><input type="checkbox"/> كلا، أبداً</p> <p><input type="checkbox"/> نادراً</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في كثير من الأحيان</p>		<p><b>9. شعرت بالتعاسة لدرجة البكاء:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في معظم الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في كثير من الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> من وقت لآخر فقط</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، مطلقاً</p>	
<p><b>5. شعرت بالخوف والذعر بدون سبب وجيه:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، كثيراً في كثير من الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في بعض الأحيان</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، ليس كثيراً</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، مطلقاً</p>		<p><b>10. خطرت لي فكرة إلحاق الأذى بنفسني:</b></p> <p><input type="checkbox"/> نعم، في أحيان كثيرة</p> <p><input type="checkbox"/> أحياناً</p> <p><input type="checkbox"/> نادراً</p> <p><input type="checkbox"/> كلا، مطلقاً</p>	
<p>Date Completed: _____ Total Score: _____ / 30 Total Score for Question 10: ____ / 3</p>			

BINDING MARGIN - NO WRITING

M4-000528 180313

ARABIC

EDINBURGH DEPRESSION SCALE (POSTNATAL)

SMR060.460

#### **Annexe 4: fiche de renseignement globale des patientes**

Nom et prénom :

.....

Adresse :

.....

Etat civile :

.....

Numéro de téléphone fixe :

.....

Date de naissance :

.....

Numéro de téléphone :

.....

Date de naissance du bébé :

.....

Type d'accouchement :

.....

Sexe du nouveau-né:

.....

Nombre d'enfants :

.....

---

#### **Annexe 5: fiche de recueil des données en (T1)**

1. Est-ce que l'accouchement s'est bien déroulé ? Bébé prématuré ou non ?

\_\_\_\_\_

2. Est-ce que le sexe du bébé était désiré ?

\_\_\_\_\_

3. Est-ce que cette grossesse était désirée ?

---

4. Est ce qu'on vous a marié de force ? (mariage de raison ou d'amour)

---

5. Ou avez-vous été suivie pour votre grossesse ?

---

6. A quel âge vous vous êtes mariés ?

---

7. Est-ce votre premier mariage ?

---

8. Est-ce que vous travaillez ? Si oui dans domaine ?

---

9. Quelle est la nature de votre relation avec votre propre mère ?

---

10. Quelle est la nature de votre relation avec votre mari ?

---

11. Vous habitez seule ou avec la belle famille ?

---

12. Quelle est la nature de votre relation avec la belle famille ?

---

13. Quel est votre classement dans votre fratrie ?

---

14. Y a-t-il des problèmes entre vous et un de vos proches ?

---

15. Avez-vous des antécédents psychiatriques/psychologiques ?

16. Est-ce que un de vos proche souffre/a souffert d'un trouble psychiatrique/psychologique ?

17. Votre niveau économique et social ?

18. Avez-vous l'impression d'être négligée par votre entourage ? Avez-vous tendance à vous auto dévalorisé ?

19. Avez-vous déjà fait une fausse couche ?

20. Comment s'est déroulée votre grossesse ?

21. Aviez-vous tendance à pleurer pendant votre grossesse ? Ressentiez-vous de l'anxiété ?

22. Avez-vous subi un abus sexuel ou une maltraitance durant votre enfance ?

23. Souffrez-vous de troubles thyroïdiens ? Etiez-vous traité pour une hypothyroïdie pendant la grossesse ?

24. Avez-vous des antécédents médicaux/chirurgicaux ?

25. L'état de santé de vos proches ?

## **Annexe 6: Fiche de recueil des données en T2**

1. Est-ce-que vous allaitez votre bébé ?

---

2. Est-ce-que vous souffrez de manque de sommeil ?

---

3. Est-ce-que vous arrivez à rattraper votre manque de sommeil ?

---

4. Est-ce-que vous avez eu des complications en post-accouchement ?

---

5. Est-ce-que vous êtes en bonne santé ?

---

6. Est-ce-que votre bébé est en bonne santé ?

---

7. Avez-vous souffert de baby blues la première semaine qui a suit votre accouchement ?

---

## **Résumé :**

Les jeunes mamans ayant récemment accouchées présentent une faiblesse et irritabilité psychologique importante, un accouchement traumatisant, un manque de soutien familiale, une anomalie chez le bébé et tant d'autres causes qui prédisposent ces jeunes mamans a une DPP. Dans notre étude, nous avons voulu mettre le point sur cette pathologie encore jamais étudiée auparavant dans notre région et qui est jusqu'à présent un sujet tabou dans la société.

L'objectif principale de notre étude consiste à premièrement évaluer la prévalence de la DPP en deux temps T1 et T2 au sein de l'EHS mère enfant de Tlemcen. Deuxièmement, identifier les facteurs de risques afin de limiter le plus possible la survenue de cette pathologie.

Notre étude a eu lieu au niveau de l'EHS mère enfant de Tlemcen ; et c'est là où on a pu dialoguer avec les parturientes sur une durée de 4 mois y compris la période des appels téléphoniques. Tout au long de cette période, nous nous sommes penchées sur ce sujet en essayant d'être au maximum à l'écoute des patientes pour décrypter chaque fait et geste.

Après saisie des analyses et des données recueillies, nous constatons que les facteurs de risques significatifs s'avèrent être : l'état matrimonial, terme et l'état de santé du bébé, déroulement de la grossesse et de l'accouchement, niveau socio-économique, abus sexuel, relation conjugale et relation avec la belle famille, et enfin baby blues.

Mots clés : DPP – grossesse - accouchement- nouveau née – dépression – famille – baby blues – psychologie – post partum.

---

## **Summary:**

The young mothers who have recently given birth present a weakness and important psychological irritability, a traumatic delivery, a lack of family support, an abnormality in the baby and so many other causes that predispose these young mothers to a PPD. In our study, we wanted to take stock of this pathology which has never been studied before in our region and which is a taboo subject in society until now.

The main objective of our study is to evaluate the prevalence of PPD in two stages T1 and T2 in the mother and child hospital of Tlemcen. Secondly, to identify the risk factors in order to limit as much as possible the occurrence of this pathology.

Our study took place in the mother and child health center of Tlemcen, where we were able to talk to the parturient over a period of 4 months, including the period of telephone calls. Throughout this period, we focused on this subject, trying to listen to the patients in order to decipher every fact and gesture.

After analysis and data collection, we found that the significant risk factors were: marital status, term and health status of the baby, pregnancy and delivery, socio-economic level, sexual abuse, marital relationship and relationship with the in-laws, and finally baby blues.

**Keywords :** PPD - pregnancy - delivery - newborn - depression - family - baby blues - psychology - postpartum .

---

#### الملخص:

تظهر الأمهات الشابات اللواتي أنجبن حديثاً ضعفاً نفسياً شديداً وتهيجاً وولادة مؤلمة ونقصاً في دعم الأسرة وخلل في الطفل والعديد من الأسباب الأخرى التي تهيئ هؤلاء الأمهات الشابات لاكتئاب ما بعد الولادة. في دراستنا، أردنا التركيز على هذه الحالة المرضية، التي لم ندرسها من قبل في منطقتنا والتي تعتبر حتى الآن موضوعاً محظوراً في المجتمع.

في فرط T2 و T1 الهدف الرئيسي من دراستنا هو أولاً تقييم مدى انتشار اضطراب اكتئاب ما بعد الولادة من مرحلتين الحساسية الكهرومغناطيسية للأم والطفل في تلمسان. ثانياً، حدد عوامل الخطر للحد من حدوث هذه الحالة المرضية قدر الإمكان.

تمت دراستنا في مركز صحة الأم والطفل بتلمسان. وهذا هو المكان الذي تمكنا فيه من التفاعل مع المخاض على مدى 4 أشهر بما في ذلك فترة المكالمات الهاتفية. طوال هذه الفترة، بحثنا في هذا الموضوع، في محاولة للاستماع قدر الإمكان إلى المرضى من أجل فك شفرة كل حقيقة وإيماءة.

بعد إدخال التحليلات والبيانات التي تم جمعها، نلاحظ أن عوامل الخطر الهامة تظهر على أنها: الحالة الاجتماعية، ومدة الطفل وحالته الصحية، وتطور الحمل والولادة، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي. الاقتصادي، والاعتداء الجنسي، والزوجي العلاقة والعلاقة مع الأصهار، وأخيراً الكآبة النفسية.

الكلمات المفتاحية:

الحمل - الولادة - حديث الولادة - الاكتئاب - الأسرة - الكآبة النفسية - علم النفس - ما بعد الولادة - DPP .