



كلية الطب  
والصيدلة - مراكش  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N° 058

# L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en Post-partum

## THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20/02/2023

PAR

**Mr. Idriss EHLALI**

Né Le 04 Septembre 1997 à Youssoufia

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

## MOTS-CLÉS

Post-partum – Troubles anxiodépressifs – Accouchement  
Césarienne d'urgence – ESPT – TAG – Trouble psychique

## JURY

<b>Mr.</b>	<b>H. ASMOUKI</b> Professeur de Gynécologie et obstétrique	<b>PRESIDENT</b>
<b>Mme.</b>	<b>F. MANOUDI</b> Professeur de Psychiatrie	<b>RAPPORTEUR</b>
<b>Mme.</b>	<b>I. ADALI</b> Professeur de Psychiatrie	} <b>JUGES</b>
<b>Mr.</b>	<b>M.A. LAFFINTI</b> Professeur de Psychiatrie	
<b>Mme.</b>	<b>A. BASSIR</b> Professeur de Gynécologie et obstétrique	



حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ، وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ

رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ

الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ

وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ

وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي <sup>ط</sup>

إِنِّي تُبِّتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ





# Serment d'Hippocrate

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

*Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*

*Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

*Les médecins seront mes frères.*

*Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*

*Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.*

*Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*

*Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

**Déclaration Genève, 1948**





*LISTE DES PROFESSEURS*



**UNIVERSITE CADI AYYAD**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE**  
**MARRAKECH**

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI  
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

**ADMINISTRATION**

Doyen : Pr Mohammed BOUSKRAOUI  
Vice-doyen à la Recherche et la coopération : Pr. Mohamed AMINE  
Vice-doyen aux affaires pédagogiques : Pr. Redouane EL FEZZAZI  
Vice-doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR  
Secrétaire Général : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Professeurs de l'enseignement supérieur**

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie- réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chirurgie maxillo- faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
ADALI Imane	Psychiatrie	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
AGHOUTANE El	Chirurgie pédiatrique	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie

Mouhtadi			
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie– obstétrique
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	JALAL Hicham	Radiologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie– obstétrique	KADDOURI Said	Médecine interne
AIT–SAB Imane	Pédiatrie	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique
ALJ Soumaya	Radiologie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation
AMAL Said	Dermatologie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMRO Lamyae	Pneumo– phtisiologie	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique	LAKMICH MohamedAmine	Urologie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo–faciale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie– obstétrique	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie générale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo–faciale
BENALI Abdeslam	Psychiatrie	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Néonatalogie)
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BENELKHAIA BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENHIMA Mohamed	Traumatologie –	MLIHA TOUATI	Oto–rhino – Laryngologie



Amine	orthopédie	Mohammed	
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo- phtisiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BENJILALI Laila	Médecine interne	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie - chimie	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophthalmologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio- vasculaire	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOURRAHOUEAT Aicha	Pédiatrie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
BOURROUS Monir	Pédiatrie	NARJIS Youssef	Chirurgie générale
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAKOUR Mohamed	Hématologie Biologique	OUBAHA Sofia	Physiologie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	QACIF Hassan	Médecine interne
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	QAMOUISS Youssef	Anesthésie- réanimation
DAHAMI Zakaria	Urologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DAROUASSI Youssef	Oto-rhino - Laryngologie	RADA Noureddine	Pédiatrie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	ROCHDI Youssef	Oto-rhino laryngologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL BARNI Rachid	Chirurgie générale	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie

EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SARF Ismail	Urologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale	SORAA Nabila	Microbiologie - Virologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- Clinique
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie - virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie - réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	ZYANI Mohammed	Médecine interne
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne		

### Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDOU Abdessamad	Chirurgie Cardio vasculaire	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie- embryologie cytogénétique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ALAOUI Hassan	Anesthésie - Réanimation	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ALJALIL Abdelfattah	Oto- rhino- laryngologie	MESSAOUDI Redouane	Ophtalmologie
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie

	fonctionnelle		
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	RHARRASSI Isam	Anatomie–pathologique
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
CHRAA Mohamed	Physiologie	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chirurgie Cardio– vasculaire	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	BELGHMAIDI Sarah	Ophthalmologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie
Hammoune Nabil	Radiologie	FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– vasculaire
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique		

### Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
AABBASSI Bouchra	Pédopsychiatrie	ELJAMILI Mohammed	Cardiologie
ABALLA Najoua	Chirurgie pédiatrique	ELOUARDI Youssef	Anesthésie réanimation
ABOUDOURIB Maryem	Dermatologie	EL–QADIRY Rabiya	Pédiatrie
ABOULMAKARIM Siham	Biochimie	FASSI Fihri Mohamed jawad	Chirurgie générale
ACHKOUN Abdessalam	Anatomie	GEBRATI Lhoucine	Chimie physique
AHBALA Tariq	Chirurgie générale	HAJHOUI Farouk	Neurochirurgie

AIT ERRAMI Adil	Gastro-entérologie	HAJJI Fouad	Urologie
AKKA Rachid	Gastro - entérologie	HAMRI Asma	Chirurgie Générale
AMINE Abdellah	cardiologie	HAZIME Raja	Immunologie
ARROB Adil	Chirurgie réparatrice et plastique	IDALENE Malika	Maladies infectieuses
AZAMI Mohamed Amine	Anatomie pathologique	JALLAL Hamid	Cardiologie
AZIZ Zakaria	Stomatologie et chirurgie maxillo- faciale	KHALLIKANE Said	Anesthésie- réanimation
AZIZI Mounia	Néphrologie	LACHHAB Zineb	Pharmacognosie
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Hématologie Clinique
BABA Hicham	Chirurgie générale	LAHMINE Widad	Pédiatrie
BELARBI Marouane	Néphrologie	LAMRANI HANCI Asmae	Microbiologie- virologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELLASRI Salah	Radiologie	MAOUJOUD Omar	Néphrologie
BENAMEUR Yassir	Médecine nucléaire	MEFTAH Azzelarab	Endocrinologie et maladies métaboliques
BENANTAR Lamia	Neurochirurgie	MILOUDI Mohcine	Microbiologie - Virologie
BENCHAFAI Ilias	Oto- rhino- laryngologie	MOUGUI Ahmed	Rhumatologie
BENYASS Youssef	Traumatologie- orthopédie	MOULINE Souhail	Microbiologie- virologie
BENZALIM Meriam	Radiologie	NASSIH Houda	Pédiatrie
BOUHAMIDI Ahmed	Dermatologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
BOUTAKIOUTE Badr	Radiologie	OUMERZOUK Jawad	Neurologie
CHAHBI Zakaria	Maladies infectieuses	RAGGABI Amine	Neurologie
CHEGGOUR Mouna	Biochimie	RAISSI Abderrahim	Hématologie Clinique
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	RHEZALI Manal	Anesthésie- réanimation
CHETTATI Mariam	Néphrologie	ROUKHSI Redouane	Radiologie

DAMI Abdallah	Médecine Légale	SAHRAOUI Houssam Eddine	Anesthésie-réanimation
DARFAOUI Mouna	Radiothérapie	SALLAHI Hicham	Traumatologie-orthopédie
DOUIREK Fouzia	Anesthésie-réanimation	SAYAGH Sanae	Hématologie
DOULHOUSNE Hassan	Radiologie	SBAAI Mohammed	Parasitologie-mycologie
EL- AKHIRI Mohammed	Oto- rhino- laryngologie	SBAI Asma	Informatique
EL AMIRI My Ahmed	Chimie de Coordinationbio-organique	SIRBOU Rachid	Médecine d'urgence et decatastrophe
EL FADLI Mohammed	Oncologie médicale	SLIOUI Badr	Radiologie
EL FAKIRI Karima	Pédiatrie	WARDA Karima	Microbiologie
EL GAMRANI Younes	Gastro-entérologie	YAHYAOUI Hicham	Hématologie
EL HAKKOUNI Awatif	Parasitologie mycologie	YANISSE Siham	Pharmacie galénique
EL JADI Hamza	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZBITOU Mohamed Anas	Cardiologie
EL KHASSOUI Amine	Chirurgie pédiatrique	ZIRAQUI Oualid	Chimie thérapeutique
ELATIQUI Oumkeltoum	Chirurgie réparatrice etplastique	ZOUITA Btissam	Radiologie

**LISTE ARRÉTÉE LE 26/09/2022**



*DÉDICACES*

*Je dois avouer pleinement ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu durant mon parcours, qui ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif. C'est avec grand amour, respect et gratitude que je dédie ce modeste travail comme preuve de respect et de reconnaissance :*



*Je dédie cette thèse à.....*

الله

À ALLAH,

*Le tout Puissant, le très Haut, le très Grand L'Omniscient, et le  
très Miséricordieux,*

*Qui m'a donné la volonté et le courage, ainsi que l'audace pour  
dépasser toutes les difficultés pour l'achèvement de ce travail,*

*Je vous dois ce que je suis devenu,*

*Louanges et remerciements.*

"الحمد لك ربي حتى ترضى ولك الحمد إذا

رضيت ولك الحمد بعد الرضا."



### *A mon très cher père*

*Tu as été et tu resteras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.*

*Ta bonté, ta tendresse et ta générosité extrême sont sans limites. Tu m'as appris, le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.*

*Tes prières ont été pour moi d'un grand soutien moral tout au long de mes études. Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, mon amour éternel et ma considération pour les sacrifices que tu as consenti pour mon éducation et mon bien être.*

*Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.*

*Puisse Dieu te garder et te procurer santé et longue vie.*

### *A ma merveilleuse mère*

*Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.*

*A toi maman, je dédie ce travail, qui sans ton soutien et ton amour, n'aurait pu voir le jour.*

*Tes qualités humaines exceptionnelles font de toi une mère exemplaire et un modèle de vertu. Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études.*

*J'espère que tu trouveras, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et de mon profond amour.*

*Puisse Dieu te préserver des aléas de la vie et te procurer longue vie afin que je puisse à mon tour te combler.*

### *A ma chère sœur Lamya*

*Quoi que je dise, je ne saurais exprimer l'amour et la tendresse que j'ai pour toi. Merci infiniment pour ton soutien, ton aide et ta générosité qui ont été pour moi une source de courage et de confiance.*

*Tu m'as toujours soutenu tout au long de mon parcours. Je te dédie ce travail en témoignage de l'amour et des liens qui nous unissent. Puisse Dieu le tout-puissant te préserver du mal, te combler de santé et de bonheur, et te tracer le chemin que tu souhaites.*

### *A mes chers frères Fayçal et Taïa*

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes tous mes sentiments d'amour et de tendresse envers vous. Je vous remercie énormément et j'espère que vous trouverez dans cette thèse l'expression de mon affection pour vous.*

*Je vous souhaite un avenir florissant et une vie pleine de bonheur, de santé et de prospérité. Que Dieu vous protège.*

### *A ma chère belle-sœur Chaymaa*

*Ma sœur qui a toujours cru en moi, qui m'a fait confiance à tout moment et qui a toujours souhaité le meilleur en mon égard. Mille merci, ton soutien indéfectible m'a d'égale que ton amour inconditionnel. Je te dédie ce travail avec amour et je prie que le bon Dieu t'élève toujours vers de meilleurs horizons.*

### *A mon cher ami Houssam L'GHOU*

*Je suis plus chanceux de t'avoir et de nous voir grandir ensemble, je te remercie pour ta présence et ton soutien, pour les bons moments passés en ta compagnie. Je te souhaite tout le bonheur du monde.*

*A toi, mon petit cœur...*

*Je ne sais comment te dire alors je préfère l'écrire.*

*Au fond de moi, tu restes la personne que j'aime depuis toujours, celle qui m'a soutenu tout au long de mon parcours, celle qui vaincra avec moi toutes les tempêtes, qui restera près de moi jusqu'à la fin des temps.*

*A mes chers amis (Safar Mohamed, Chaïmae El Moutaouakil, Othmane Elfarouqy, Anass Ghanmi, Saad Dachâ, Yasser Jourani, Yahya El Atiqui, Nabil Louridi, Ammar Chakir, Lasri Mohammed, Reda Lalmiche, Yasser El Mahfoudi, Mounir El Hadrani, Amine Jabrane, Abou Dia, Amine Hafidi, Abdelmonim Driouch, Amine El Amghari, Taha El Bezzi, Mahboub Hamza, Mounir Mchenec, Anas El Bouhali, Hamza Chacha, Zineb Braiki, Meryem Braiki, Amina Debbab, Asmaa El Gasmî, Salma El Bahi, Oumayma Abdesselami,...)*

*Nos fous-rires et notre bonne humeur ont su faire face à toutes les épreuves imposées par ce parcours en médecine, et pour cela, merci.*

*Merci de toujours être là au bon moment, merci pour vos sourires, bref, merci d'exister.*

*Nous avons passé la majeure partie de notre chemin ensemble, et je sais que le meilleur reste à venir « Inchallah ». Je dédie ce travail à notre grande amitié, qui je l'espère sera éternelle.*

*Je dédie mon travail et réussite*

*A toute ma grande famille, mes proches et à ceux qui me donne  
de l'amour et de la vivacité.*

*A tous mes amis qui m'ont encouragé et à qui je souhaite plus  
de succès.*

*A tous ceux qui ont choisi cette pénible tâche de soulager les  
gens et diminuer leur souffrance*

*A tous ce que j'aime.*



*REMERCIEMENTS*



***A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,  
PROFESSEUR « ASMOUKI HAMID »***

*Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de ma haute considération, de ma profonde reconnaissance et de mon sincère respect.*

***A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE,  
MADAME LE PROFESSEUR « MANOUDI FATIHA »***

*Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant de diriger mon travail. Votre disponibilité et vos précieuses recommandations ont été pour moi d'une grande aide. Vous m'avez comblé par votre sympathie, votre modestie et vos qualités humaines, je vous remercie pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps, de m'avoir guidé dans ce travail avec rigueur et bienveillance. Vos remarques successives ont permis d'améliorer les différentes versions de ce travail. Vous m'avez fait un grand honneur en acceptant de me confier ce travail. Je suis très touché par votre disponibilité et par le réconfort que vous m'avez apporté lors de l'élaboration de ce travail. Vos qualités professionnelles et humaines me servent d'exemple.*

*Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de ma profonde gratitude*

***A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE, MONSIEUR LE  
PROFESSEUR « LAFFINTI MAHMOUD AMINE »***

*Je suis très privilégié de vous avoir comme juge. La spontanéité et la candeur avec lesquelles vous avez accepté d'évaluer mon travail et de statuer sur mon mérite à porter le titre de Docteur en médecine représentent pour moi un honneur insigne. L'accueil que vous m'avez réservé me comble de confiance, veuillez accepter l'assurance de mes sentiments respectueux et dévoués. Je rends hommage à votre grand sens du professionnalisme, à votre méticulosité dans votre travail, à votre disponibilité, ainsi qu'à vos qualités humaines qui font votre réputation. Permettez-moi de vous exprimer mes sincères remerciements.*

***A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE,  
MADAME LE PROFESSEUR « ADALI IMANE »***

*Mes vifs remerciements vont également à vous madame, de m'avoir fait l'honneur d'être membre jury et d'avoir accepté juger mon travail. Les qualités professionnelles et humaines dont vous disposez, nous permettent de vous exprimer notre grande admiration. Veuillez accepter, chère professeur, l'expression de notre plus grande considération et ma profonde gratitude.*

***A MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE,  
MADAME LE PROFESSEUR « BASSIR AHLAM »***

*Nous vous sommes très reconnaissant professeur, pour avoir accepté, avec gentillesse et bienveillance, d'examiner ce travail, et pour l'honneur que vous nous avez fait de bien vouloir siéger parmi notre jury de thèse. Que ce travail soit, chère maître, le témoignage de mon estime et ma haute considération.*



*LISTE DES FIGURES*





## Liste des figures

- Figure 1** : Répartition de la catégorie professionnelle des femmes du groupe A et B
- Figure 2** : Répartition de la couverture sociale chez les femmes du groupe A et B
- Figure 3** : Répartition de la gestité moyenne chez les femmes du groupe A et B
- Figure 4** : Répartition de la parité moyenne chez les femmes du groupe A et B
- Figure 5** : Répartition des antécédents personnels de fausses couches chez les femmes du groupe A et B
- Figure 6** : Répartition des antécédents familiaux des troubles psychiques chez les femmes du groupe A et B
- Figure 7** : Répartition du terme moyen chez les femmes du groupe A et B.
- Figure 8** : Répartition du mode de mise en travail chez les femmes du groupe A et B
- Figure 9** : Répartition des pathologies fœtales au cours du travail chez les femmes du groupe A
- Figure 10** : Répartition de la voie d'accouchement chez les femmes du groupe A et B.
- Figure 11** : Répartition des dystocies chez les femmes du groupe A
- Figure 12** : Répartition des lésions périnéales chez les femmes du groupe A
- Figure 13** : Répartition du mode de délivrance chez les femmes du groupe A et B
- Figure 14** : Répartition de l'hémorragie de la délivrance chez les femmes du groupe A
- Figure 15** : Poids de naissance chez les femmes du groupe A et B
- Figure 16** : Présence d'une pathologie du nouveau-né chez les femmes du groupe A
- Figure 17** : Le contact peau à peau chez les femmes du groupe A et B
- Figure 18** : Répartition du mode d'allaitement chez les femmes du groupe A et B
- Figure 19** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes du groupe A et B
- Figure 20** : Répartition des troubles anxieux en post-partum chez les femmes du groupe A et B.
- Figure 21** : Répartition des troubles dépressifs en post-partum chez les femmes du groupe A et B
- Figure 22** : Répartition des troubles anxiodépressif du post-partum chez les femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement

- Figure 23** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant un ou plusieurs ATCD de fausses couches.
- Figure 24** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant des ATCDs familiaux de troubles psychiques.
- Figure 25** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant un travail déclenché
- Figure 26** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont présenté des pathologies fœtales au cours du travail.
- Figure 27** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont présenté des dystocies
- Figure 28** : Répartition des troubles anxiodépressifs chez les femmes qui ont eu des lésions périnéales.
- Figure 29** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu recours à la césarienne d'urgence
- Figure 30** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu une délivrance dirigée ou artificielle
- Figure 31** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu une hémorragie de la délivrance.
- Figure 32** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont donnée naissance à un bébé malade.
- Figure 33** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui n'ont pas réalisé le contact peau à peau
- Figure 34** : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont un mode d'allaitement artificiel ou mixte



*LISTE DES TABLEAUX*



## Liste des tableaux

- Tableau I** : Tableau récapitulatif caractéristiques globales de l'échantillon étudié
- Tableau II** : Corrélation globale du déroulement pathologique et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau III** : Corrélation entre les ATCDs personnels de fausses couches et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau IV** : Corrélation entre les ATCDs familiaux de psychiques et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau V** : Corrélation entre le déclenchement du travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau VI** : Corrélation statistique entre les pathologies fœtales au cours du travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau VII** : Corrélation statistique entre les dystocies et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau VIII** : Corrélation entre les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau IX** : Corrélation statistique entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau X** : Corrélation entre le mode de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau XI** : Corrélation statistique de l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau XII** : Corrélation statistique entre les pathologies du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau XIII** : Corrélation statistique entre la non-réalisation du contact peau à peau et les troubles anxiodépressifs du post-partum
- Tableau XIV** : Corrélation statistique entre le mode d'allaitement et les troubles anxiodépressifs du post-partum

- Tableau XV** : Influence des ATCDs personnels de fausses couches comparé à la littérature
- Tableau XVI** : Influence des ATCDs familiaux de troubles psychiques comparé à la littérature
- Tableau XVII** : Influence du déclenchement de travail comparé à la littérature
- Tableau XVIII** : Influence des pathologies fœtales comparée à la littérature
- Tableau XIX** : Influence de la césarienne d'urgence comparée à la littérature
- Tableau XX** : Influence des lésions périnéales comparée à la littérature
- Tableau XXI** : Influence de l'hémorragie de la délivrance comparée à la littérature
- Tableau XXII** : Influence des pathologies du nouveau-né comparé à la littérature
- Tableau XXIII** : Influence du contact Peau à Peau comparé à la littérature
- Tableau XXIV** : Influence de l'allaitement artificiel comparé à la littérature



*ABBREVIATIONS*



## Liste des abréviations

<b>AS</b>	:	Anxiété sociale
<b>ATCDs</b>	:	Antécédents
<b>CHP</b>	:	Centre Hospitalier Provincial
<b>CNSS</b>	:	La Caisse Nationale de Sécurité Sociale
<b>DPP</b>	:	La dépression du post-partum
<b>DSM</b>	:	Diagnostic and statistical manual of mental disorders
<b>EPDS</b>	:	Edinburgh Postnatal Depression Scale
<b>ESPT</b>	:	Etat de stress post-traumatique
<b>FC</b>	:	Fausse couche
<b>HD</b>	:	hémorragie de la délivrance
<b>IRSNA</b>	:	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
<b>ISRS</b>	:	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
<b>LP</b>	:	Lésion périnéale
<b>OR</b>	:	Odds ratio
<b>P.Nné</b>	:	Pathologie du nouveau-né
<b>SA</b>	:	Semaines d'aménorrhée
<b>TAG</b>	:	Trouble anxieux généralisé
<b>TCC</b>	:	Thérapie cognitivo-comportementale
<b>TD</b>	:	Trouble dépressif
<b>TIP</b>	:	Thérapies interpersonnelles
<b>TOC</b>	:	Les troubles obsessionnels compulsifs
<b>TP</b>	:	Le trouble panique
<b>URG</b>	:	Urgence
<b>VB</b>	:	Voie basse



*PLAN*





<b>INTRODUCTION</b>	<b>01</b>
<b>MATERIELS ET METHODES</b>	<b>04</b>
<b>I. Type d'étude</b>	<b>05</b>
<b>II. Date et lieu de l'étude</b>	<b>05</b>
<b>III. Population étudié et échantillonnage :</b>	<b>05</b>
1. Population étudiée	05
2. Critères d'inclusion	05
3. Critères d'exclusion	05
<b>IV. Instrument ou questionnaire</b>	<b>06</b>
<b>V. Déroulement de l'enquête</b>	<b>07</b>
<b>VI. Considérations éthiques</b>	<b>08</b>
<b>VII. Analyse statistique</b>	<b>08</b>
<b>RESULTATS</b>	<b>09</b>
<b>I. Résultats descriptifs</b>	<b>10</b>
1. Données sociodémographiques	10
2. Antécédents gynécologique et obstétricaux	12
3. Antécédents familiaux des troubles psychiques	14
4. Déroulement du travail	15
5. Déroulement de l'accouchement	17
6. Déroulement du post-partum immédiat	19
7. Déroulement des suites de naissances	20
8. Troubles anxiodépressifs du post-partum	23

<b>II. Résultats analytiques</b>	<b>28</b>
1. Corrélation globale entre le déroulement pathologique de l'accouchement et les troubles anxiodépressifs en post-partum	28
2. Corrélation entre les antécédents personnels de fausses couches et les troubles anxiodépressifs du post-partum	29
3. Corrélation entre les antécédents familiaux des troubles psychiques et les troubles anxiodépressifs du post-partum	30
4. Corrélation entre le mode de mise en travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum	31
5. Corrélation entre les pathologies fœtales au cours du travail et les troubles anxiodépressifs en post-partum	33
6. Corrélation entre les dystocies et les troubles anxiodépressifs en post-partum	34
7. Corrélation entre les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs en post-partum	35
8. Corrélation entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs en post-partum	37
9. Corrélation entre le mode de la délivrance et les troubles anxiodépressifs en post-partum	38
10. Corrélation entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs en post-partum	39
11. Corrélation entre les pathologies du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs en post-partum	41
12. Corrélation entre la non-réalisation du contact peau à peau et les troubles anxiodépressifs du post-partum	42
13. Corrélation entre le mode d'allaitement et les troubles anxiodépressifs du post-partum	43

<b>DISCUSSION</b>	<b>45</b>
<b>I. Définitions et concepts</b>	<b>46</b>
1. La dépression du post-partum	46
1.1.Définition et sémiologie	46
1.2.Epidémiologie	49
1.3.Conséquences	49
1.4.Facteurs de risques	50
1.5.Prise en charge	52
1.6.Prévention et dépistages	54
2. Les troubles anxieux	56
2.1.Définition de l'anxiété	56
2.2.Attaque de panique	58
2.3.L'agoraphobie	59
2.4.Trouble panique	60
2.5.La phobie sociale	61
2.6.Le trouble obsessionnel compulsif	62
2.7.L'Etat de stress post-traumatique	64
2.8.Trouble anxieux généralisé	66
2.9.Prise en charge thérapeutique des troubles anxieux	68
<b>II. Discussion des principaux résultats</b>	<b>71</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>89</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>91</b>
<b>RESUMES</b>	<b>93</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>100</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>112</b>



*INTRODUCTION*



La grossesse est un événement physiologique de la vie d'une femme, mais c'est aussi un moment de remaniement et de fragilité psychique, qui peut être une véritable épreuve physique et mentale. (1) Il est courant de penser que la grossesse améliore l'état thymique et le bien-être des femmes, mais plusieurs études scientifiques démontrent l'ampleur et la fréquence des troubles psychiques chez la femme enceinte. (2)

Actuellement, les professionnels de santé tendent vers une prise en charge globale de la femme enceinte afin d'améliorer son bien-être physique mais également psychique. En effet, il est bien connu que la période périnatale est propice à l'apparition ou l'aggravation de nombreuses pathologies dépressives et anxieuses, qui sont susceptibles de retentir sur le développement de l'enfant. (3)

Le post-partum est une période de haute vulnérabilité psychique pour la mère qui doit s'adapter à son nouveau rôle. De nombreux déséquilibres psychologiques en découlent, ce qui peut altérer sa santé mentale entraînant des troubles psychiques plus ou moins importants.

Les pathologies psychiques sont les plus fréquentes dans le post-partum (4). Pendant cette période, la prévalence de la dépression du post-partum varie de 7,2 à 18% selon les études (5), celle des troubles anxieux varie de 10 à 16%. (6) Ces troubles psychiques sont donc bien plus fréquents qu'une des principales pathologies : l'hémorragie de la délivrance qui ne concerne que 5 à 10% des accouchements. (7)


Plusieurs troubles psychiques peuvent apparaître chez la mère :

- **Le post-partum blues**, aussi appelé baby blues, est un état dysphorique transitoire bénin. (8) Il apparaît chez la femme entre le troisième et le dixième jour du postpartum. Sa prévalence est de 50 à 80% des naissances (9) ce qui en fait plus une « variation de la normale » qu'une véritable pathologie. (10)
- **La dépression du post-partum.**

- **Les troubles anxieux.**
- Il existe d'autres pathologies plus rares mais plus graves tels que **l'état de stress post-traumatique du post-partum** ou la **psychose puerpérale** qui constituent des urgences psychiatriques.

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer des facteurs de risque de ces pathologies dans le post-partum chez des femmes indemnes auparavant. Mais peu ont étudié un lien éventuel entre le déroulement de l'accouchement et l'apparition de tels troubles.

Le propos de notre étude est de mettre en clair l'influence du déroulement pathologique de l'accouchement et ses complications sur l'apparition de ces troubles psychiques en post-partum.



*MATERIELS ET METHODES*



## **I. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude prospective à visée descriptive et analytique transversale explorant l'influence du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum.

## **II. Date et lieu de l'étude :**

Nous avons mené notre étude au niveau du service gynéco-obstétrique du CHP Med V d'el Jadida.

La durée de collecte était de 6 mois allant du 1 avril 2022 à 1 octobre 2022.

## **III. Population étudié et Echantillonnage :**

### **1. Population étudiée**

Notre enquête a concerné un échantillon de 100 femmes qui ont été réparties en deux groupes :

- Groupe A : les femmes qui ont eu un déroulement pathologique du travail (50 femmes)
- Groupe B : les femmes qui ont eu un déroulement normal du travail (50 femmes).

### **2. Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans cette étude les femmes :

- Agées de plus de 18 ans.
- Ne présentant aucune pathologie psychique avant le post-partum.
- Présentant un déroulement physiologique de la grossesse.

### **3. Critères d'exclusions :**

Nous avons exclu dans cette étude les femmes :

- N'ayant pas souhaité répondre au questionnaire.



#### IV. Instrument ou questionnaire :

Nous avons utilisé pour cette étude un questionnaire anonyme structuré préalablement conçu et comportant trois grands axes thématiques :

- La première partie :
  - Les caractéristiques sociodémographiques : Age, couverture sociale, Profession.
  - Antécédent personnels et familiaux : Nombre de gestité et parité, ATCDs personnels de fausses couches, ATCDs familiaux de maladies psychiques.
  - Terme, Mode de mise en travail, Pathologies fœtales, dystocies, voie d'accouchement, lésions périnéales, mode de la délivrance, hémorragie de la délivrance, le contact peau à peau, mode d'allaitement, Pathologie du nouveau-né.

- La deuxième partie :

Dépistage de la dépression du post-partum à l'aide de l'échelle d'Edinburgh (EPDS).

Cette échelle est un outil psychométrique internationalement reconnu dans le dépistage de la DPP. Son acceptabilité par les patientes et sa facilité d'utilisation en font un outil de référence dans le dépistage des dépressions maternelles par les professionnels de santé.

- Il est préférable que ce soit la mère qui réponde directement aux questions en entretien, cela entraîne une relation de confiance entre le professionnel de santé et la patiente.
- L'EPDS est composé de 10 items avec une cotation aisée, des mots simples et des phrases courtes. Chaque item est coté de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes, le score maximal étant de 30.
- Si le score EPDS est supérieur à 9, on considère que c'est prédictif d'une DPP et s'il est supérieur à 12, on considère que la maman présente une dépression sévère.

- Le score seuil retenu pour le dépistage de la DPP dans notre étude est de 10, au-dessus duquel une dépression postnatale est très possible et en dessous duquel le risque est très faible.
- La spécificité de cette échelle est égale à 0,92 et la sensibilité à 0,80.
- La troisième partie :

Étude de la prévalence des troubles anxieux caractérisés à l'aide du Mini DSM IV diagnostic. Les systèmes nosographiques actuels, en particulier le "Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux" dans sa version IV révisée et traduite en français (ou DSM IVLTR) présentent l'avantage de fournir un cadre nosologique cohérent et simple, fondé sur un regroupement de signes et de symptômes cliniques. Chez l'adulte la MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) est un entretien diagnostique structuré, validé en langue française, permettant d'évaluer la présence ou l'absence des principaux troubles psychiatriques (à l'exception des troubles somatoformes et dissociatifs).

La MINI est structuré en items de dépistage et en items de diagnostic :

- S'il est répondu positivement aux items de dépistages alors les items de diagnostic doivent être évalués.
- S'il est répondu négativement aux items de dépistages alors l'entretien peut se poursuivre sur les items de dépistages du trouble suivant.

## **V. Déroulement de l'enquête et recueil de données :**

Les patientes ont été recrutées à la salle d'accouchement et lors de la consultation post natale, avec leurs accords et en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion.

Des femmes ont été convoquées par appel téléphonique pour une consultation post natale, lors de laquelle un questionnaire comportant les échelles d'évaluation a été rempli suivant un interrogatoire bien mené.

Le délai a été fixé à six semaines après l'accouchement.

## VI. Considérations éthiques :

Plusieurs éléments ont été considérés dans la réalisation de cette étude afin de respecter la dimension éthique :

- La discrétion dans le traitement des informations données et le respect de l'anonymat des participantes.
- Afin que la participante puisse être en mesure de donner un consentement, on était tenu de lui communiquer le plus clairement et honnêtement possible les objectifs de notre étude et le sort réservé aux informations données.

## VII. Analyse statistique :

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel IBM SPSS statistics version 26.0. La régression logistique binaire bivariée a été utilisée pour cette analyse et qui a fait appel au test de Khi2 et au test exact de Fisher pour le calcul des Odds ratio et des intervalles de confiance 95% (IC à 95%). Le seuil de signification a été fixé à 5% ( $p < 0,0$ ).



*RESULTATS*



## I. Résultats descriptifs :

### 1. Données Sociodémographiques :

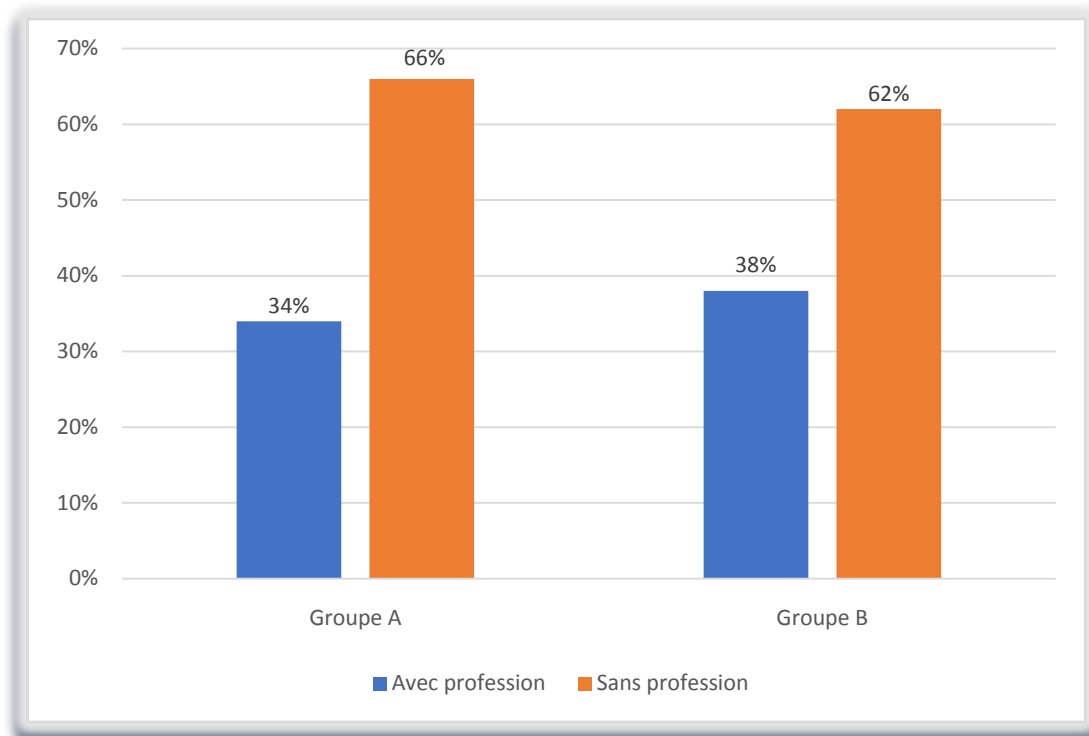
#### 1.1 Age :

La moyenne d'âge des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement (groupe A) est de 27,7 ans.

La moyenne d'âge des femmes n'ayant pas un déroulement pathologique de l'accouchement (groupe B) est de 28,06.

#### 1.2 Profession :

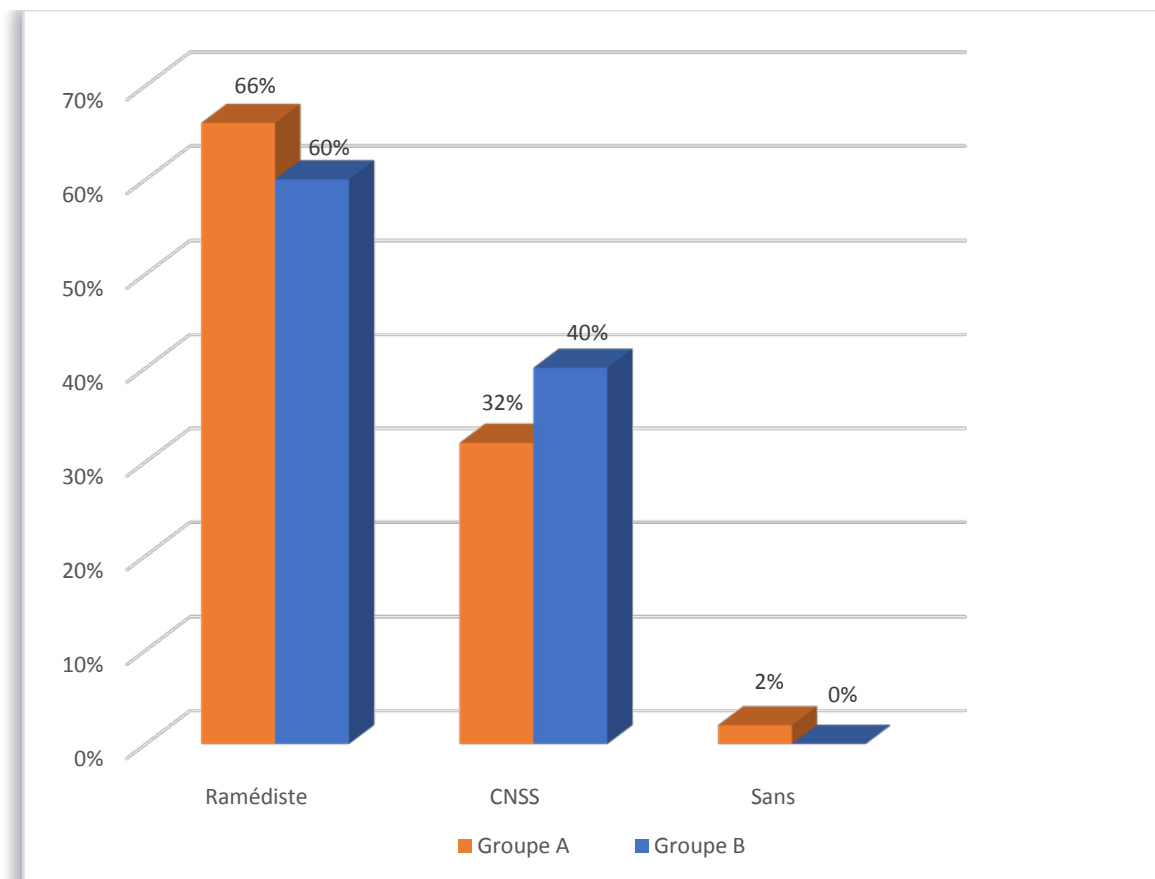
66% des femmes du groupe A sont des femmes au foyer contre 34% qui ont une profession. Pour le groupe B, 62% des femmes sont sans profession et 38% avec profession.



**Figure 1 : Répartition de la catégorie professionnelle des femmes du groupe A et B.**

**1.3 Couverture sociale :**

Dans notre série, 66% des femmes du groupe A sont des Ramédistes contre 60% du groupe B, 32% des femmes du groupe A sont couvertes par la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) contre 40% des femmes du groupe B.



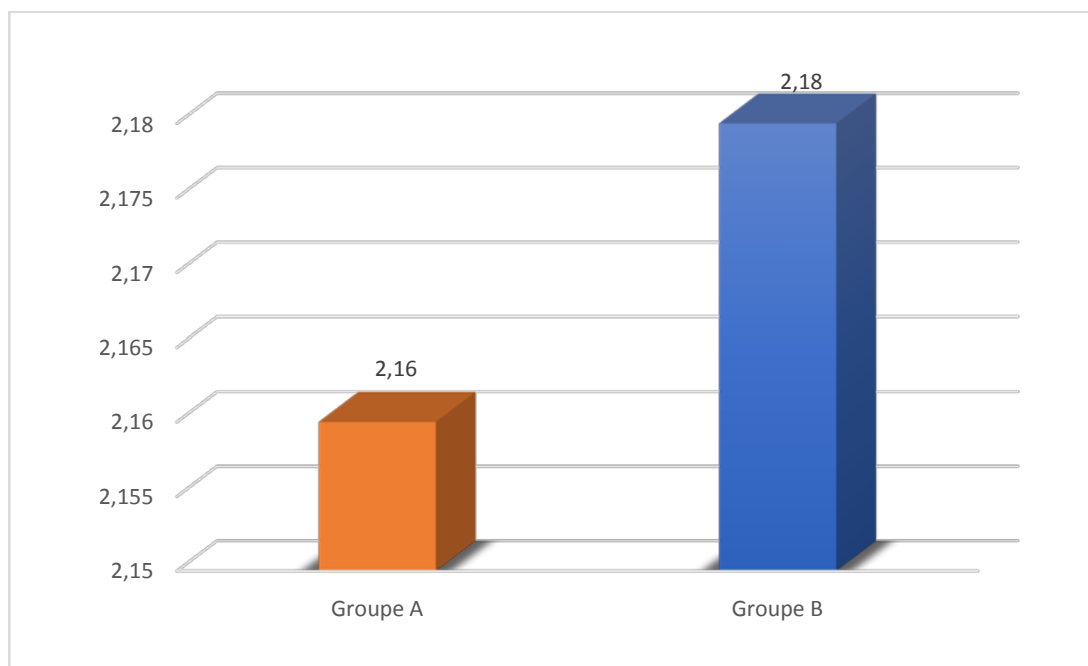
**Figure 2: Répartition de la couverture sociale chez les femmes du groupe A et B**

## 2. Les antécédents Gynéco-obstétrique :

### 2.1 Gestité :

La gestité moyenne chez les femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement était de 2,16

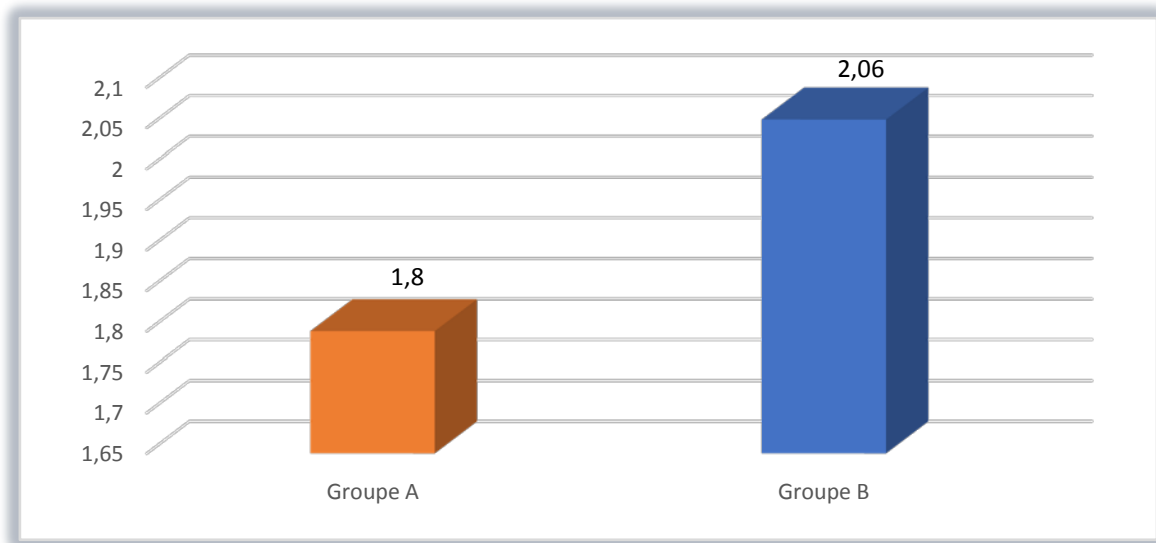
La gestité moyenne chez les femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement était de 2,18.



**Figure 3: Répartition de la gestité moyenne chez les femmes du groupe A et B**

### 2.2 Parité :

La parité moyenne chez les femmes ayant un déroulement pathologique était de 1,8 contre 2,06 chez les femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement.

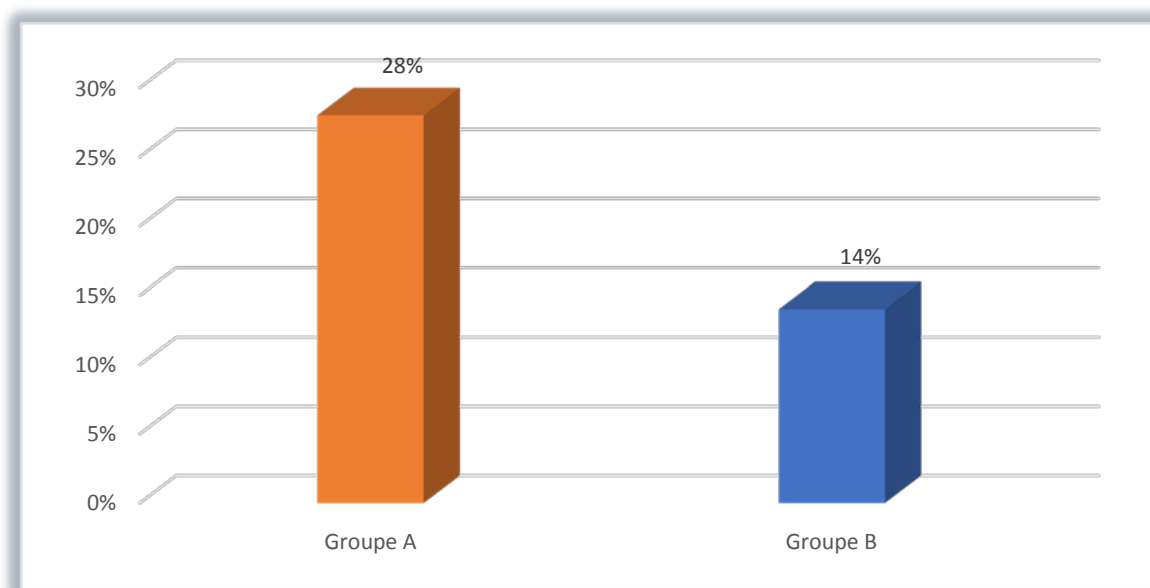


**Figure 4 : Répartition de la parité moyenne chez les femmes du groupe A et B**

**2.3 Les antécédents personnels de fausses couches :**

28% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement (groupe A) présentaient au moins un antécédent de fausse couche contre 14% des femmes du groupe B.





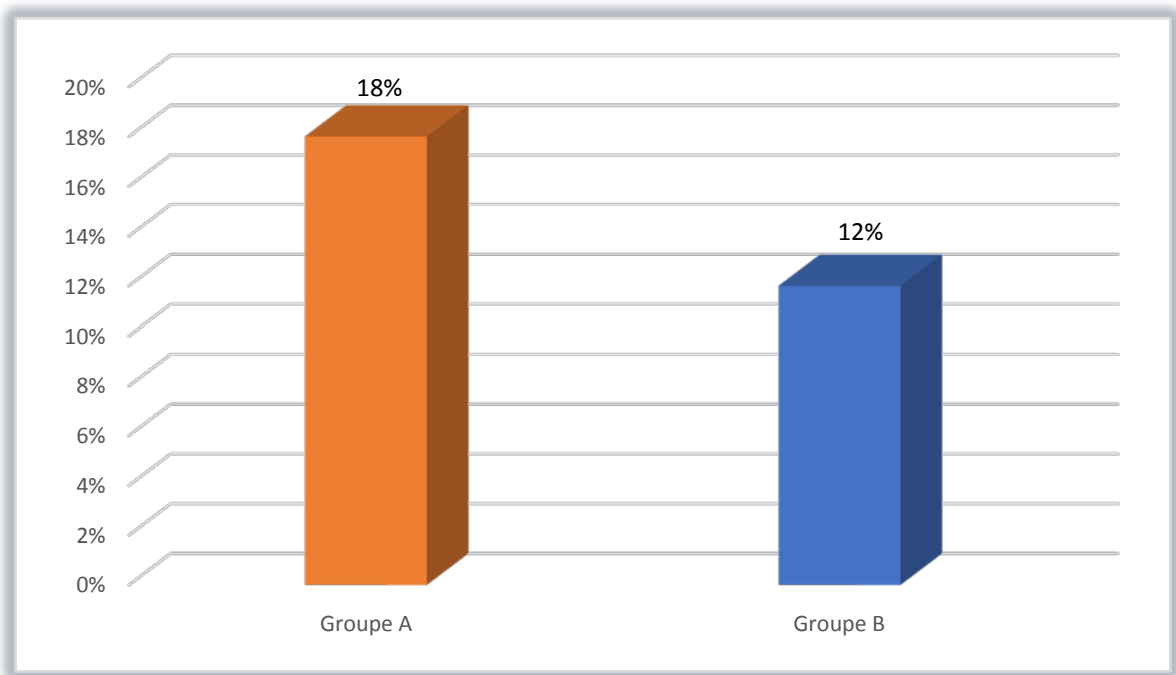
**Figure 5 : Répartition des antécédents personnels de fausses couches chez les femmes du groupe A et B.**

### **3. Les antécédents familiaux des troubles psychiques :**

Dans notre série, les antécédents familiaux de troubles psychiques ont été retrouvés chez 18% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 12% des femmes un déroulement physiologique de l'accouchement

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

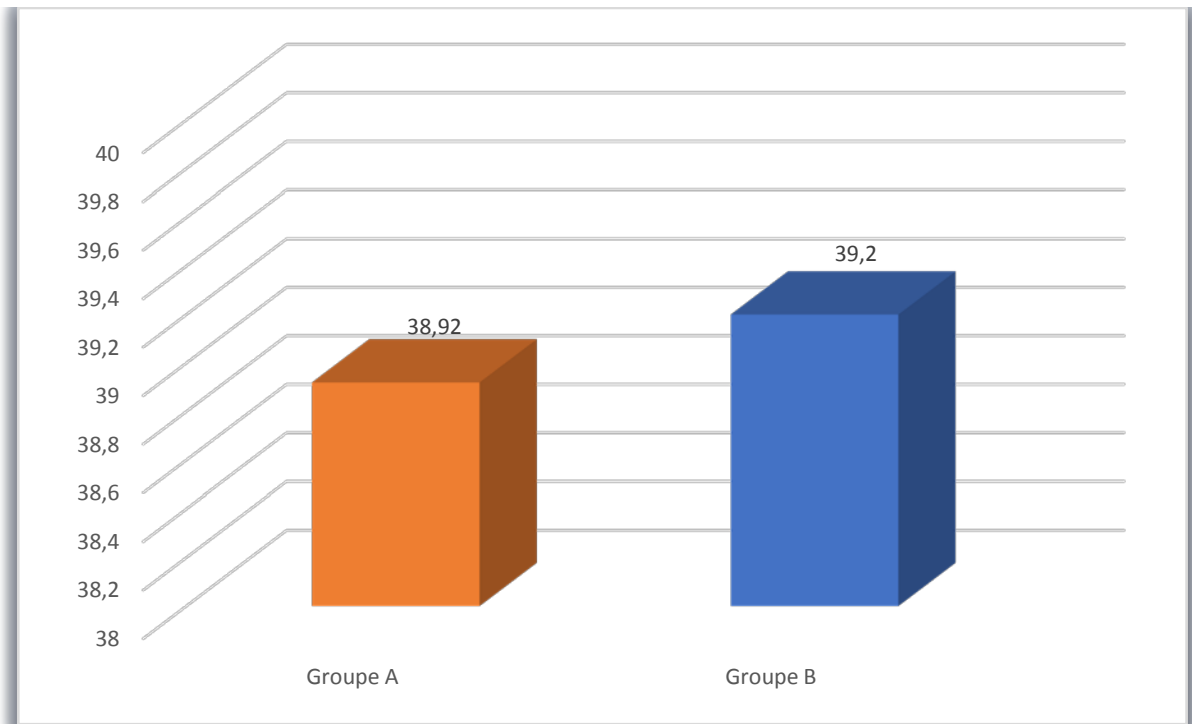


**Figure 6 : Répartition des antécédents familiaux des troubles psychiques chez les femmes du groupe A et B.**

#### 4. Le déroulement de travail :

##### 4.1 Terme :

Le terme moyen lors de l'accouchement chez les femmes ayant un déroulement pathologique était de 38,92 S.A contre 39,2 S.A chez les femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement.



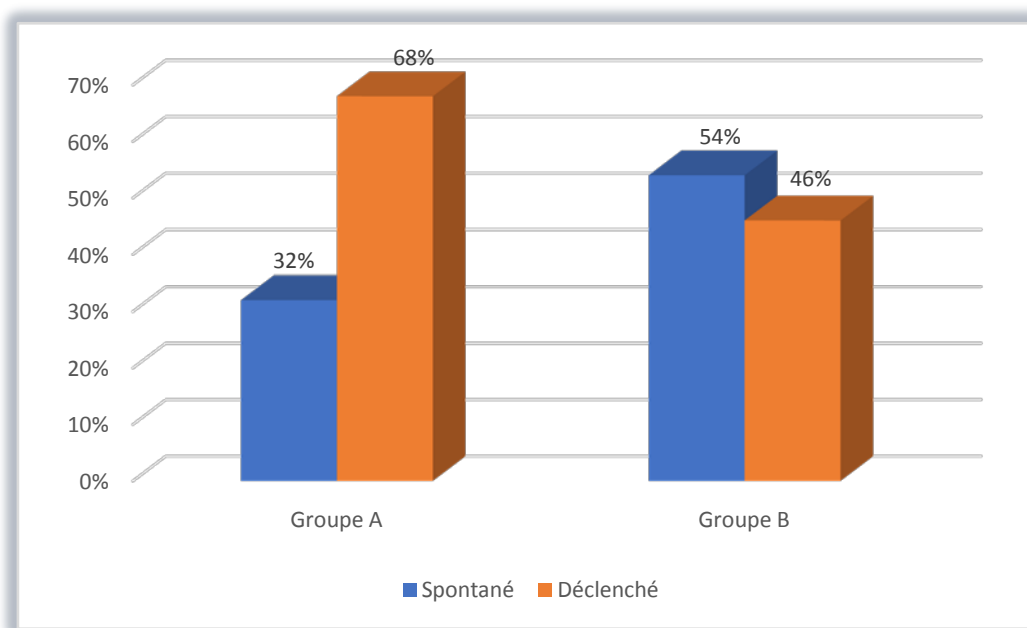
**Figure 7 : Répartition du terme moyen chez les femmes du groupe A et B.**

##### 4.2 Mode de mise en travail :

Le travail était déclenché chez 68% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 46% des femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement alors qu'il était spontané chez 32% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 54% des femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement.

## L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum

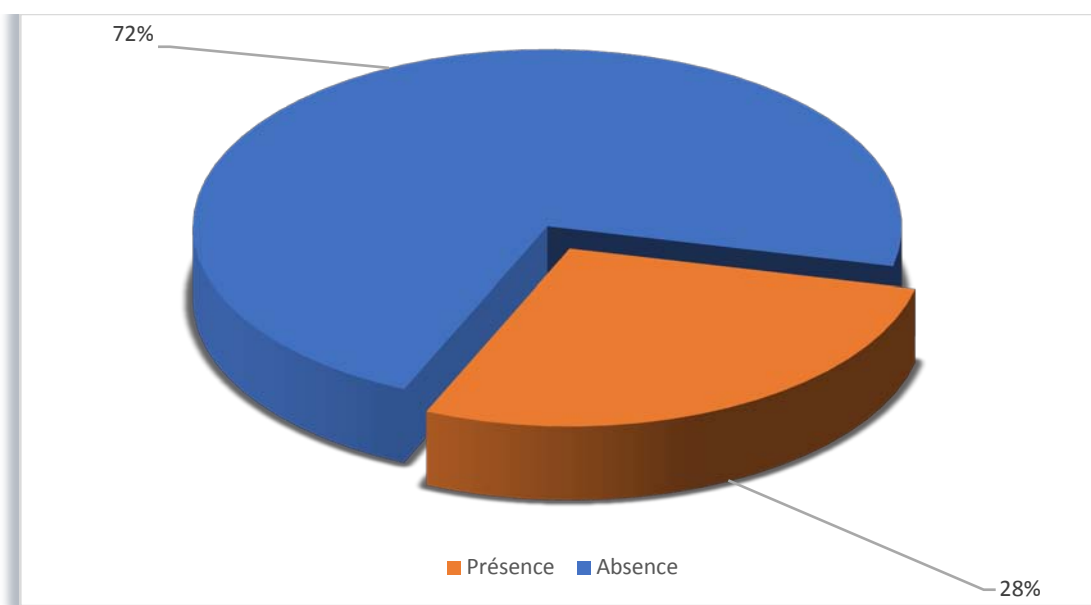
---



**Figure 8 : Répartition du mode de mise en travail chez les femmes du groupe A et B.**

### 4.3 Pathologies fœtales au cours du travail :

Selon les données de notre étude, des pathologies fœtales ont été objectivé chez 28% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement.



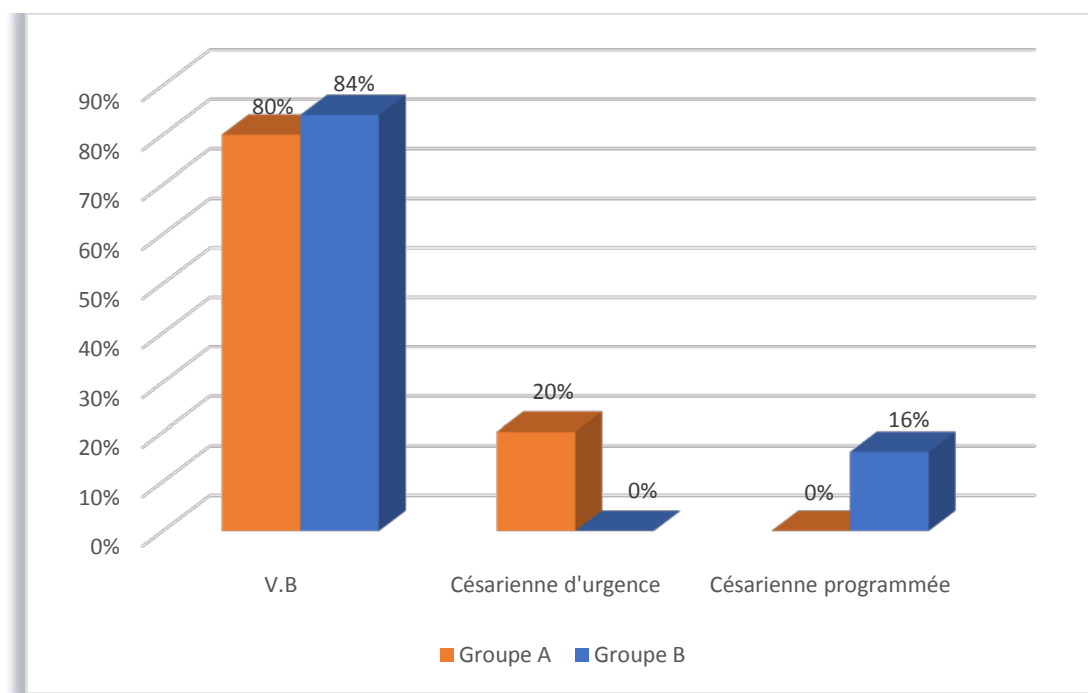
**Figure 9 : Répartition des pathologies fœtales au cours du travail chez les femmes du groupe A.**

---

## 5. Le déroulement de l'accouchement :

### 5.1 Voie d'accouchement :

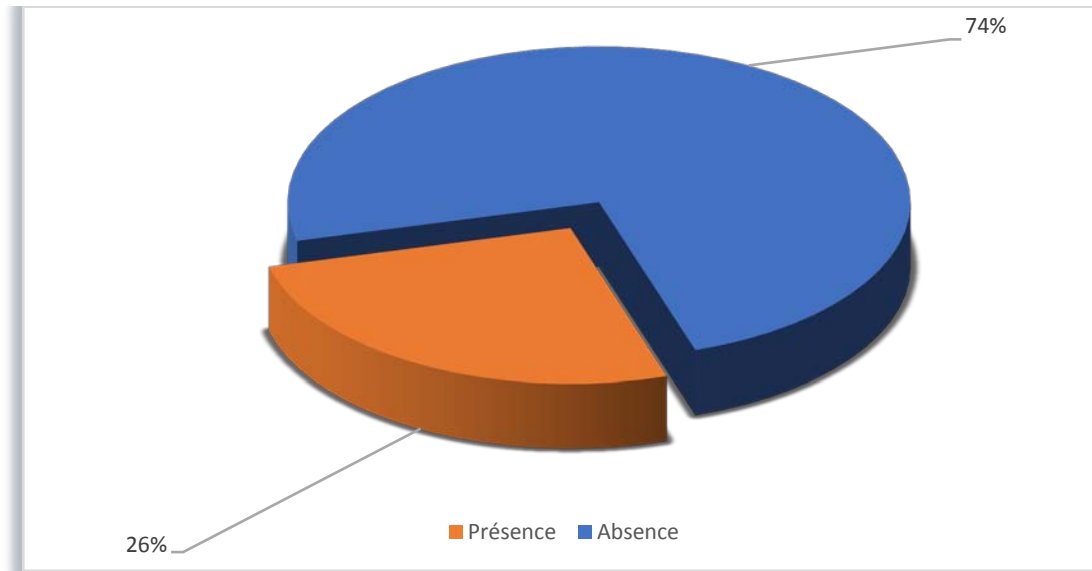
L'accouchement était par voie basse chez 80% des femmes du groupe A contre 84% des femmes ayant un déroulement physiologie de l'accouchement (groupe B), alors que 20% groupe A ont nécessité une césarienne d'urgence, tandis que 16% des femmes du groupe B ont bénéficié d'une césarienne programmée.



**Figure 10 : Répartition de la voie d'accouchement chez les femmes du groupe A et B.**

**5.2 Dystocies :**

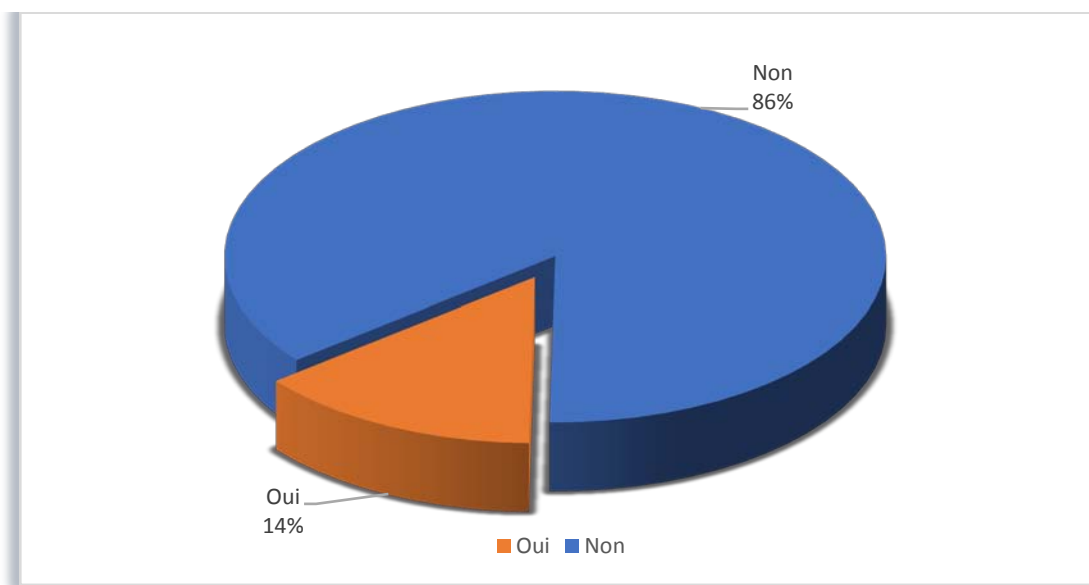
26% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement ont présenté une dystocie qu'elle soit mécanique ou dynamique au cours de l'accouchement.



**Figure 11 : Répartition des dystocies chez les femmes du groupe A.**

**5.3 Lésions périnéales :**

Dans notre série, les lésions périnéales causées par l'accouchement ont été noté chez 14% des femmes ayant un déroulement pathologique.



**Figure 12 : Répartition des lésions périnéales chez les femmes du groupe A.**

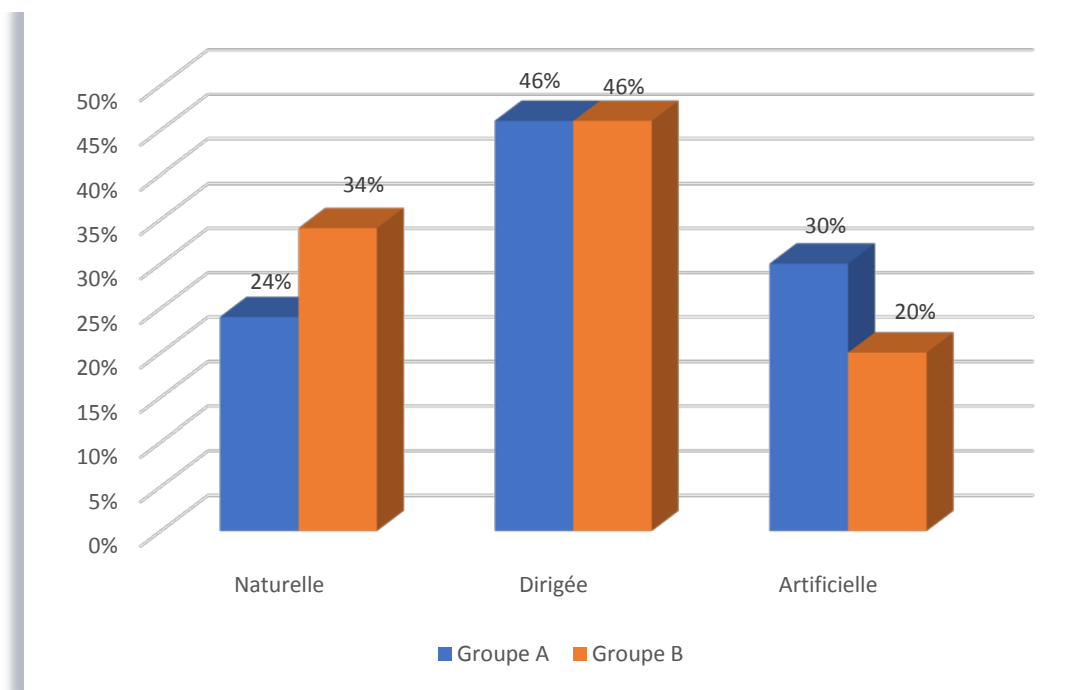
## **6. Le déroulement du post-partum immédiat :**

### **6.1 Mode de la délivrance :**

Selon les données de notre étude, la délivrance a été dirigée chez 46% des femmes du groupe A contre 46% des femmes du groupe B, alors qu'elle était artificielle chez 30% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 20% des femmes du groupe B et naturelle chez 24% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 34% des femmes avec déroulement physiologique.

## L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum

---

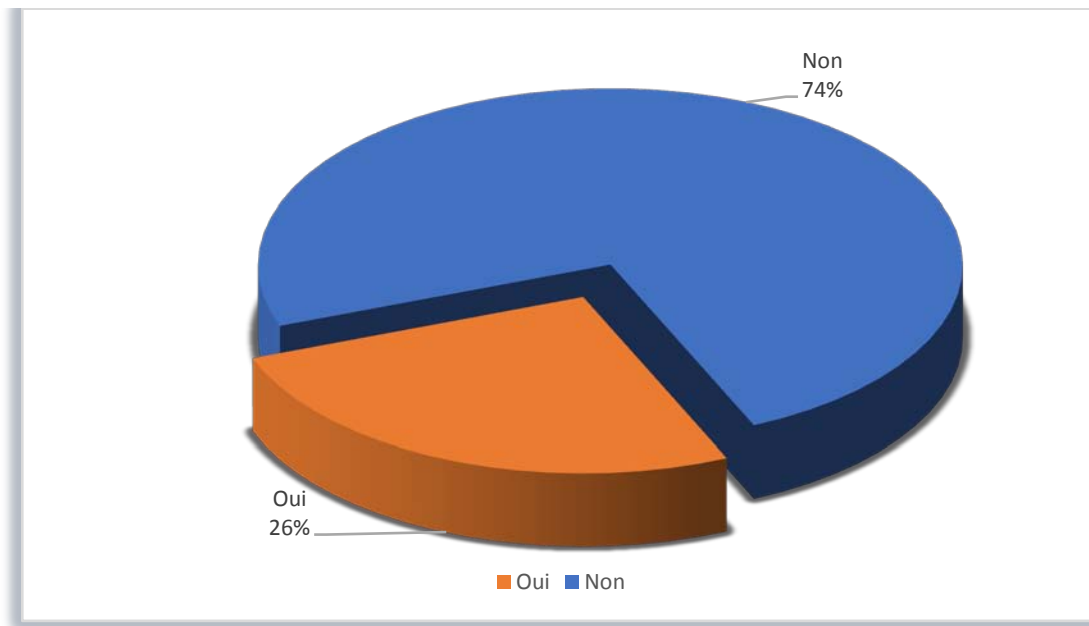


**Figure 13 : Répartition du mode de délivrance chez les femmes du groupe A et B.**

### **6.2 Hémorragie de la délivrance :**

Dans notre série, 26% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement (groupe A) avaient présenté une hémorragie de la délivrance.



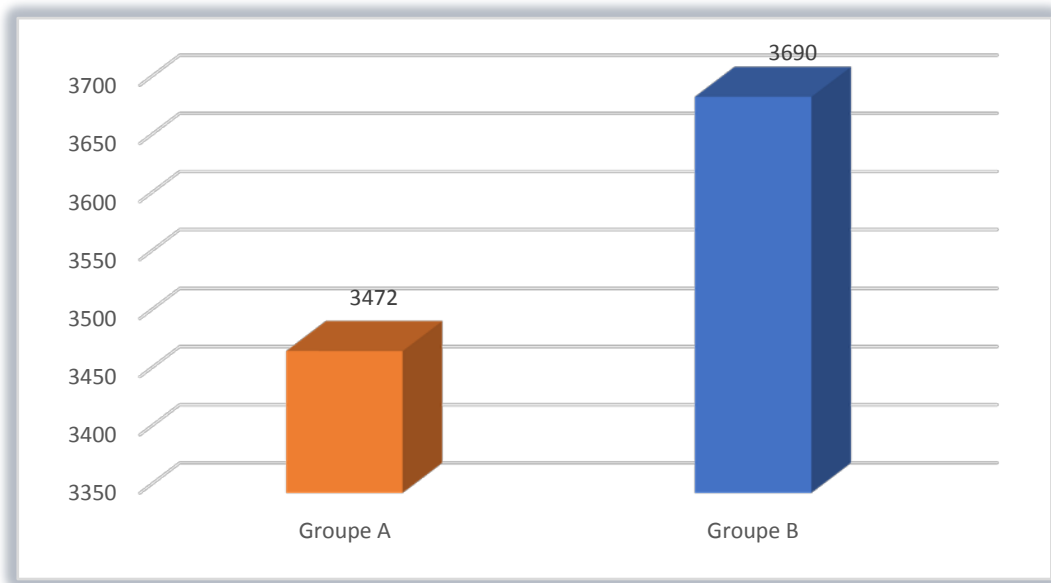


**Figure 14 : Répartition de l'hémorragie de la délivrance chez les femmes du groupe A**

## 7. Déroulement des suites de naissance :

### 7.1 Poids de naissance :

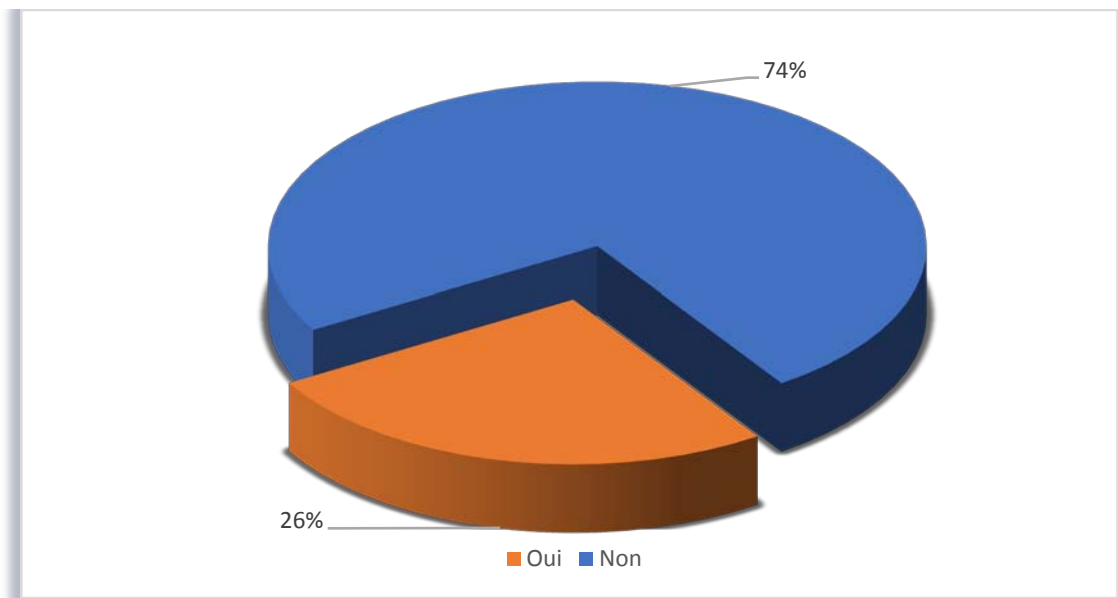
Les données de notre étude ont montré que le poids moyen de naissance était de 3472g pour les femmes ayant un déroulement pathologique (groupe A) contre 3690g pour les femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement (groupe B).



**Figure 15 : Poids de naissance chez les femmes du groupe A et B.**

**7.2 Pathologies du nouveau-né :**

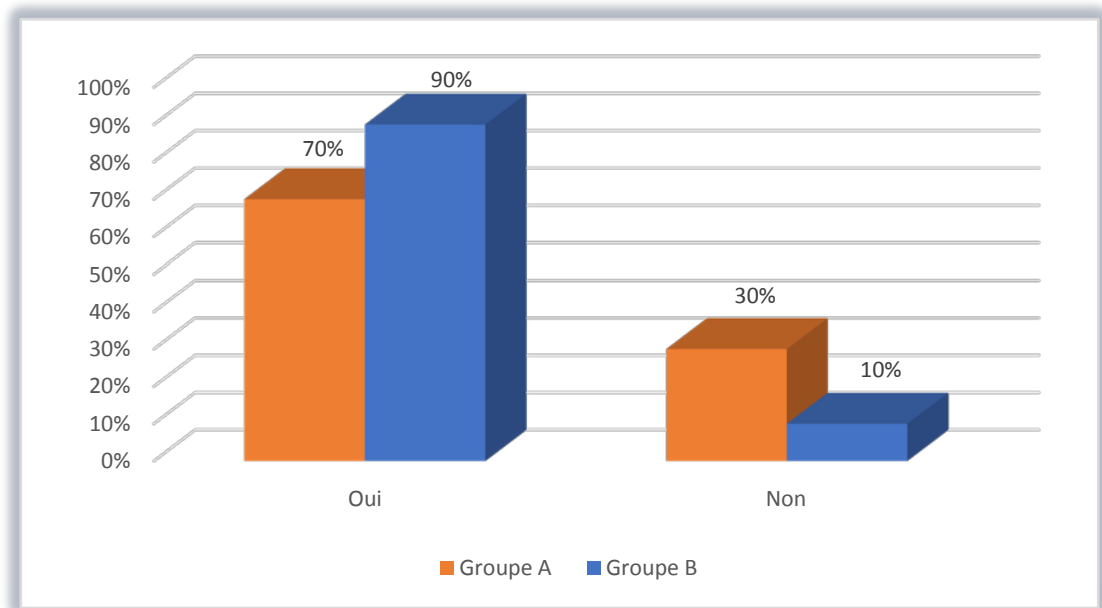
Au moins une pathologie du nouveau-né à la naissance a été retrouvée chez 26% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement.



**Figure 16 : Présence d'une pathologie du nouveau-né chez les femmes du groupe A**

**7.3 Le contact peau à peau :**

Dans notre étude, le contact peau à peau a été réalisé en post-partum immédiat chez 70% des femmes ayant un déroulement pathologique contre 90% des femmes du groupe B, alors qu'il n'était pas réalisé par 30% des femmes du groupe A et chez 10% des femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement.



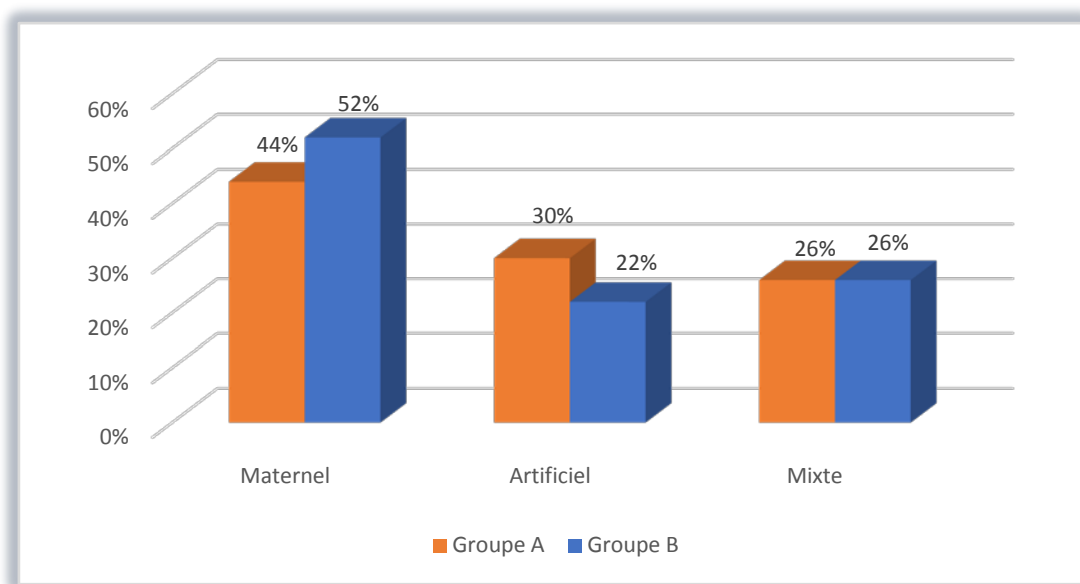
**Figure 17 : Le contact peau à peau chez les femmes du groupe A et B.**

**7.4 Mode d'allaitement :**

L'allaitement était maternel chez 44% des femmes du groupe A contre 52% des femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement, alors qu'il était artificiel chez 30% des femmes du groupe A contre 22% des femmes du groupe B et mixte chez 26% des femmes pour les deux groupes.

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

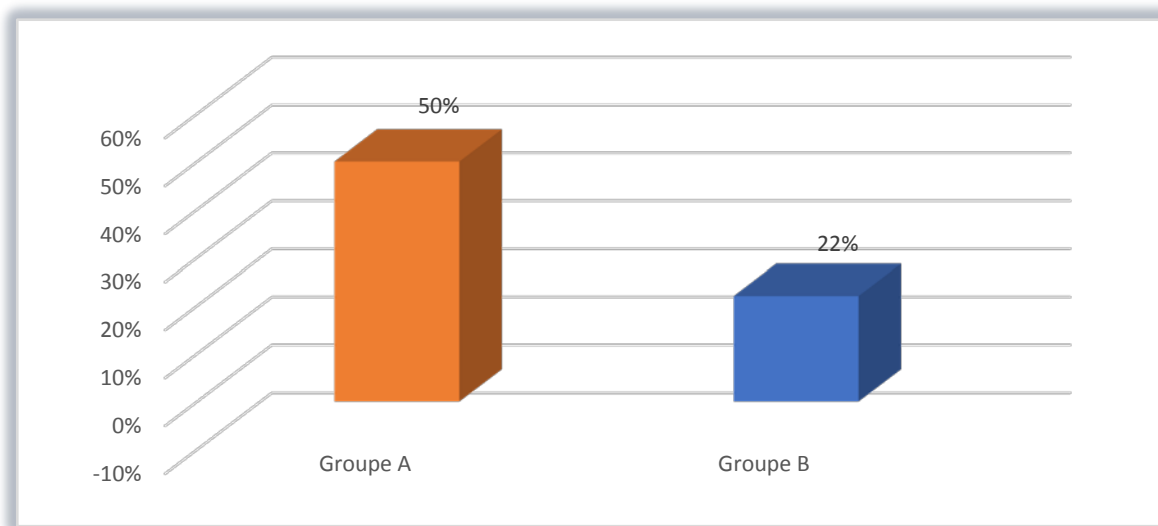


**Figure 18 : Répartition du mode d'allaitement chez les femmes du groupe A et B**

**8. Troubles anxiodépressifs du post-partum :**

**8.1 Généraux :**

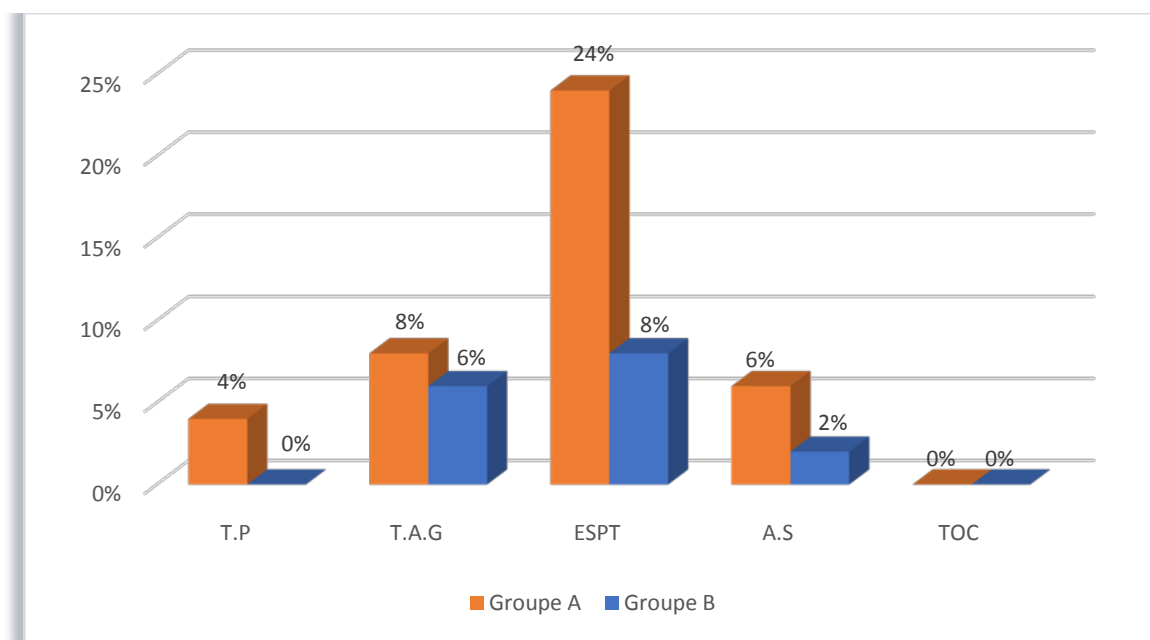
Selon nos résultats, les troubles anxiodépressifs du post-partum ont été objectivé chez 50% des femmes du groupe A contre 22% des femmes du groupe B.



**Figure 19 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes du groupe  
A et B**

### **8.2 Troubles anxieux :**

Les données de notre étude ont montré que 24% des femmes du groupe A ont développé un état de stress post-traumatique (ESPT) contre 8% des femmes du groupe B en post-partum, alors que le trouble anxieux généralisé (TAG) avait été diagnostiqué chez 8% des femmes du groupe A contre 6% du groupe B, le trouble panique (T.P) avait été retrouvé chez 4% des femmes du groupe A et chez aucune femme du groupe B, l'anxiété sociale (A.S) a été développée par 6% des femmes du groupe A contre 2% du groupe B et le trouble obsessionnel compulsif (TOC) n'a pas été retrouvé chez aucune femmes des deux groupes.

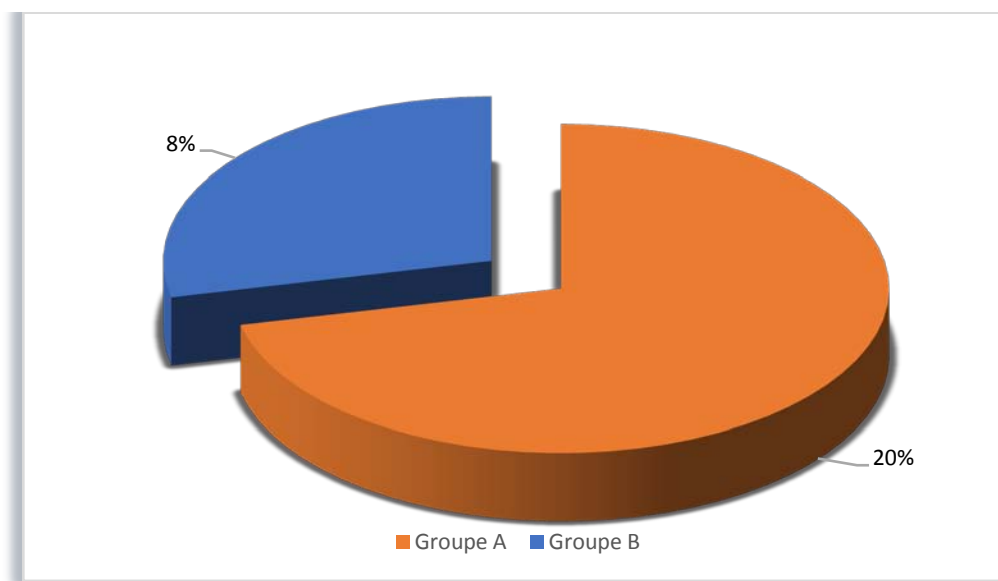


**Figure 20 : Répartition des troubles anxieux en post-partum chez les femmes du groupe A et B.**

### **8.3 Troubles dépressifs :**

L'étude de la dépression dans notre série a été basée sur l'inventaire de BECK, ce qui nous a permis de déduire que les troubles dépressifs étaient développés par 20% des femmes du groupe A contre 8% des femmes du groupe B.

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**



**Figure 21 : Répartition des troubles dépressifs en post-partum chez les femmes du groupe A et B**

**Tableau I : Tableau récapitulatif des caractéristiques globales de l'échantillon étudié :**

Les paramètres étudiés	Participants à l'étude N = 100 Groupe A = 50, Groupe B = 50		
	N	%	
ATCDs personnels de fausses couches			
Groupe A	14	28	
Groupe B	7	14	
ATCDs familiaux de troubles psychiques			
Groupe A	9	18	
Groupe B	6	12	
Mode de mise en travail			
Groupe A	Spontané	16	32
	Déclenché	34	68
Groupe B	Spontané	27	54
	Déclenché	23	46
Pathologies fœtales au cours du travail			
Groupe A	14	28	
Groupe B	0	0	

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

Voie d'accouchement			
Groupe A	V.B	40	80
	Césarienne d'urgence	10	20
Groupe B	V.B	42	84
	Césarienne programmée	8	16
Dystocies			
Groupe A		13	26
Groupe B		0	0
Lésions périnéales			
Groupe A		7	14
Groupe B		0	0
Mode de la délivrance			
Groupe A	Naturelle	12	24
	Dirigée	23	46
	Artificielle	15	30
Groupe B	Naturelle	17	34
	Dirigée	23	46
	Artificielle	10	20
Hémorragie de la délivrance			
Groupe A		13	26%
Groupe B		0	0
Contact peau à peau			
Groupe A	Oui	35	70
	Non	15	30
Groupe B	Oui	45	90
	Non	5	10
Mode d'allaitement			
Groupe A	Maternel	22	44
	Artificiel	15	30
	Mixte	13	26

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

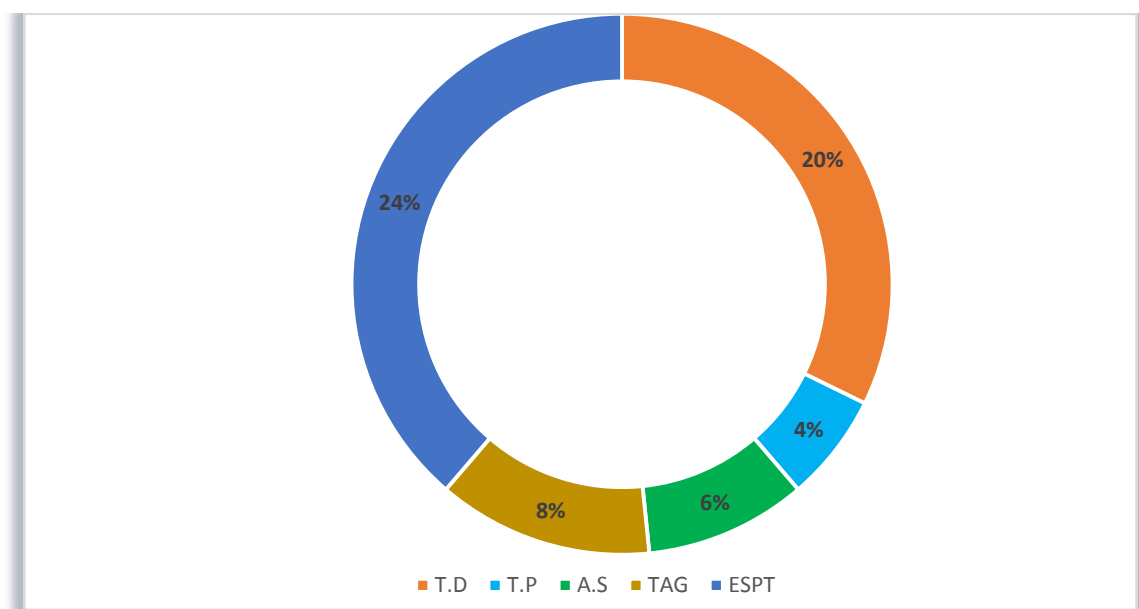
Groupe B	Maternel	26	52
	Artificiel	11	22
	Mixte	13	26
Pathologies du nouveau-né			
Groupe A		13	26
Groupe B		0	0
Troubles anxiodépressifs en post-partum			
Groupe A	Troubles dépressifs	10	20
	ESPT	12	24
	Trouble panique	2	4
	T.A.G	4	8
	Anxiété sociale	3	6
	T.O.C	0	0
Groupe B	Troubles dépressifs	4	8
	ESPT	4	8
	Trouble panique	0	0
	T.A.G	3	6
	Anxiété sociale	1	2
	T.O.C	0	0



## II. Résultats analytiques :

### 1. Corrélation globale entre le déroulement pathologique de l'accouchement et les troubles anxiodépressifs en post-partum :

Les données de notre étude ont montré que 20% des femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement ont présenté de troubles dépressifs en post-partum, l'ESPT a été développé par 24% des femmes, le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 8% des femmes en post-partum, 6% de ces femmes ont développé l'anxiété sociale (A.S) alors que 4% des femmes ont développé le trouble panique (T.P) en post-partum.



**Figure 22 : Répartition des troubles anxiodépressif du post-partum chez les femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement**

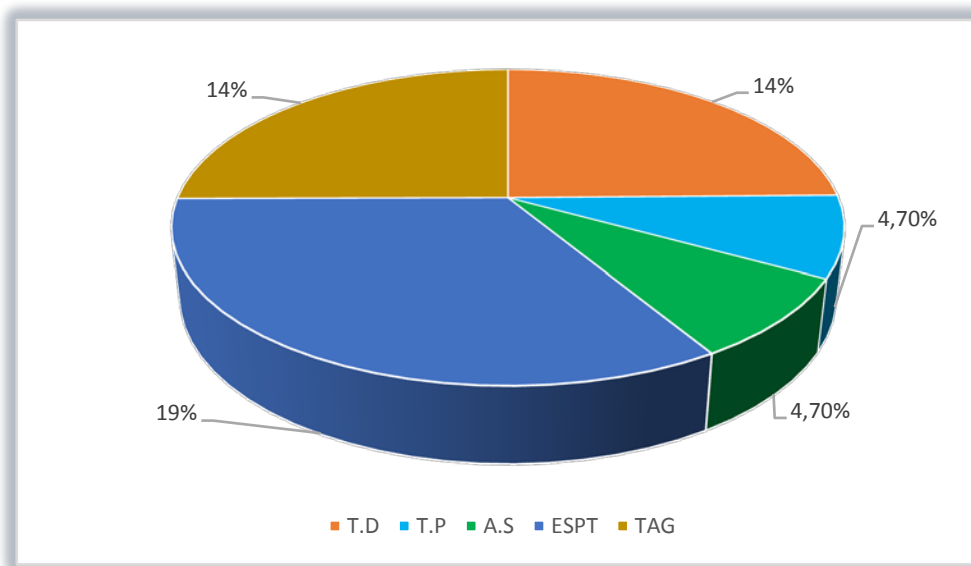
A partir des résultats analytiques et statistiques, la relation du déroulement pathologique de l'accouchement et les troubles anxiodépressifs en post-partum était statistiquement significative ( $P = 0,004 < 0.05$ ). Les femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement semblent avoir plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 3,545 > 1$ ), témoignant que le déroulement pathologique est un facteur de risque des troubles anxiodépressifs du post-partum.

**Tableau II : Corrélation globale du déroulement pathologique et les troubles anxiodépressifs du post-partum**

	Odds ratio (OR)	IC à f%	P-valeur
<b>Déroulement de la grossesse :</b>			
Déroulement physiologique :	1 [Réf]	-	-
Déroulement pathologique :	<b>3.545</b>	<b>1,487 - 8,454</b>	<b>0,004</b>

**2. Corrélation entre les antécédents personnels de fausses couches et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

Les données de notre étude ont montré que 19% des femmes ayant au moins un ATCD de fausse couche ont présenté un ESPT alors que le trouble dépressif (T.D) a été développé par 14% des femmes, le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 14% des femmes avec ATCD de fausse couche, tandis que le trouble panique (T.P) a été développé par 4% des femmes en post-partum et 4% des femmes ont développé une anxiété sociale (A.S).



**Figure 23 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant un ou plusieurs ATCD de fausses couches.**

## L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum

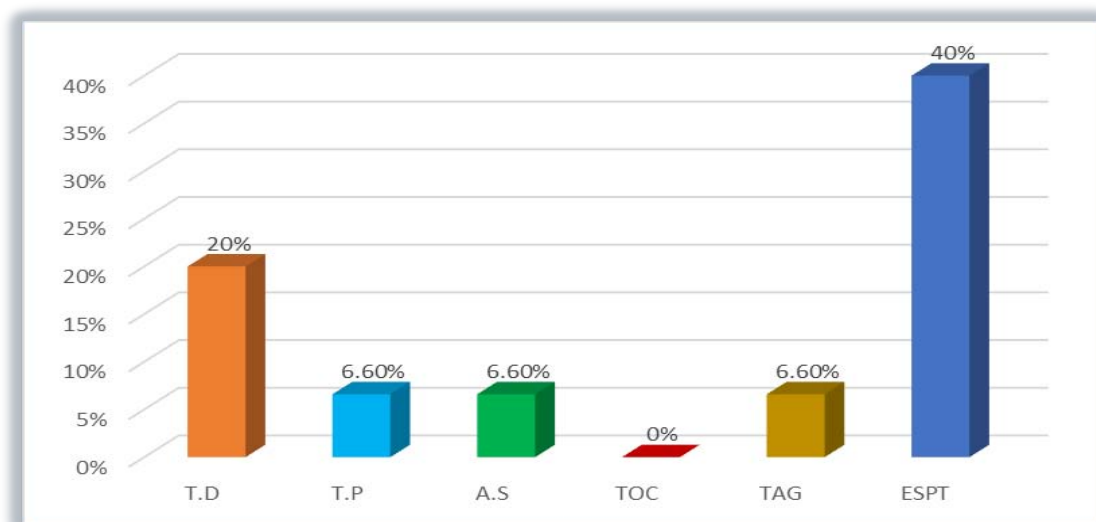
Selon les résultats analytiques et statistiques, les ATCDs personnels de fausses couches et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement non significative ( $P = 0,463 > 0,05$ ).

**Tableau III : Corrélation entre les ATCDs personnels de fausses couches et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b>ATCDs de Fausses couches :</b>			
Sans F.C :	1 [Réf]	-	-
Avec F.C :	1,444	0,541 - 3,854	0,463

### 3. Corrélation entre les antécédents familiaux des troubles psychiques et les troubles anxiodépressifs du post-partum :

Selon notre étude, 40% femmes ayant au moins un ATCD familiale de troubles psychiques ont développé un ESPT, le trouble dépressif a été retrouvé chez 20% des femmes, tandis que 6% ont développé le trouble panique (T.P), 6% ont développé l'anxiété sociale (A.S) et le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 6% des femmes en post-partum.



**Figure 24 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant des ATCDs familiaux de troubles psychiques.**

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

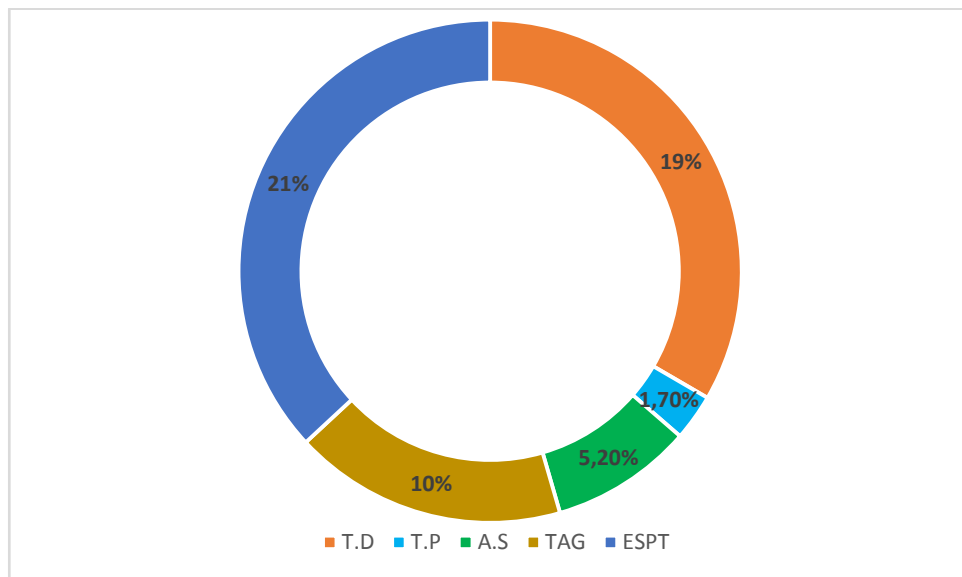
Selon nos résultats analytiques et statistiques, la relation entre les ATCDs familiaux de troubles psychiques et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significative ( $P = 0,042 < 0,05$ ). Les femmes ayant au moins un ATCD familiale de troubles psychiques ont plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 3,222 > 1$ ), ce qui nous permet de considérer les ATCDs familiaux de troubles psychiques comme facteur de risque.

**Tableau IV : Corrélation entre les ATCDs familiaux de psychiques et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b><u>ATCDs familiaux de Troubles psychiques :</u></b>			
Sans ATCDs:	1 [Réf]	-	-
Avec ATCDs:	3,222	1,041 - 9,969	0,042

#### **4. Corrélation entre le mode de mise en travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

21% des femmes ayant un travail déclenché ont présenté un ESPT en post-partum, alors que 19% ont développé des troubles dépressifs, le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 10% des femmes, l'anxiété sociale (A.S) a été développé par 5% des femmes et le trouble panique a été retrouvé chez 1% des femmes en post-partum.



**Figure 25 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes ayant un travail déclenché.**

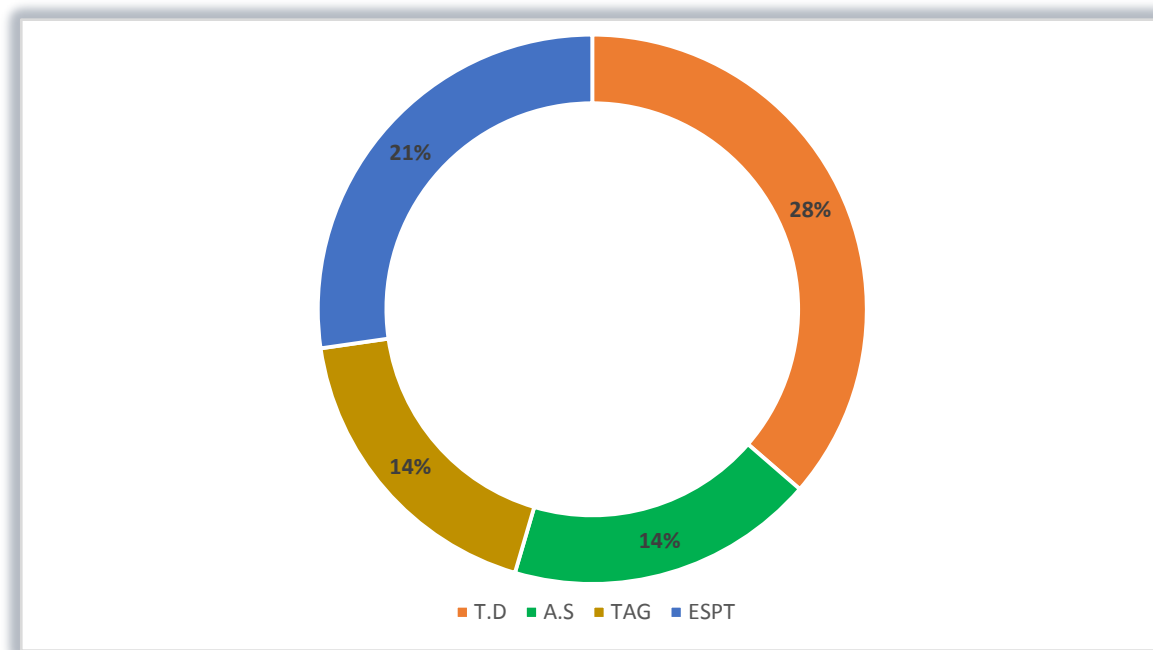
Les résultats statistiques et analytiques ont montré que le travail déclenché et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement significative ( $P = 0,008 < 0,05$ ). Les femmes ayant un travail déclenché ont un risque plus élevé pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 3,400$ ) témoignant que le déclenchement du travail est un facteur de risque dans notre étude.

**Tableau V : Corrélation entre le déclenchement du travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum.**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-Valeur
<b>Mode de mise en travail :</b>			
Spontané :	1 [Réf]	-	-
Déclenché:	3,400	1,382 - 8,363	0,008

**5. Corrélation entre les pathologies fœtales au cours du travail et les troubles anxiodépressifs en post-partum :**

Dans notre série, 28% des femmes qui ont présenté des pathologies fœtales au cours du travail ont développé des troubles dépressifs, 21% de ces femmes ont développé un ESPT alors que le trouble anxieux généralisé (TAG) et l'anxiété sociale (A.S) ont été retrouvés chez 14% des femmes en post-partum.



**Figure 26 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont présenté des pathologies fœtales au cours du travail.**

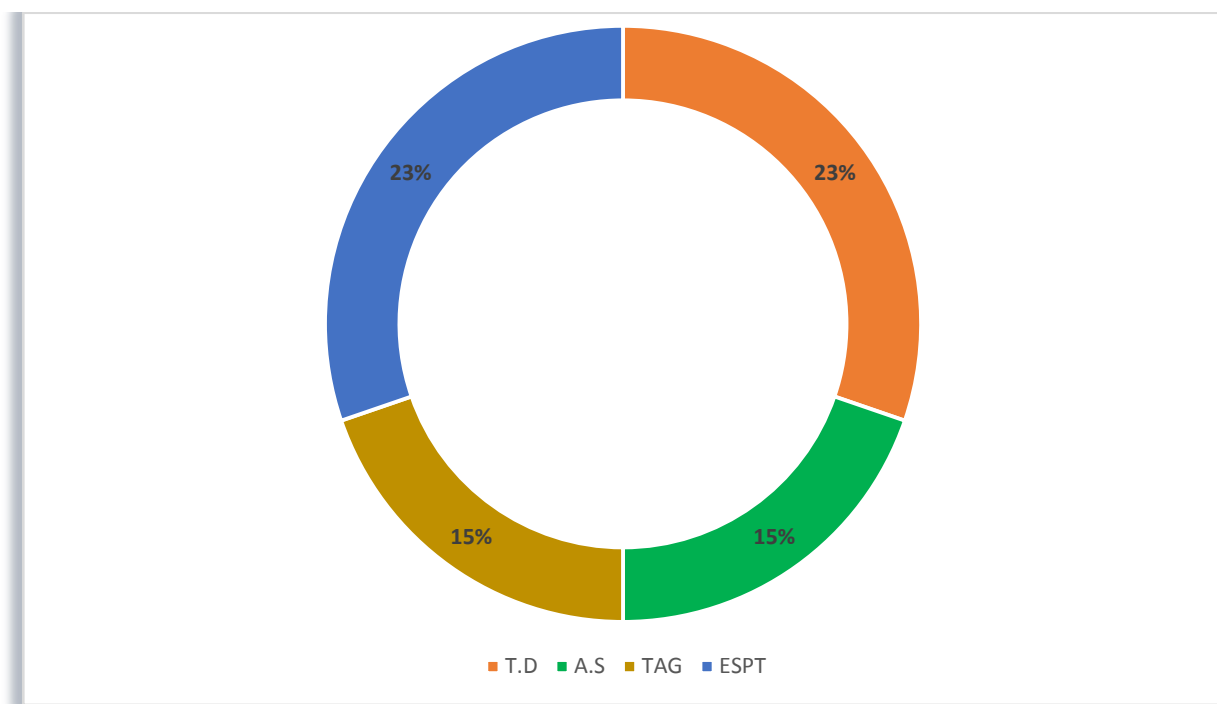
Les résultats statistiques et analytiques ont montré que le lien entre les pathologies fœtales au cours du travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significatif ( $P = 0,023 < 0,05$ ), les femmes qui présentaient des pathologies fœtales avaient plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs du post-partum ( $OR = 4,222 > 1$ ), témoignant que la présence des pathologies fœtales au cours du travail peut être considéré comme un facteur de risque.

**Tableau VI : Corrélations statistiques entre les pathologies fœtales au cours du travail et les troubles anxiodépressifs du post-partum**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b>Pathologies fœtales :</b>			
Sans P.F :	1 [Réf]	-	-
Avec P.M :	4,222	1.220 - 14.614	0,023

## 6. Corrélation entre les dystocies et les troubles anxiodépressifs en post-partum :

Les données de notre série ont montré que 23% des femmes qui avaient présenté des dystocies ont développé de troubles dépressifs, l'ESPT a été retrouvé chez 23% des femmes, alors que l'anxiété sociale et le TAG a été développé par 15% des femmes en post-partum.



**Figure 27 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont présenté des dystocies.**

Selon les résultats statistiques, les dystocies et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement significative ( $P = 0,044 < 0,05$ ), les femmes qui présentaient des dystocies lors de l'accouchement ont un risque plus élevé pour développer les troubles en post-partum du post-partum ( $OR = 3,694 > 1$ ) ce qui nous permet de considérer es dystocies comme un facteur de risque.

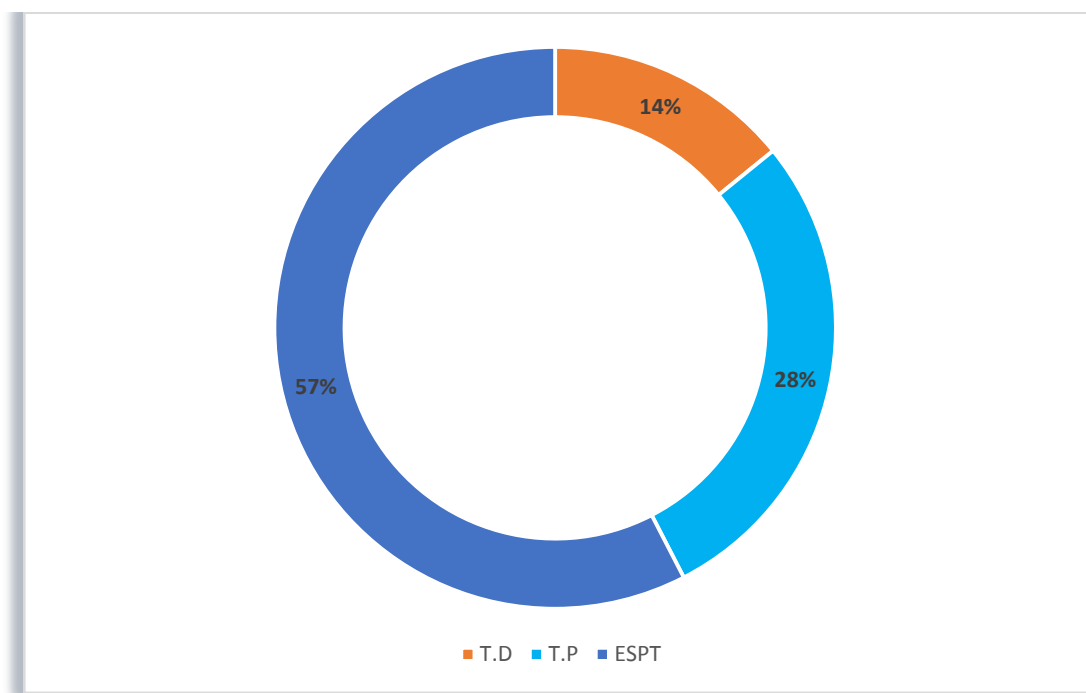


**Tableau VII : Corrélation statistique entre les dystocies et les troubles anxiodépressifs du post-partum.**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b>Dystocies :</b>			
Sans dystocies :	1 [Réf]	-	-
Avec dystocies :	<b>3,694</b>	<b>1,039 - 13,142</b>	<b>0,044</b>

**7. Corrélation entre les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs en post-partum :**

Dans notre étude, l'ESPT a été développé par 57% des femmes qui ont eu des lésions périnéales, alors que le trouble panique a été retrouvé chez 28%, par contre le trouble dépressif a été développé que par 14% des cas.



**Figure 28 : Répartition des troubles anxiodépressifs chez les femmes qui ont eu des lésions périnéales.**

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Selon les résultats statistiques et analytiques, les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement significative ( $P = 0,021 < 0,05$ ), il semble que les femmes qui ont eu des lésions périnéales lors de l'accouchement ont plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs du post-partum ( $OR = 7,917 > 1$ ) témoignant que les lésions périnéales est un facteur de risque.

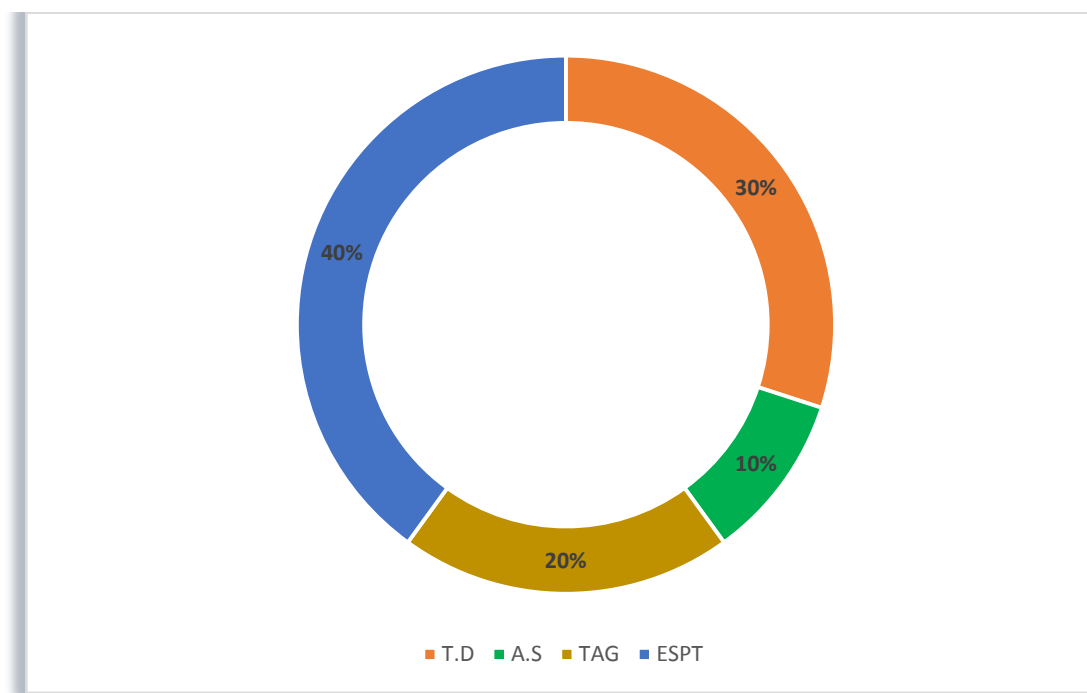
**Tableau VIII : Corrélation entre les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b><u>Lésions Périnéales :</u></b>			
Sans L.P :	1 [Réf]	-	-
Avec L.P :	<b>7,917</b>	<b>1,357 - 46,180</b>	<b>0,021</b>

### **8. Corrélation entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs en post-partum :**

40% des femmes qui ont eu recours à une césarienne d'urgence ont présenté un ESPT en post-partum, alors que le trouble dépressif a été retrouvé chez 30% de ces femmes, 20% des femmes ont développé un trouble anxieux généralisé (TAG) et l'anxiété sociale (A.S) a été retrouvé chez 10% des femmes en post-partum.

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**



**Figure 29 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu recours à la césarienne d'urgence.**

A partir des résultats statistiques et analytiques, la relation entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs est statistiquement significative ( $P = 0,009 < 0,05$ ), il semble que les femmes qui avaient besoin d'une césarienne d'urgence ont plus risque pour développer les troubles anxiodépressifs du post-partum ( $OR = 7,389 > 1$ ) témoignant que le recours à une césarienne d'urgence est un facteur de risque pour les troubles anxiodépressifs du post-partum.

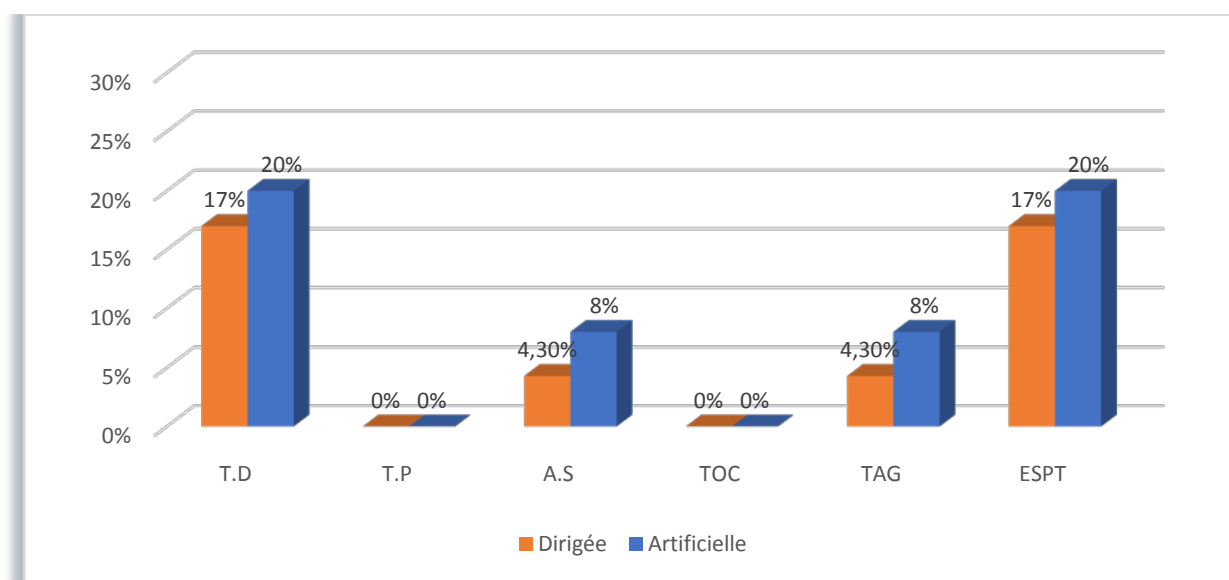
**Tableau IX : Corrélation statistique entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b><u>Césarienne d'urgence :</u></b>			
Sans césarienne d'urg :	1 [Réf]	-	-
Avec césarienne d'urg :	7,389	1,648 - 33,120	0,009

## 9. Corrélation entre le mode de la délivrance et les troubles anxiodépressifs en post-partum :

Selon les données de notre étude, 17% des femmes ayant une délivrance dirigée ont développé un trouble dépressif, l'ESPT a été retrouvé chez 17% des femmes, alors que le trouble anxieux généralisé (TAG) a été développé par 4% des femmes, de même pour l'anxiété sociale (A.S) qui a été retrouvé chez 4% des femmes.

Pour les femmes ayant une délivrance artificielle, le trouble dépressif a été développé par 20% des femmes, de même pour l'ESPT qui été retrouvé chez 20% des femmes en post-partum, alors que l'anxiété sociale et le TAG ont été développés par 8% des femmes.



**Figure 30 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu une délivrance dirigée ou artificielle.**

D'après les résultats statistiques et analytiques, le mode de la délivrance qu'il que soit dirigé ou artificiel et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement non significative ( $P = 0,070 > 0,05$  pour la délivrance dirigée et  $P = 0,071 > 0,05$  pour la délivrance artificielle)

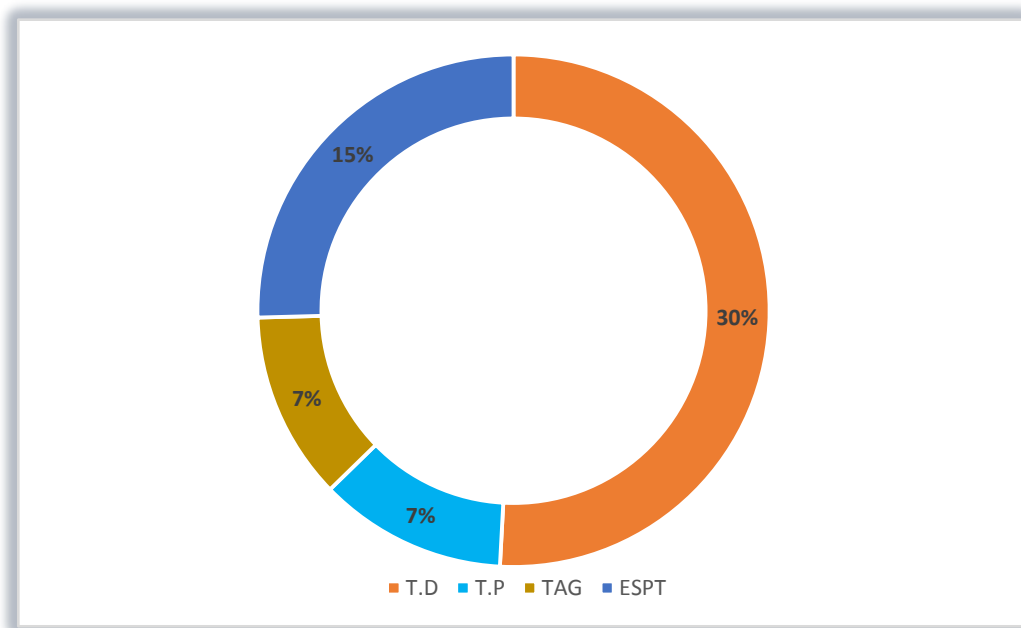
**Tableau X : Corrélation entre le mode de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum.**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-Valeur
<b>Mode de la délivrance :</b>			
Naturel :	1 [Réf]	-	-
Dirigé :	2,698	0,922 - 7,899	0,070
Artificiel:	3,012	0,911 - 9,962	0,071

**10. Corrélation entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs en post-partum :**

Les données de notre série ont montré que 30% des femmes qui ont présenté une hémorragie de la délivrance ont développé de troubles dépressifs, alors que 15% de ces femmes ont développé un ESPT, le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 7% des femmes, et le trouble panique chez 7% des femmes en post-partum.

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**



**Figure 31 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu une hémorragie de la délivrance.**

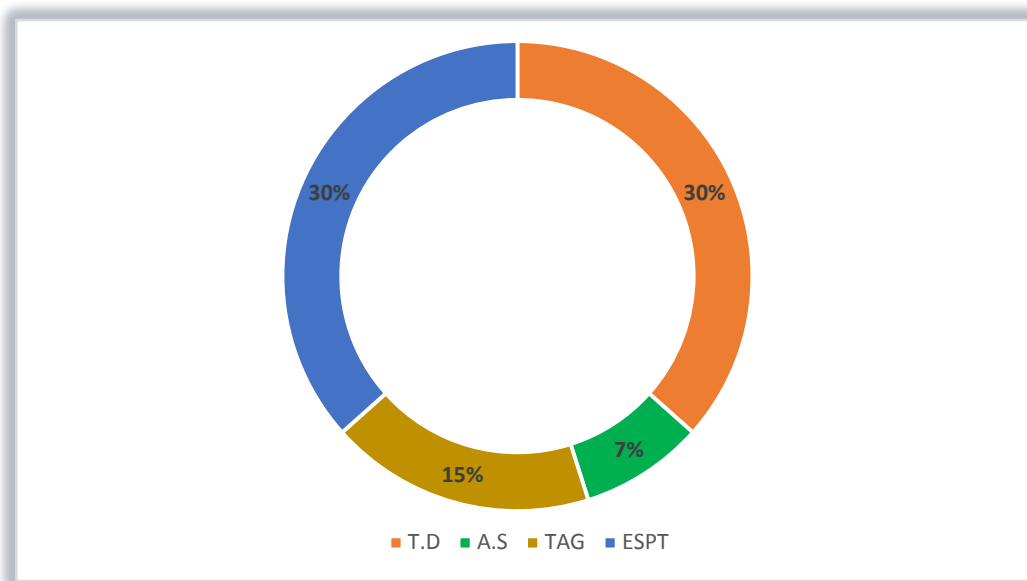
Selon les résultats statistiques, l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum ont une relation statistiquement significative ( $P = 0,044 < 0,05$ ), les femmes qui présentaient une hémorragie de la délivrance sont plus susceptibles de développer les troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 3.694 > 1$ ), ce qui nous permet de prendre en considération l'hémorragie de la délivrance comme facteur de risque.

**Tableau XI : Corrélation statistique de l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b>Hémorragie de la délivrance :</b>			
Sans H.D :	1 [Réf]	-	-
Avec H.D :	<b>3,694</b>	<b>1,039 - 13,142</b>	<b>0,044</b>

## 11. Corrélation entre les pathologies du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs en post-partum :

Selon les données de notre étude, 30% des femmes qui ont eu des bébés malades ont développé de TD, 30% ont présenté un ESPT, 15% ont développé un trouble anxieux généralisé et 7% qui ont présenté une anxiété sociale.



**Figure 32 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont donnée naissance à un bébé malade**

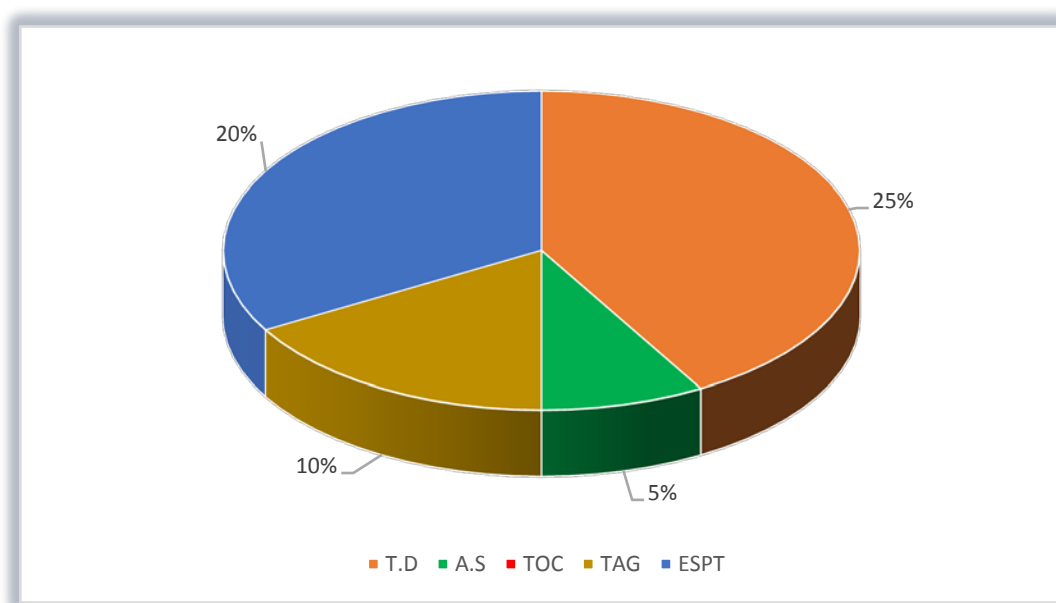
Les résultats analytiques et statistiques ont montré que les pathologies du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum n'ont pas une relation statistiquement significative ( $P = 0,14 > 0,05$ ).

**Tableau XII : Corrélation statistique entre les pathologies du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum.**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-valeur
<b>Pathologies du nouveau-né :</b>			
Sans P.Nné :	1 [Réf]	-	-
Avec P.Nné :	5,067	1,392 - 18,446	0,14

## 12. Corrélation entre la non-réalisation du contact peau à peau et les troubles anxiodépressifs du post-partum :

Les résultats de notre série montrent que 25% des femmes qui n'ont pas réalisé le << Peau à Peau >> ont développé un trouble dépressif, 20% de ces femmes ont développé un ESPT, alors que le trouble anxieux généralisé (TAG) a été retrouvé chez 10% de ces femmes, et l'anxiété sociale (A.S) a été développée par 5% des femmes en post-partum.



**Figure 33 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui n'ont pas réalisé le contact peau à peau**

Selon les résultats statistiques et analytiques, la relation entre la non-réalisation du << Peau à Peau >> et les troubles anxiodépressifs est statistiquement non significative ( $P = 0,677 > 0,05$ ).



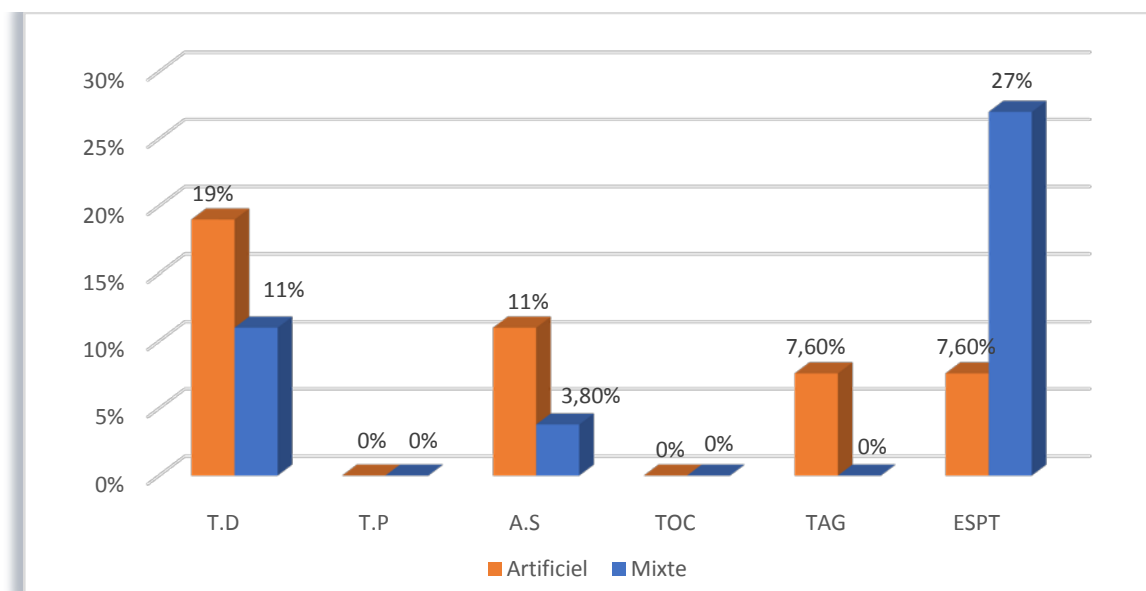
**Tableau XIII : Corrélation statistique entre la non-réalisation du contact peau à peau et les troubles anxiodépressifs du post-partum.**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-Valeur
<b>Peau à Peau :</b>			
Avec Peau à Peau :	1 [Réf]	-	-
Sans peau à peau :	1,238	0,453 - 3,385	0,677

**13. Corrélation entre le mode d'allaitement et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

Les données de notre série ont montré que 19% les femmes ayant un mode d'allaitement artificiel ont développé un trouble dépressif, 11% de ces femmes ont développé l'anxiété sociale (A.S) en post-partum, alors que le trouble anxieux généralisé (TAG) et l'ESPT ont été développés par 7% des femmes en post-partum.

Pour les femmes ayant un mode d'allaitement mixte, l'ESPT a été développé par 27% de ces femmes, tandis que le trouble dépressif (T.D) a été retrouvé chez 11% des femmes et l'anxiété sociale (A.S) chez 3% des femmes en post-partum.



**Figure 34 : Répartition des troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont un mode d'allaitement artificiel ou mixte**

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Les résultats statistiques et analytiques ont montré que la relation entre l'allaitement artificiel et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significative ( $P = 0,032 < 0,05$ ). Les femmes ayant un mode d'allaitement artificiel ont plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 1,727$ ), ce qui nous permet de considérer l'allaitement artificiel comme facteur de risque. Alors que l'allaitement mixte et les troubles anxiodépressifs n'ont pas une relation statistiquement significative ( $P = 0,778 > 0,05$ ).

**Tableau XIV : Corrélation statistique entre le mode d'allaitement et les troubles anxiodépressifs du post-partum :**

	Odds ratio (OR)	IC à 95%	P-Valeur
<b><u>Allaitement :</u></b>			
Maternel :	1 [Réf]	-	-
Artificiel	1,727	1,268 - 4,974	0,032
Mixte :	1,173	0,387 - 3,556	0,778



*DISCUSSION*



## I. Définitions et concepts :

### 1. La dépression du post partum :

#### 1.1. Définition et Sémiologie:

La dépression du post-partum est caractérisée par l'apparition d'un trouble dépressif faisant suite à l'accouchement durant la période qui s'étend jusqu'à un an du post-partum.

Identifiée par Pitt en 1968, la DPP est un trouble dépressif sans caractéristiques psychotiques. On désigne sous le terme de dépression du post-partum des épisodes dépressifs mineurs et/ou majeurs qui surviennent chez les mères durant la première année du post-partum (Guedeney et Jeammet, 2001). (11) Ces troubles débutent généralement chez la plupart des femmes entre 4 à 6 semaines après l'accouchement (OMS ; APA ; Gaynes et al. 2005). (12 ;13;14)

La Société Marcé (Association pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales) a aussi défini cette dépression comme un épisode survenant dans la première année du post-partum, du fait des conséquences potentielles majeures de la dépression maternelle sur le développement du bébé durant sa première année de vie. (15)

Les symptômes de la DPP sont le plus souvent d'intensité modérée « dépression mineure ». La « dépression majeure » avec des idéations suicidaires reste rare. (16 ;17) On repère principalement :

#### *a. Des symptômes thymiques :*

- Une humeur dépressive (tristesse) ou irritabilité.
- Une agitation ou un ralentissement psychomoteur.

#### *b. Des symptômes cognitifs :*

- Des troubles de la concentration et de la mémoire qui accentuent le sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de l'enfant.

*c. Une anhédonie :*

- Une diminution de l'intérêt et du plaisir. Il peut aussi exister un découragement et un sentiment d'incapacité.

*d. Des symptômes somatiques :*

- Une fatigue physique pouvant être associée au sentiment d'être débordée par les tâches nécessaires aux soins divers du bébé.
- Des troubles du sommeil (majorés par les réveils nocturnes liés à l'enfant) insomnie, cauchemars avec difficultés de se rendormir ou une hypersomnie.
- Des plaintes somatiques diverses (céphalées, douleurs abdominales, etc.).
- Des troubles de l'appétit avec perte ou gain de poids.
- Une perte de la libido.

*e. Des troubles anxieux :*

- Une anxiété avec des inquiétudes centrées presque exclusivement sur les soins liés au nourrisson (Robinson et Stewart, 2001)

*f. Des signes de souffrance morale :*

Un sentiment de manque de soutien social, de dévalorisation ou de culpabilité, des pensées noires répétées et des idées suicidaires voire des tentatives.

La DPP est définie dans la classification psychiatrique DSM-IV par 5 critères (de A à E) :

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

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

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., pleure).
  2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex : modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
  4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
  5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
  6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
  7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours.
  8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
  9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
  - Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
  - Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex., hypothyroïdie).

- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

**1.2. Epidémiologie :**

La prévalence de la DPP varie selon les études. Elle serait comprise entre 10 et 20% dans les pays développés, et pourrait aller jusqu'à 30%. (18 ;12 ;19;20)

Cependant, au niveau des pays en développement on trouve des taux de prévalence de la DPP encore plus élevés, jusqu'à 50% voire 60% dans certaines populations. Ces chiffres placent la DPP en tête des pathologies du post-partum. Nous pouvons donc la considérer comme un vrai problème de santé publique. (21 ; 22 ; 23;17)

La variabilité de la prévalence de la DPP pourrait être expliquée par la diversité des méthodes d'évaluation et critères diagnostiques utilisés, la taille des échantillons, la population étudiée (pays d'origine, culture, rurale, urbaine, etc.) ainsi que le moment de l'évaluation...

**1.3. Conséquences :**

La dépression du post-partum pourrait être à l'origine de conséquences graves. Même dans les formes modérées de la dépression, l'impact est présent ; puisque les premiers mois de vie sont une période de sensibilité maximale dans la construction cognitive et psychique de l'enfant. De nombreux autres facteurs peuvent aussi influencer le développement de l'enfant, comme un niveau d'instruction maternel bas, des tensions et conflits conjugaux, la sévérité, la durée et la récurrence des symptômes dépressifs chez la maman en post-partum...

Les symptômes dépressifs chez la mère entraînent un changement de son comportement par rapport à son enfant : une vocalisation moins importante, des propos négatifs au sujet de son enfant et de la qualité de leur relation, des contacts visuels et physiques moins fréquents, une diminution de la capacité à interpréter les signaux émis par son enfant et de répondre de manière adéquate à ses besoins. Mais surtout, une maman déprimée et désengagée ne retrouve plus le plaisir de s'occuper de son bébé...

Ces interactions défailtantes altèrent le lien mère-enfant et sont à l'origine de dysharmonies relationnelles affectives précoces. Ainsi, l'enfant réagit en développant différentes manifestations : des troubles fonctionnels pouvant toucher l'alimentation ou le sommeil, des troubles de l'attachement et des difficultés de séparation... Certaines études montrent un impact à plus long terme sur le développement global de l'enfant : un retard staturo-pondéral, un retard cognitif et psychomoteur, des difficultés de communication, des troubles du comportement et des troubles dépressifs. (24;25)

Il est donc indispensable d'être attentif aux premiers symptômes, pour une prise en charge précoce qui permettrait d'améliorer le pronostic.

Chez la maman, la DPP conduit rarement au suicide, mais le risque de récurrence est important. La dépression peut persister à long terme ou bien récidiver, surtout lors de grossesses ultérieures. (26 ;27)

Ces circonstances pourraient avoir aussi un impact majeur sur le couple, puisque l'arrivée d'un enfant provoque de façon radicale un nouvel équilibre à retrouver. Réussir cet équilibre peut prendre du temps et s'avérer angoissant pour le couple. Cet angoisse et ce malaise démultipliés lorsque la femme souffre d'une DPP, compliquent d'autant plus la situation. Il arrive alors au couple, s'il n'est pas assez solide, de ne pas résister à ce stress auquel il est confronté, ce qui peut engendrer des tensions et des conflits, un manque de soutien, de l'instabilité et même la séparation.

Enfin, la présence d'une DPP est considérée comme un facteur de risque non négligeable de survenue d'épisodes dépressifs chez le partenaire aussi. (28)

#### **1.4. Facteurs de risque :**

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude des facteurs de risque de la DPP, de manière à anticiper et agir sur cette pathologie le plus précocement, afin de limiter les complications qui peuvent en découler.



Les facteurs de risque de la DPP ont été élaborés dans plusieurs études et se révèlent très nombreux. Cependant, aucun d'entre eux ne semble à lui seul déclencher la survenue d'une dépression postnatale, c'est la synergie entre les différents évènements prédisposants, qui aurait un impact sur le développement de la pathologie. Il n'existe donc pas une étiologie unique à l'origine d'une décompensation dépressive en post-partum, mais un ensemble de facteurs de risque, qui interagissent entre eux et précipitent le développement de cette affection psychiatrique. Plusieurs facteurs de risque ont été cités dans la littérature, dont des facteurs psychiatriques, socio-relationnels, gynéco-obstétricaux, socio-économiques, biologiques et néonataux. Nous avons tenté de passer en revue les principaux :

*a. Les facteurs psychiatriques:*

- La présence d'antécédents psychiatriques personnels : épisodes antérieurs de dépression (puerpérale ou non), troubles anxieux et bipolaires, troubles de la personnalité...
- La présence d'une dépression anténatale ou des manifestations anxieuses pendant la grossesse
- La présence d'antécédents familiaux de maladies psychiatriques : dépression, DPP, troubles bipolaires...

*b. Les facteurs socio-relationnels :*

- Les facteurs psychosociaux : événements de vie stressants, relations interpersonnelles stressantes...
- Le célibat
- Les difficultés et les conflits conjugaux : séparation, situations de violences conjugales...
- Les abus sexuels ou les maltraitances dans l'enfance
- L'isolement social et affectif, le manque de soutien (absence de partenaire, rupture avec la famille, absence de grand-mère maternelle...), l'impression de négligence par l'entourage et par les professionnels de santé, l'absence d'accompagnement à la parentalité...

*c. Les facteurs socio-économiques :*

- Difficultés économiques : précarité, absence de logement stable, chômage...
- Un bas niveau d'instruction

*d. Les facteurs gynéco-obstétricaux :*

- Une primiparité tardive ou précoce
- Une grossesse non planifiée, non désirée, non suivie et non déclarée
- Les complications obstétricales : une grossesse compliquée, un accouchement difficile (douloureux), dystocique, une césarienne d'urgence, un séjour en réanimation...
- Les complications du post-partum immédiat et notamment l'hémorragie de la délivrance

*e. Les facteurs néonataux*

- Un sexe du bébé non désiré
- La prématurité
- Des complications néonatales, des maladies héréditaires et congénitales
- L'absence d'allaitement maternel.

*f. Les facteurs biologiques*

- Les facteurs héréditaires
- Une hypothyroïdie, des crises épileptiques...

**1.5. Prise en charge :**

Les objectifs de la prise en charge de la DPP sont d'éviter les répercussions sur la mère, sur l'enfant et sur son entourage, ainsi que la prévention des récurrences en dehors ou dans le post-partum pour les futures grossesses. Pour que ces objectifs soient atteints, il s'avère primordial de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires disponibles. La prise en charge doit être globale, multidimensionnelle et adaptée à chaque patiente et à son entourage, avec une continuité des soins et une interdisciplinarité.

Les options de traitement pour la DPP comprennent la thérapie pharmacologique et la psychothérapie (individuelle ou en groupe), qui peuvent être utilisées seules ou conjuguées. Selon les recommandations, les thérapies non pharmacologiques (psychothérapie) devraient être privilégiées dans le cas de la DPP légère à modérée. La thérapie pharmacologique est plus appropriée pour les cas de dépression sévère ou pour les cas qui ne répondent pas à la psychothérapie.

*a. Le traitement pharmacologique :*

En ce qui concerne le traitement pharmacologique, les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine ISRS (la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine) sont généralement le premier choix pour le traitement de la DPP chez les femmes allaitantes, en raison de leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et la bonne tolérance.

Le choix du traitement pharmacologique doit aussi tenir compte de l'historique de la femme, de sa réponse aux traitements antérieurs, ainsi que de la prise en compte personnalisée des risques / avantages d'un traitement médicamenteux et de l'allaitement, en fournissant des informations claires sur le médicament, afin que les femmes puissent prendre des décisions éclairées concernant le traitement à suivre.

*b. La psychothérapie :*

Les revues de la littérature montrent que la psychothérapie est une option de traitement très efficace pour la DPP, notamment la thérapie Cognitivo-Comportementale (psychoéducation, restructuration cognitive, stratégies d'activation comportementale adaptées...). Ainsi que la Psychothérapie interpersonnelle (TIP) pour diminuer la tension et la souffrance interpersonnelle (comme dans le cas des conflits et des difficultés associées aux transitions de rôle...).

Différentes formes de thérapie psychosociales peuvent être employées également : la construction et l'activation du réseau de soutien social, les interventions à domicile, l'éducation sur l'allaitement et ses bienfaits sur la mère, sur l'enfant et sur le lien mère-enfant, et surtout l'accompagnement et l'écoute.

**1.6. Prévention et dépistage :**

**a. Par quel professionnel de santé ?**

Dans le cadre de la dépression du post-partum, ce sont les professionnels de la santé qui vont pouvoir jouer un rôle dans la prévention primaire, en étant attentifs et à l'écoute des femmes en période périnatale, afin de repérer les facteurs de risque de la DPP. Une surveillance étroite des femmes vulnérables afin d'identifier précocement les symptômes dépressifs s'avère nécessaire.

La prévention va se faire essentiellement par les professionnels de la santé qui seront en contact direct avec les femmes enceintes et les jeunes mères, tout au long de la grossesse et dans le post-partum.

- Le médecin généraliste : C'est souvent un intermédiaire privilégié pour la femme enceinte et celle qui vient d'accoucher, puisqu'il connaît généralement la patiente dans sa globalité avec ses antécédents sur le plan médical mais aussi familial et social. Cela va lui permettre de déceler des facteurs de risque ou encore des symptômes précoces pouvant présager la survenue d'une DPP. Le médecin généraliste peut proposer une PEC lui-même ou adresser la patiente vers un spécialiste si nécessaire.
- Les gynécologues obstétriciens et / ou les sages-femmes : Vont intervenir tout au long de la grossesse, de l'accouchement et en suites de couches. Ils ont donc une place privilégiée dans la prévention puisqu'ils sont en contact direct avec la femme pendant toute la période périnatale. Ils peuvent donc être des acteurs de prévention, en s'assurant du bon déroulement psychique de la grossesse et de la maternité.
- Pédiatre : Chargé du suivi de l'enfant, il joue un rôle clé dans la prévention et la détection de troubles psychiques du post-partum. Il est attentif à la nouvelle relation mère-enfant qui se met en place, au développement du nouveau-né et aux comportements de la mère et de l'enfant surtout.

- Psychiatre : Pour une prise en charge spécialisée adaptée, en plus du rôle de formation – information.

*b. Dans quelles situations ?*

Cox (1987) propose un panel de signes pouvant alerter les obstétriciens, les médecins généralistes, ou encore les sages-femmes et les infirmiers quant à une possible DPP. (29) Chez une femme qui :

- Se sent faible, fatiguée ou présente des troubles du sommeil.
- Se plaint de symptômes somatiques tels que des maux de tête, des douleurs abdominales, une sensibilité mammaire sans cause physique.
- Exprime des craintes que l'entourage critique ses capacités d'être mère.
- Exprime des inquiétudes quant à la santé du bébé ou au contraire une négligence.
- Sur-sollicite son bébé et tend à répondre immédiatement à ses demandes.
- A un bébé qui ne parvient pas à s'apaiser et qui pleure de manière excessive ou présente des troubles d'alimentation et de sommeil.

Sinon le dépistage systématique de routine chez toutes les mères qui viennent d'accoucher serait, selon Milgrom (2008), la manière la plus efficace et la moins coûteuse pour identifier les mères à risque de la DPP. Cox et al. (2018) recommandent également une systématisation du dépistage de la DPP pour un diagnostic précoce de cette pathologie. (16;30)

Il existe deux périodes primordiales au dépistage : l'ante et le post-partum, et il semble intéressant de déceler les femmes à risque de développer une DPP pendant la grossesse. (31)

*c. Par quels moyens :*

La DPP est peu diagnostiquée malgré son impact et les conséquences qu'elle occasionne. Une amélioration du dépistage et de la prise en charge précoce de cette pathologie représente donc un réel enjeu de santé publique. De ce fait, de nombreux chercheurs se sont penchés sur l'élaboration de moyens de dépistage.

- Beck-Inventory
- L'échelle d'Edinburgh (EPDS)
- L'outil de deux questions
- Hamilton Depression Scale HAM-D
- MINI « Mini International Neuropsychiatric Interview »
- Questionnaire de Genève DAD-P

Ces échelles sont toutes présentées dans la littérature comme des outils reconnus et validés par l'une ou l'autre des recherches. Néanmoins, celles-ci ne sont pas spécifiques de la DPP. Mais bénéficient d'une bonne validation pour la dépression, et de ce fait, elles pourraient toutes être utilisées (Wickberg et al. 1997 ; Lawrie et al. 1998). (32)

## **2. Les troubles anxieux :**

### **2.1. Définition de l'anxiété :**

L'anxiété, qui se manifeste sous forme de grande inquiétude, est un phénomène tout à fait normal de la vie. Lorsqu'elle prend un caractère excessif menant à une pathologie, il s'agit alors de troubles anxieux, affectant le comportement, les pensées, les émotions de la personne. S'ils peuvent être handicapants, ils sont, selon l'auteur, tout à fait abordables d'un point de vue thérapeutique. Comportant a priori un grand nombre d'états en apparence très différents, le point sur ces affections est ici proposé (33).

Entre l'anxiété normale et les troubles anxieux caractérisés, il existe des formes intermédiaires habituellement classées dans "les troubles de l'adaptation avec anxiété" auxquelles il faut ajouter les manifestations anxieuses au cours des affections psychiatriques.

Quelle que soit leur intensité, les manifestations cliniques de l'anxiété sont habituellement définies selon trois ordres : psychologique, somatique et comportemental.

Elles peuvent être présentes, à des degrés divers, dans toutes les entités correspondantes de la classification DSM-IV et DSM-5 (34,35) :

- **Symptômes psychologiques** (y compris cognitifs) : appréhension, inquiétude, anticipation, panique, irritabilité, tension, difficultés d'attention et de concentration, susceptibilité exacerbée, réactivité exagérée, incapacité à gérer des situations simples, fuite en avant.
- **Symptômes somatiques** : tachycardie, palpitations, douleurs thoraciques, sensation d'oppression thoracique, dyspnée, troubles digestifs (diarrhées, constipation), impression de nœud à l'estomac ou à la gorge, sensations vertigineuses, sueurs, paresthésies, tremblements, douleurs musculaires, céphalées, insomnie, fatigue, troubles du sommeil, spasmophilie.
- Symptômes comportementaux : immobilisation, conduites d'évitement ou de fuite, phobique et addictives, maladresse, hyperactivité, compulsions, rituels
- Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT) (36).

Toutes les femmes enceintes sont un peu anxieuses à l'approche de la naissance. Environ 20% des femmes osent dire qu'elles craignent d'accoucher et 6 à 10% souffrent carrément d'une phobie. Au cours d'une première grossesse, c'est souvent la peur de l'inconnu et de perdre le contrôle qui angoisse les femmes. Certaines femmes préféreraient même une césarienne, car elles ont l'impression qu'elles contrôleraient ainsi mieux la naissance. Pour une deuxième grossesse, la peur provient parfois d'une mauvaise expérience au moment de l'accouchement précédent. Cependant, même si tout s'est bien déroulé la première fois, une part d'inconnu demeure au 2<sup>e</sup> ou au 3<sup>e</sup> accouchement et peut rendre certaines femmes anxieuses.

En général, les femmes qui ont peur d'accoucher craignent la douleur et ne croient pas qu'elles pourront la gérer adéquatement. Elles craignent également de perdre le contrôle de leurs émotions. La peur peut aussi être amplifiée par les histoires d'accouchement négatives qu'elles ont entendues dans leur entourage ou par des représentations dramatiques vues à la télévision.

**2.2. Attaque de panique :**

**a. Définition :**

C'est une période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que des sensations de «souffle coupé», des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de mourir ou de perdre le contrôle de soi.

**b. Critère diagnostic :**

Une période bien délimitée de crainte ou de malaise intenses, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ils atteignent leur acmé en moins de dix minutes :

1. Palpitations, battements du cœur ou accélération du rythme cardiaque
2. Transpiration
3. Tremblements ou secousses musculaires
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement
5. Sensation d'étranglement
6. Douleur ou gêne thoracique
7. Nausée ou gêne abdominale



8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement
9. Déréalisation (sentiments (l'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi)
10. Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou
11. Peur de mourir
12. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements)
13. Frissons ou bouffées de chaleur.

**2.3. L'agoraphobie :**

*a. Définition :*

C'est une anxiété ou un évitement d'endroits ou de situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'Attaque de panique ou de symptômes à type de panique.

*b. Critère diagnostic :*

- Anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'Attaque de panique soit inattendue soit facilitée par des situations spécifiques ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobies regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.
- Les situations sont soit évitées (p. ex., restriction des voyages) soit subies avec une souffrance intense ou bien avec la crainte d'avoir une Attaque de panique ou des symptômes à type de panique ou bien nécessitent la présence d'un accompagnant.

- L'anxiété ou l'évitement phobique n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental, tel une Phobie sociale (par ex. évitement limité aux situations sociales par peur d'être embarrassé), une Phobie spécifique (p. ex., évitement limité à une situation unique comme les ascenseurs), un Trouble obsessionnel-compulsif (p. ex., évitement de la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un État de stress post-traumatique (p. ex., évitement des stimulus associés à un facteur de stress sévère) ou un Trouble anxiété de séparation (évitement lié au départ du domicile ou à la séparation d'avec les membres de la famille).

#### **2.4. Trouble panique :**

##### *a. Définition :*

Le Trouble panique se caractérise par la survenue de deux à quatre Attaques de panique en un mois dont une au moins s'est accompagnée de la crainte persistante d'avoir une nouvelle attaque de panique ou de préoccupations sur ses conséquences possibles ou une modification du comportement du sujet »

##### *b. Critères diagnostic :*

- **A la fois (1) et (2) :**
  - Attaques de panique récurrentes et inattendues.
  - Au moins une des attaques s'est accompagnée pendant un mois « ou plus » de l'un « ou plus » des symptômes suivants :
    - Crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique.
    - Préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque ou bien de ses conséquences.
    - Changement de comportement important en relation avec les attaques
- Présence d'Agoraphobie.
- Les attaques de panique ne sont pas dues aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

- Les attaques de panique ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental, tel une phobie sociale, une phobie spécifique, un TOC, un ESTP ou un trouble d'anxiété de séparation.

**2.5. La Phobie sociale :**

**a. Définition :**

Elle est caractérisée par une anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement.

**b. Critère diagnostique :**

- Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir « ou de montrer de symptômes anxieux » de façon embarrassante ou humiliante.
- L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi-systématique une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation.
- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur.
- Les situations sociales ou de performance sont évitées ou vécues avec une anxiété et une détresse intense.
- L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la « es » situation « s » redoutée « s » sociale « s » ou de performance perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles « scolaires », ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

- Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 06 mois.
- La peur ou le comportement d'évitement n'est pas lié aux effets physiologiques directs d'une substance, ni à une affection médicale générale et n'est pas mieux expliqué par un autre trouble mental « TP avec ou sans agoraphobie, trouble anxiété de séparation, peur de dysmorphie corporelle, trouble envahissant du développement ou personnalité schizoïde ».
- Si une affection médicale générale ou un autre trouble mental est présent, la peur décrite en A est indépendante de ces troubles.

**2.6. Le trouble obsessionnel compulsif:**

*a. Definition:*

Les Troubles obsessionnels compulsifs se caractérisent par la présence de pensées répétitives et stéréotypées dénommées obsessions et ou par des comportements que le sujet ne peut s'empêcher de réaliser appelées compulsions gênant considérablement le sujet dans ces activités sociales et ou professionnelles.

*b. Critère diagnostique :*

- Existence soit d'obsessions soit des compulsions :
  - **Obsession** définie par 1, 2, 3, et 4 :
    - Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à un certain moment de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.
    - Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.
    - 3. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

- 4. Le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale « elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas de pensées imposées ».
- **Compulsions** définies par 1 et 2 :
  - Comportements répétitifs ou actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
  - Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutée, cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.
- A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions étaient excessives ou irraisonnées.
- Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps c considérable « prennent plus d'une heure par jour » ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel « ou scolaire » ou ses activités ou relations sociales habituelles.
- Si un autre trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier.
- La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance, ni d'une affection médicale générale.

- **Spécifier :**

Avec peu de prise de conscience, si la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées

**2.7. L'état de stress post-traumatique (ESPT) :**

**a. Définition :**

C'est ensemble d'éléments cliniques organisés et durables apparaissant à la suite d'événements objectivement traumatisants mais n'ayant pas entraîné des blessures physiques graves chez le patient concerné.

**b. Critère diagnostic :**

- Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
  - Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
  - La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. N.-B. : Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
  - Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. N.-B. : Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

- Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.
- L'impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, (les hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). N.-B. : Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.
- Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- (5) réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
  - Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme
  - Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
  - Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme
  - Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités
  - sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

- Restriction des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
- Sentiment d'avenir « bouché » (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie)
- Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
  - Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
  - Irritabilité ou accès de colère
  - Difficultés de concentration
  - Hyper vigilance
- La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

### **2.8. Trouble Anxiété généralisée (TAG) :**

#### ***a. Définition :***

C'est un état anxieux prolongé où l'anxiété est présente la plupart du temps et depuis au moins six mois, elle est indépendante d'une situation phobogène, d'une crainte obsédante ou d'autres troubles mentaux ou somatiques.

#### ***b. Critères diagnostic :***

- Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tel le travail ou les performances scolaires).
- La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.



## L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum

---

- L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les 6 derniers mois). N.-B. : Un seul item est requis chez l'enfant.
  - Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
  - Fatigabilité
  - Difficultés de concentration ou trous de mémoire
  - Irritabilité
  - Tension musculaire
  - Perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant)
- L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité aux manifestations d'un trouble de l'axe I, p. ex., l'anxiété ou la préoccupation n'est pas celle d'avoir une Attaque de Panique (comme dans le Trouble panique), d'être gêné en public (comme dans la Phobie sociale), d'être contaminé (comme dans le Trouble obsessionnel-compulsif), d'être loin de son domicile ou de ses proches (comme dans le Trouble anxiété de séparation), de prendre du poids (comme dans l'Anorexie mentale), d'avoir de multiples plaintes somatiques (comme dans le Trouble somatisation) ou d'avoir une maladie grave (comme dans l'Hypocondrie), et l'anxiété et les préoccupations ne surviennent pas exclusivement au cours d'un État de stress post traumatique.
- L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie) et ne survient pas exclusivement au cours d'un Trouble de l'humeur, d'un Trouble psychotique ou d'un Trouble envahissant du développement.

**2.9. Prise en charge thérapeutique des troubles anxieux :**

**a. Objectifs Généraux :**

- Mettre en route les traitements psychothérapeutique ou médicamenteux qui permettront de diminuer les symptômes, de diminuer la morbidité et d'améliorer le fonctionnement psychologique et social du patient.
- Evaluer l'anxiété et adapter les traitements.

**b. Information du patient et adaptation du mode de vie :**

Le patient doit être informé une fois le diagnostic est posé.

Contenu de l'information : La nature du trouble anxieux, ses manifestations, sa fréquence, ses causes, les difficultés du diagnostic. Les différents traitements, incluant les psychothérapies, avec leurs avantages et leurs inconvénients

Pour les médicaments, il faut informer le patient :

- Du délai d'action,
- De la nécessité d'adapter la dose efficace sous contrôle médical,
- De respecter la régularité des prises,
- D'éviter l'escalade de doses,
- Des effets indésirables,
- Des signes de sevrage et les signes de rebond de l'anxiété

Les mesures hygiéno-diététiques suivantes sont conseillées : quantité de sommeil suffisante à respecter ; bon équilibre alimentaire ; tempérance ou abstinence vis-à-vis de l'alcool, du café, du tabac et de drogues ; pratique régulière de l'exercice physique.

*c. Moyens thérapeutiques :*

*c.1. Psychothérapies :*

Dans le cadre du traitement psychothérapeutique, il convient de distinguer ce qui est de l'ordre de l'information et du soutien psychologique et ce qui est de l'ordre des psychothérapies structurées.

- Une psychothérapie non structurée d'accompagnement, tel un soutien psychologique, une écoute attentive et des conseils à court terme sont systématiques.
- Psychothérapies structurées

Elles ont des objectifs différents, qui doivent être communiqués au patient, et selon les circonstances à l'entourage avec l'accord du patient :

Les thérapies comportementales et cognitives (TCC) sont orientées vers la gestion des problèmes actuels et du future, elles constituent une option thérapeutique dans les troubles anxieux.

D'autres sont centrées sur l'individu et ses conflits psychiques (psychothérapie d'inspiration analytique, psychanalyse, etc.) .

La Thérapie « self help », ou gestion de l'anxiété par soi-même, met l'accent sur l'information du patient, des moyens de changer par lui-même.

Les objectifs sont dirigés vers les symptômes : anxieux, somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux. Ils proposent des exercices concrets à faire soi-même (relaxation, contrôle respiratoire, gestion émotionnelle, d'exposition et d'affirmation de soi, etc.). Le contact avec le thérapeute reste indispensable. La formation initiale du patient et l'évaluation en cours de thérapie sont essentielles.

Les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés. Elles sont parfois difficilement réalisables en raison du manque de thérapeutes formés (commune éloignée d'un grand centre, disparité géographique) ou de la réticence des patients

c.2. Traitement médicamenteux :

- Les antidépresseurs :

Certains inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) sont recommandés en première intention dans l'un ou l'autre des cinq types des troubles anxieux caractérisés ; ils peuvent, en début de traitement, entraîner une aggravation de l'anxiété, une agitation ou, rarement, des idées suicidaires. Dans tous les cas, une Surveillance initiale étroite est nécessaire. Les effets indésirables sont notamment des insomnies, des nausées, une dysfonction sexuelle, une prise de poids. Ils ne provoquent pas de dépendance physique, même après un traitement long. Quand ils sont arrêtés brutalement, ce qui n'est pas recommandé, il peut exister un syndrome de sevrage avec vertiges, insomnies, syndrome pseudo-grippal.

Les antidépresseurs tricycliques sont efficaces dans certains troubles anxieux, mais sont associés à plus d'effets indésirables que les ISRS ou les IRSNA. Ils devraient n'être utilisés qu'après une non-réponse ou une mauvaise tolérance aux traitements de première intention ; la prescription d'antidépresseurs sera particulièrement surveillée chez les patients présentant un trouble bipolaire associé.

Il est recommandé de donner une double dose et une durée de traitement plus longue par rapport au traitement des troubles dépressifs.

- Les anxiolytiques :

Les benzodiazépines sont indiquées lorsque le contrôle rapide des troubles anxieux caractérisés est crucial, car ils ont un effet anxiolytique significatif et rapide. Mais, ils ont un risque de rebond de l'anxiété à l'arrêt, risque qui est diminué par le sevrage progressif.

Outre la dépendance physique et psychique, les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé. La durée de traitement maximale préconisée est de 12 semaines, sevrage progressif inclus ; d'autres molécules à effet anxiolytique sont utilisables : hydroxyzine (sédatif), Buspirone.

c.3. Associations psychothérapie et traitement médicamenteux :

L'association peut être nécessaire, en particulier pour les patients qui ne répondent pas à un seul traitement.

## **II. Discussion des principaux résultats :**

### **1. Influence des ATCDs personnels de fausses couches :**

Le vécu d'une ou plusieurs fausses couches peut susciter de l'angoisse pendant la grossesse qui aurait comme corollaire des troubles anxiodépressifs dans le post-partum. Cependant, notre étude ne montre pas de corrélation significative entre les ATCDs personnels de fausses couches et la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum ( $P = 0,463$ ).

De même pour l'étude de TING DING (2014) montre que la relation entre l'ATCD de fausses couches et les troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum n'est pas significative. (37)

D'autres études réalisées par Ann Josefsson et al (2002) et Azad R et al (2019) trouvent que la relation entre l'existence d'ATCDs personnels d'une ou plusieurs fausses couches et la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum n'est pas statistiquement significative ce qui rejoint les résultats de notre étude. (38,39)

L'étude d'Atefeh Vaezi et al. (2018) portant sur 200 femmes a montré que la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum n'a pas de relation significative avec les ATCDs personnels de fausses couches. (40)

Par contre, l'étude de Ran An et al (2021) durant la pandémie covid-19 montre que la relation entre l'ATCD de fausses couches et l'apparition des troubles anxiodépressifs est statistiquement significative, Ils ont déduit que la prévalence de la dépression du post-partum est significativement plus élevée chez les femmes avec histoire de fausse couche. (41)

Eberhard-Gran M et al (2002) ont trouvé les mêmes résultats, ils ont considéré que les ATCDs de fausses couches augmentent le risque de l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum (OR = 1,7). (42)

**Tableau XV : Influence des ATCDs personnels de fausses couches comparé à la littérature.**

PAYS	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	Odds ratio (OR)
Maroc (El Jadida)	Notre étude	2023	100	0,463	1.444
Chine	TING DING et al	2014	214	0,42	1,30
Suède	Ann Josefsson et al (38)	2002	396	P > 0,05	0,66
Bangladesh	Azad R et al (39)	2019	376	0,073	---
Iran	Atefeh Vaezi et al (40)	2018	200	0,176	---
Chine	Ran An et al (41)	2021	209	0,029	---
Norvège	Eberhard-Gran M et al (42)	2002	2730	P < 0,05	1,7

## **2. Influence des ATCDs familiaux des troubles psychiques :**

Dans notre étude, une association significative a été trouvée (P = 0,042) entre la présence d'ATCDs psychiatriques familiaux et le risque de développer les troubles anxiodépressifs en post-partum.

L'existence d'antécédents familiaux de pathologies mentales pourrait suggérer une prédisposition génétique et/ou environnementale chez ces femmes, qui représente un facteur de risque important.

Cependant, les études sur les antécédents psychiatriques familiaux montrent des discordances et des résultats controversés :

L'étude de Mary Kimmel et al. (2014) portant sur 93 femmes a montré une corrélation significative ( $P = 0.02$ ) entre l'existence d'ATCDs familiaux de trouble dépressifs et la survenue de troubles anxiodépressif en post-partum. (43)

De même pour l'étude de Thangavelautham Suhitharan et al (2016) qui a trouvé une forte corrélation entre la présence de troubles psychique dans la famille et l'apparition de troubles anxiodépressifs en post-partum ( $OR = 11.1$ ) (44)

Juliana Mano Hartmann et al (2017) ont trouvé que la relation entre l'ATCD familiale de troubles dépressifs et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significative ( $P=0,003$ ) ce qui rejoint les résultats de notre étude. (45)

O'Hara 1996 ne les identifie pas comme des facteurs de risques formels. (18)

Par contre, Johnstone et al. (2001) ont montré un risque accru de DPP chez les parturientes ayant des antécédents familiaux de maladie psychiatrique. (26)

De même, pour Munk-Olsen et al. (2007), la présence de pathologie(s) mentale(s) au sein de la famille augmenterait le risque de survenue de problèmes de santé mentale dans le postpartum précoce, et ce tout spécifiquement si le membre de la famille souffrait de troubles bipolaires. (46)

Par contre, l'étude d'Adam Fiala et al. (2017) a montré qu'il y a une corrélation ( $OR = 1.1$  pour la maman et  $1.2$  pour le père) mais non significative ( $P = 0.659$  pour la mère et  $0,508$  pour le père) entre les ATCDs familiaux de troubles psychiques et la survenue des troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum.(47)

L'étude de Murphy-Eberenz et al. (2006), portant sur 328 femmes dont au moins une sœur avait comme antécédent psychiatrique une DPP, avait pour objectif d'étudier spécifiquement le lien entre les antécédents familiaux de DPP et le risque de DPP chez les parturientes. L'étude avait mis en évidence une association très significative. (48)

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

Deux autres études avaient évalué à la fois les femmes souffrant de DPP et leurs membres de familles, par des entretiens cliniques. On notait une association significative entre l'histoire familiale de dépression ou de maladie psychiatrique et DPP chez les parturientes. (49 ;50)

Une méta-analyse de 26 études réalisée par Mette-Marie Zacher Kjeldsen et al . (2022) montre une corrélation statistiquement significative entre les ATCDs familiaux d trouble psychique et la survenue de troubles dépressifs en post-partum (OR = 2.08) (51)

Notons qu'au cours de notre étude, l'une des difficultés rencontrées pour établir la présence d'antécédents familiaux de maladies mentales, c'est qu'il fallait que les participantes, sous réserve d'être au courant de leurs membres de la famille ayant des problèmes psychiatriques, soient disposés à bien vouloir révéler ces informations

**Tableau XVI : Influence des ATCDs familiaux de troubles psychiques comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (El Jadida)	Notre étude	2023	100	0,042	3,222
Maroc (Marrakech)	Sahir et al (88)	2022	200	0.012	-
Etats-Unis	Mary Kimmel et al (43)	2014	93	0.02	-
Singapour	Thangavelautham Suhitharan et al (44)	2016	479	0.0001	11.1
Brasil	Juliana Mano Hartmann et al (45)	2017	2687	0,003	-
-	Mette-Marie Zacher Kjeldsen et al (51)	2022	100877	P < 0.05	2,08



### **3. Influence du déclenchement de travail :**

Il semblerait que l'administration d'Oxytocine exogène pendant le travail entraîne plutôt une aggravation de l'état thymique des mères (52). Les dernières recommandations publiées concernant l'utilisation de l'Oxytocine rappellent que ce n'est pas une molécule anodine et qu'elle doit être utilisée avec parcimonie et en aucun cas de manière systématique, hormis dans la prévention de l'hémorragie de la délivrance. (53)

Ainsi, la molécule d'Oxytocine administrée pendant le travail semble être un facteur de risque de dépression et de troubles anxieux dans le post-partum. Cependant, la physiopathologie reste encore à préciser.

Notre étude a montré que le déclenchement du travail augmente le risque de la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum.

De même pour une étude réalisée par HyunChul Youn (2017) portant sur 1,269,130 femmes qui a trouvé que le déclenchement de travail a une relation significative avec l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum ( $P = 0.0001$ ) ce qui rejoint les résultats de notre étude, ils ont considéré que le déclenchement de travail augmente le risque de troubles dépressifs en post-partum ( $OR = 1.10$ ) (54)

Par contre, l'étude de Ş. Unsal Atan et al. (2018) n'a pas trouvé de corrélation significative entre le déclenchement du travail par l'oxytocine et le développement des troubles anxiodépressifs en post-partum (55)

Martina Smorti et al (2019) ont réalisé une étude sur un échantillon de 161 femmes qui n'a pas aussi trouvé de corrélation significative entre le déclenchement du travail et la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum mais ils ont trouvé que les femmes qui ont eu un travail induit ont un niveau de DPP plus élevé que les femmes qui ont eu un travail spontané. (56)

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Une autre étude de Sam Andersson et al. (2021), montre que la relation entre le déclenchement de travail et la survenue des troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum est statistiquement non significative. (57)

Cette association entre Oxytocine et troubles anxiodépressifs est aussi retrouvée dans une étude réalisée par Gu et al. (58). Le taux d'Oxytocine administré pendant le travail était corrélé positivement aux symptômes dépressifs à deux mois du post-partum, mais cette corrélation n'était pas statistiquement significative ( $P = 0,111$ ). Ce résultat peut apparaître comme paradoxal puisque la molécule d'Oxytocine est depuis peu utilisée en psychiatrie pour traiter certains troubles de l'humeur et à l'essai dans le traitement des dépressions sévères (59) On pourrait donc s'attendre à un effet positif de l'hormone de synthèse dans la prévention des troubles anxieux et dépressifs du post-partum.

Une méta-analyse du Docteur Mah B. retrouvait un taux d'Oxytocine endogène plus faible chez les mères déprimées en postpartum, et l'administration d'Oxytocine exogène ne faisait qu'augmenter les troubles (60)

**Tableau XVII : Influence du déclenchement de travail comparé à la littérature.**

<b>Pays</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>P-valeur</b>	<b>OR</b>
Maroc (EL Jadida)	Notre etude	2023	100	0.008	3.400
Italie	Martina Smorti et al (56)	2019	161	0,757	-
Canada	Gu et al (58)	2015	316	0,111	-
Suede	Sam Andersson et al (57)	2021	4313	0.697	-
Turquie	Ş. Unsal Atan et al (55)	2018	1010	0,374)	-

#### 4. Influence des pathologies fœtales au cours du travail :

Notre étude a montré une corrélation significative entre l'existence d'une détresse fœtale au cours du travail et la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum.

De même pour l'étude réalisée par EA Blom et al. (2010) qui a trouvé une relation statistiquement significative entre la suspicion d'une détresse fœtale et les troubles anxiodépressifs du post-partum ce qui rejoint les résultats de notre étude. (61)

Derya Akdag Cirik et al. (2016) ont réalisé une étude portant sur 149 femmes qui a montré que la suspicion d'une détresse fœtale au cours de l'accouchement augmente le risque de la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum. (62)

Ceci est valable aussi pour l'étude faite par Pooja Bansil et al. (2010) qui a trouvé une relation très significative entre la présence d'une détresse fœtale au cours du travail et l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum. (63)

**Tableau XVIII : Influence des pathologies fœtales comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre étude	2023	100	0,023	4,222
Turquie	Derya Akdag Cirik et al (62)	2016	149	0,043	4,440
Pays-Bas	EA Blom et al (61)	2010	4941	0,02	1,56
Etats-Unis	Pooja Bansil et al (63)	2010	32,156,438	< 0.05	1,30

## 5. Influence de la césarienne d'urgence :

Notre étude a trouvé que la césarienne est un facteur de risque pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum, Ce résultat pourrait être expliqué par l'altération physique qu'entraîne la césarienne, ce qui peut décompenser l'humeur les jours suivants l'accouchement et précipiter une DPP les semaines d'après.

Une étude de cohorte menée par Blom et al. (2010) avait montré, au sein d'un échantillon de 4941 femmes enceintes, que plusieurs complications obstétricales étaient significativement associées à la présence d'une DPP, dont la césarienne d'urgence qui était considéré comme facteur de risque. (61)

Certaines études avaient abordé de manière plus spécifique la question de la césarienne et sa relation avec la DPP :

Boyce et al. (1992) avaient trouvé une forte corrélation entre la césarienne et l'apparition d'une DPP. Dans cette étude, les femmes qui avaient subi une césarienne en urgence avaient 6 fois (OR = 6.82) plus de risque de présenter une DPP. (64)

Une autre étude de Johnstone et al (2001) portant sur 490 femmes a trouvé un risque accru (OR =1,40) mais non significatif de troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes qui ont eu recours à la césarienne d'urgence. (26)

D'autres études n'avaient pas trouvé de liens significatifs entre la césarienne d'urgence et les troubles anxiodépressifs du post-partum, tels que l'étude de Forman et al. (2000) (OR = 1) et l'étude de Warner et al, (1996) (OR = 0,90). (65,66)

Une étude de Chaaya et al (2002) montre que les femmes ayant eu recours à la césarienne ont un risque moindre de développer les troubles anxiodépressifs (OR = 0,14) .(67)

Par contre l'étude Asli Goker et al. (2012) a trouvé que la relation entre le recours à la césarienne d'urgence et l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum n'est pas statistiquement significative. (68)

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

TING DING et al. (2014) ont trouvé que les femmes ayant une césarienne d'urgence ont un risque plus élevé pour avoir des troubles anxiodépressifs en post-partum. (37)

D'après Soderquist J et al. (2002) et l'étude de P. Gosselin et al. (2016), un lien fort retrouvé entre les femmes ayant accouchées par césarienne non planifiée y compris d'urgence et la présence de TSPT PP. {69,70)

Alors que l'étude réalisée Michael E.Silverman et al. (2017) portant sur un échantillon de 4397 femmes montre qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la césarienne d'urgence et la survenue des troubles anxiodépressifs du post-partum (OR = 0,99). (71)

Une autre étude faite par Abiodun O.Adewuya et al. (2005), montre que la césarienne d'urgence est un facteur de risque pour les troubles anxiodépressifs du post-partum (OR=3.58). (72)

**Tableau XIX : Influence de la césarienne d'urgence comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre étude	2023	100	0.009	7.389
Maroc (Marrakech)	Sahir et al (88)	2022	200	0.026	---
Pays-Bas	Blom et al (61)	2010	4941	0,04	1.53
Chine	DING et al (37)	2014	214	0.006	2,55
Turquie	Asli Goker et al (68)	2012	318	> 0.05	---
Liban	Chaaya et al (67)	2002	396	< 0.05	0.14
Nigeria	Abiodun O.Adewuya et al (72)	2005	876	< 0.05	3.58

## 6. Influence des lésions périnéales :

Les lésions périnéales peuvent être vécues comme un réel traumatisme pour les femmes. Les femmes sont plus susceptibles de développer une mauvaise image de leur corps et une vie sexuelle moins satisfaisante après ces lésions. En effet, ces atteintes intimes peuvent être sources de véritables traumatismes pour les mères et ainsi augmenter l'état de fragilité physiologique du post-partum.

Notre étude a montré que les lésions périnéales ont une relation statistiquement significative avec l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum.

De même pour l'étude réalisée par Mohammad K.I et al. (2011) a trouvé une relation très significative ( $P=0,001$ ) entre les lésions périnéales et le développement des troubles anxiodépressive à 6-8 semaines du post-partum. (73)

Une étude de Kornelia Zaerba et al (2020) portant sur 150 femmes a montré le contraire, les lésions périnéales étaient un facteur qui réduisait le risque de troubles de l'humeur post-partum. L'étude a considéré que ce résultat pourrait être dû à la préparation des femmes à l'éventualité d'une, ce qui pourrait entraîner une attitude positive envers la procédure et le sentiment d'avoir le contrôle. (74)

Alexis B.Dunn et al. (2015) ont trouvé une corrélation significative entre les lacérations périnéales et les troubles anxiodépressifs à 4 semaines du post-partum ( $P = 0,04$ ), cette étude a considéré les lésions périnéales comme un facteur qui augmente le risque le risque de la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum. (75)

Une étude réalisée par Asif et al. (2020) qui étudie la relation entre les lésions périnéales grave et les troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum, a montré qu'il y pas une association significative entre ces deux paramètres par contre une corrélation significative a été trouvé entre les femmes de faible résistance et les troubles anxiodépressif du post-partum (OR =5.5). (76)

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

Ann Josefsson et al. (2002) portant sur 396 femmes, ont trouvé qu'il n'y a pas de corrélation significative entre les déchirures périnéales et les troubles anxiodépressifs du post-partum. (38)

Une étude réalisée par Michael E. Silverman et al. (2017), a montré que les lésions périnéales et les troubles anxiodépressifs du post-partum chez les femmes sans ATCDs personnels de troubles psychiques ont une relation statistiquement significative. (71)

De même pour l'étude de Stuart J. Johnstone et al. (2001), ils ont conclu que les femmes victimes de lésions périnéales ont un risque plus élevé (OR = 1.61) mais non significative pour développer les troubles anxiodépressifs du post-partum. (26)

**Tableau XX : Influence des lésions périnéales comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre étude	2023	100	0.021	7,917
Jordanie	Mohammad K.I et al (73)	2011	353	0,001	---
Etats-Unis	Alexis B.Dunn et al (75)	2015	153	0,04	---
Suède	Asif et al (76)	2020	2990	< 0.05	5.5
Suède	E.Silverman et al (71)	2017	4397	< 0.05	1.22
Suède	Ann Josefsson et al (38)	2002	396	> 0.05	1.01

## 7. Influence de l'hémorragie de la délivrance :

L'hémorragie de la délivrance est une complication du post-partum immédiat qui est l'une des plus anxiogènes pour la femme. Elle est vécue comme une menace pour l'intégrité physique, à laquelle s'ajoute une peur intense, une sensation de mort. Ces sentiments forts sont la cause de troubles cependant plus proches d'un état de stress post-traumatique que des troubles anxiodépressifs tels que nous les avons décrits précédemment

Notre étude a montré que la relation entre l'hémorragie de la délivrance et la survenue des troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significative.

A partir de nos résultats statistiques et analytiques, on a trouvé que les femmes qui ont eu une hémorragie de la délivrance ont plus de risque pour développer les troubles anxiodépressifs en post-partum (OR= 3.694).

Une étude de Kornelia Zareba et al. (2020) portant sur 150 femmes, a aussi montré une corrélation significative entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum, (P = 0,0001) ils ont considéré que l'hémorragie de la délivrance peut être une cause de la détérioration de la santé mentale de la femme. (74)

K.I. Mohammad et al. (2011) ont réalisé une étude qui a aussi montré que la relation entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs à 6-8 semaines du post-partum est significative (P = 0,049), Les auteurs ont suggéré une double étiologie du développement de ces troubles : le traumatisme subi par la femme lors de l'hémorragie et la baisse du taux de fer affectant l'humeur. (73)

Par contre une étude de TING DIND et al. (2014), a trouvé qu'il n'y a pas une relation significative entre l'hémorragie de la délivrance et le développement des troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum. (37)



**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

De même pour une étude réalisée par Can Liu et al. (2021) sur un échantillon 486476 femmes, montre qu'il y a une corrélation ( OR =1.06) mais non significative entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum (77)

Patricia Eckerdal et al, (2016) ont trouvé que la relation entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement non significative (78)

L'étude cas-témoins de Szu-Nian Yang et al. (2011) (Témoins= 2107, Cas =8428) montre qu'il y a une corrélation significative entre l'hémorragie de la délivrance et les troubles anxiodépressifs du post-partum. (79)

**Tableau XXI : Influence de l'hémorragie de la délivrance comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre étude	2023	100	0,044	3.694
Pologne	Kornelia Zareba et al (74)	2020	150	0.0001	---
Finland	Patricia Eckerdal et al (78)	2016	446	0,274	1.81
Chine	TING DIND et al (37)	2014	214	0,17	1
Jordanie	K.I. Mohammad et al (73)	2011	353	0,049	---
Taiwan	Szu-Nian Yang et al (79)	2011	10535	0.024	1.37

## 8. Pathologie du nouveau-né :

La découverte de pathologie chez le nouveau-né est un évènement particulièrement anxiogène pour la mère et pouvant entraîner du stress, une grande culpabilité et une altération de l'image du bébé parfait et idéalisé construite tout au long de la grossesse. L'établissement de la relation mère/bébé est alors perturbé et la fragilité psychique de la mère en post-partum peut également être augmenté ou favoriser l'apparition de troubles anxiodépressifs.

Notre étude a montré corrélation mais non significative entre les troubles anxiodépressifs du post-partum et l'existence d'une pathologie chez le nouveau-né.

De même pour l'étude d'Adam Fiala et al (2017), qui a considéré la relation entre une pathologie du nouveau-né et l'apparition des troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum n'est pas significative. (52)

L'étude réalisée par TING DING et al (2014) n'a pas aussi trouvé une corrélation significative entre le bien-être du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post partum ( $P=0,40$   $OR=1,40$ ) (37)

Ann Josefsson et al. (2002) ont trouvé que la relation entre une pathologie du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum n'est pas statistiquement significative ( $OR=0,79$ ) ce qui rejoint les résultats de notre étude. (38)

L'étude de Sahir et al. (2022) a aussi n'a pas trouvé une significative entre la présence de pathologies et chez le nouveau-né et le développement de troubles anxiodépressifs en post-partum. (88)

L'étude de Garfield Lindsey et al (2015) portant sur un échantillon 113 femmes a trouvé qu'il y a une relation significative entre l'existence d'une pathologie du nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum ( $P=0.003$ ). Cependant, cette étude a considéré que l'existence d'une pathologie chez le nouveau née ou le nourrisson n'augmente pas le risque des troubles anxiodépressifs en post-partum (80)

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Par contre l'étude de Mohamad Yusuff et al (2015) a trouvé une corrélation significative entre ces deux paramètres, cette étude a considéré l'existence d'une pathologie chez le nouveau-né augmente le risque de la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum ceci peut être expliqué par l'inquiétude constante au sujet du bébé (81)

Une étude d'Eva-Britt Bergstrom et al. (2012) a considéré que l'hospitalisation du nouveau-né dans l'Unité de soins intensifs néonataux augmente la survenue des troubles anxiodépressifs chez la mère (OR =1,60) (82)

Kornelia Zareba et al. (2020) ont réalisé une étude portant sur 150 femmes qui a aussi trouvé une corrélation significative entre l'existence de pathologies chez le nouveau-né et les troubles anxiodépressifs en post-partum (P = 0,04), cette étude a trouvé que les femmes ayant un risque élevé de trouble dépressifs en post-partum ont un score d'Apgar plus faible. (74)

Une étude d'Atfeh Vaezi et al (2018) a trouvé que la relation entre l'existence d'une pathologie chez le nouveau-né et les troubles anxiodépressifs du post-partum est statistiquement significative. (40)

**Tableau XXII : Influence des pathologies du nouveau-né comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Taille de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre étude	2023	100	0.14	5,067
Iran	Atfeh Vaezi et al (40)	2018	200	0.014	2,513
Pologne	Kornelia Zareba et al (74)	2020	150	0,04	---
Maroc (Marrakech)	Sahir et al (88)	2022	200	0,061	---
Malaisie	Mohamad Yusuff et al (81)	2015	2072	0,006	1,68
La République tchèque	Adam Fiala et al (52)	2017	7589	0,332	1,7

## 9. Influence de la réalisation du contact Peau à Peau

La réalisation du contact peau à peau est un acte favorisant les premiers échanges entre la mère et son enfant. Nous aurions pu nous attendre à ce que sa réalisation soit un facteur protecteur de troubles anxiodépressifs dans le post-partum. Notre étude ne permet pas de le prouver ( $p=0,677$ ) car aucune différence significative n'a été mise en évidence.

De même pour l'étude de Hsiao-Chen Chiu et al. (2019), elle n'a pas montré une corrélation significative entre la non réalisation du Peau à peau est la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum. Cependant, les femmes qui ont réalisé le peau à peau avec leur nouveau-né ont obtenu des scores plus faibles sur les échelles de la dépression. (83) .

il a été déterminé dans l'étude de Cooijmans et al. (2017) que les femmes qui ont réalisé le peau à peau ont contribué positivement aux symptômes dépressifs du post-partum chez les mères et au développement de l'enfant à terme.(84)

Dans l'étude de Bigelow et al, (2012) le groupe de mères qui ont réalisé le peau à peau ont obtenu des scores plus faibles sur les sur les échelles de dépression lorsque les nourrissons étaient âgés d'une semaine et des scores légèrement inférieurs lorsque les nourrissons avaient un mois. (85)

Dans l'étude Mörelius et al. (2015), à 4 mois du post-partum, aucune différence significative n'a été constatée entre les groupes en ce qui concerne les troubles dépressifs du post-partum. La proportion de mères présentant des symptômes dépressifs ( $EPDS > 11$ ) était de 6,3% dans le groupe qui a réalisé le peau à peau et de 6,7% dans le groupe de femmes qui n'ont pas réalisé le peau à peau. (86)

**Tableau XXIII : Influence du contact Peau à Peau comparé à la littérature.**

Pays	Auteurs	Année	Tailles de l'échantillon	P-valeur	OR
Maroc (EL Jadida)	Notre etude	2023	100	0,677	1,238
Taiwan	Hsiao-Chen Chiu et al (83)	2019	333	0,405	---
Pays-Bas	Cooijmans et al (84)	2017	116	< 0,05	---
Suède	Mörelus et al (86)	2015	37	> 0,05	---
Canada	Bigelow et al (85)	2012	90	<0,05	---

### 10. Influence de l'allaitement artificiel :

Il existe un consensus sur le rôle protecteur de l'allaitement naturel au niveau psychologique, vu qu'il est bien établi dans la littérature, son rôle primordial, dans la construction et le développement de la relation mère-enfant.

En contrepartie, on pourrait aussi considérer tout simplement, que les mamans déprimées, allaitent moins souvent leurs enfants, du fait de la DPP qui interfère avec le rôle maternel.

Les résultats de notre étude ont montré une corrélation significative entre le mode d'allaitement artificiel (non maternel) et la survenue de troubles anxiodépressifs du post-partum.

L'étude de Sahir et al. (2022) portant sur un échantillon de 200 femmes a aussi montré que l'absence de l'allaitement maternel était associée à la survenue de la dépression du post-partum. (88)

Par contre, l'étude réalisée par Adam Fiala et al. (2017), qui ont trouvé une corrélation (OR =1.2) mais non significative entre l'absence d'allaitement maternel et la survenue des troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum, (52)

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Une autre étude de Ting Ding et al. (2014) a considéré l'allaitement maternel comme facteur protecteur contre les troubles anxiodépressifs à 6 semaines du post-partum (OR = 0,01, P < 0,001) (37)

D'ailleurs, Sarah J et al (2006) ont trouvé que l'allaitement artificiel augmente le risque de la survenue de troubles anxiodépressifs en post-partum. (OR =2.04 et P=< 0,05) (87)

De même pour l'étude d'Eberhard-Gran M (2002), elle montre qu'il existe une corrélation significative entre l'absence d'allaitement maternel et la survenue des troubles dépressifs en post-partum. (42)

**Tableau XXIV : Influence de l'allaitement artificiel comparé à la littérature.**

<b>Pays</b>	<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Taille de l'échantillon</b>	<b>P-valeur</b>	<b>OR</b>
<b>Maroc (EL Jadida)</b>	Notre étude	2023	100	0.032	1.727
Maroc (Marrakech)	Sahir et alv (88)	2022	200	P = 0,002	---
Etats-Unis	Sarah J et al (87)	2006	209	0.04	2.04
Norvège	Eberhard-Gran M (42)	2002	2730	< 0.05	12,4
La République tchèque	Adam Fiala et al (52)	2017	7589	0,392	1.2



*RECOMMANDATIONS*



Selon les résultats de notre étude, et leur discussion à la lumière de plusieurs articles de littérature, les recommandations suivantes peuvent ainsi être proposées :

- Formation et information des professionnels de santé et les sensibiliser sur la santé mentale en post-partum en proposant une formation continue des gynécologues-obstétriciens et des sages femmes et en intégrant cette formation à la médecine de famille
- Sensibiliser les médecins pour limiter les indications non utiles de l'épisiotomie.
- Les femmes devraient être systématiquement informées de l'existence de cette pathologie notamment lors de l'entretien prénatal précoce (EPP), Cette information a pour but de leur expliquer les fragilités psychiques liées à la grossesse et à l'accouchement qui peuvent être exacerbées dans les suites de couches. Il est donc primordial qu'elles sachent qu'elles peuvent s'expliquer sans censure ni jugement de valeur.
- Informer les femmes que le recours à une césarienne d'urgence peut être nécessaire en cas de complications obstétricales au cours de l'accouchement.
- Sensibiliser les femmes sur l'importance de la consultation postnatale qui a pour objectifs:
  - Discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale
  - Encourager la femme à parler de la qualité de la relation avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent
  - Rechercher les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente.





*CONCLUSION*



Les troubles anxiodépressifs du post-partum sont la pathologie la plus fréquente de cette période et souvent la plus difficile à dépister.

Notre recherche a permis de mettre en évidence une influence de certains critères du déroulement de l'accouchement et des suites de naissances sur l'apparition de troubles anxiodépressifs dans le postpartum. Un lien statistiquement significatif a pu être mis en avant notamment concernant le mode de mise en travail, les détresses fœtales, les lésions périnéales, l'hémorragie de la délivrance, l'accouchement dystociques, la césarienne d'urgence et l'allaitement artificiel.

Le manque de puissance ne nous a pas permis en revanche d'établir l'influence d'autres évènements pathologiques comme les pathologies du nouveau-né et la non-réalisation du contact peau à peau.

Une étude plus puissante à l'échelle nationale permettrait d'affirmer ou d'infirmer certains de nos résultats. Il pourrait de plus, être intéressant d'associer à cette recherche un versant sur le vécu des patientes afin d'évaluer s'il s'agit de la pathologie obstétricale en elle-même qui est un facteur de risque ou si c'est la réaction émotionnelle qui prime sur l'apparition et l'intensité des troubles anxiodépressifs en post-partum.

A terme, l'intérêt principal serait de permettre une meilleure prévention de l'apparition de ces troubles anxiodépressifs par la sensibilisation des femmes auprès des perturbations psychiques possibles en post-partum et la lutte contre le déroulement pathologique de l'accouchement et un meilleur dépistage des patientes à risque. Revenir avec elles sur le déroulement de leur travail et de leur accouchement mais aussi sur leur vécu de cet évènement majeur dans leur vie permettrait probablement de réduire le risque d'apparition de troubles anxiodépressifs ainsi que leur intensité dans le post-partum.



*RESUMES*



## Résumé

**Introduction :** Les troubles anxiodépressifs c'est une complication fréquente et grave du post-partum qui est une période de haute vulnérabilité psychique pour la mère. La prévalence de la dépression du post-partum varie de 7,2% à 18%, les troubles anxieux eux varie de 10% à 16% selon les données de la littérature

**Matériels et méthodes :** Nous avons réalisé une étude prospective descriptive et analytique transversale auprès de 100 femmes réparties en deux groupes : A (les femmes ayant un déroulement pathologique de l'accouchement) et B (les femmes ayant un déroulement physiologique de l'accouchement). Cette étude a été menée au niveau du CHP Mohammed V d'El Jadida sur une période de 6 mois, étalée entre le 1 avril 2022 et le 1 octobre 2022. Les femmes ont été recrutées à la salle d'accouchement et convoqué par appel téléphonique pour une consultation postnatale, lors de laquelle on a mené un interrogatoire afin de remplir un questionnaire comportant les échelles d'évaluation.

**Résultats :** L'étude descriptive des résultats a montré que l'âge moyen des femmes du groupe A était de 27,7 contre 28,06 pour les femmes du groupe B. 28% des femmes du groupe A avaient au moins un ATCD de fausses couches contre 14% pour les femmes du groupe B. Pour les ATCDs familiaux de troubles psychiques, 18% des femmes du groupe A avaient une histoire familiale du troubles psychiques contre 12% pour les femmes du groupe B. Le travail a été déclenché chez 68% des femmes du groupe A contre 46% du groupe B. 28% femmes avaient présenté une détresse fœtale au cours du travail. Le recours à la césarienne d'urgence a été nécessaire chez 24% des femmes du groupe A. 14% des femmes du groupe A ont eu des lésions périnéales lors de l'accouchement. L'hémorragie de la délivrance a été retrouvé chez 26% des femmes du groupe A. 26% des femmes du groupe A ont donné naissance à un bébé malade.

## **L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

Le contact peau à peau n'a pas été réalisé par 30% des femmes du groupe A contre 10% des femmes du groupe B. l'allaitement a été artificiel chez 30% des femmes qui ont eu un déroulement pathologique de l'accouchement contre 22% des femmes du groupe B. 50% des femmes du groupe A avaient développé des troubles anxiodépressifs en post-partum contre 22% des femmes du groupe B.

L'étude analytique des résultats a montré une corrélation significative entre plusieurs paramètres et les troubles anxiodépressifs du post-partum à savoir : Les ATCDs familiaux du troubles psychiques, le déclenchement du travail, une détresse fœtale au cours du travail, l'accouchement dystocique, les lésions périnéales, la césarienne d'urgence, l'hémorragie de la délivrance, l'allaitement artificiel.

**Discussion :** Au cours de cette étude on a constaté que le déroulement pathologique de l'accouchement augmente le risque de la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum, cette constatation a été concordante avec plusieurs données de la littérature démontrant que l'accouchement pathologique peut être considéré comme un véritable traumatisme qui peut laisser place par la suite à des troubles psychiques chez la femme.

**Conclusion :** Notre étude nous offre l'opportunité de faire le point sur les différents évènements de l'accouchement pathologique influençant la survenue des troubles anxiodépressifs en post-partum chez la femme, ainsi de déterminer leurs aspects diagnostique et thérapeutique préventive

## Abstract

**Introduction:** Anxiety and depressive disorders are frequent and serious complications of the postpartum period, which is a period of high psychological vulnerability for the mother. The prevalence of postpartum depression varies from 7.2% to 18%, while anxiety disorders vary from 10% to 16% according to the literature.

**Materials and methods:** We conducted a prospective descriptive and analytical cross-sectional study of 100 women divided into two groups: A (women with a pathological course of childbirth) and B (women with a physiological course of childbirth). This study was conducted at the Mohammed V Hospital in El Jadida over a period of 6 months, from April 1, 2022 to October 1, 2022. The women were recruited in the delivery room and summoned by telephone for a postnatal consultation, during which an interrogation was conducted in order to fill out a questionnaire including the evaluation scales.

**Results:** The descriptive study of the results showed that the average age of women in group A was 27.7, while the average age of women in group B was 28.06. 28% of the women in group A had at least one history of miscarriage, while in group B, 14% had a history of miscarriage. For the family history of psychological disorders, 18% of the women in group A had a family history of psychological disorders against 12% for the women in group B. Labour was induced in 68% of the women in group A versus 46% in group B. 28% of the women had experienced foetal distress during labour. Emergency caesarean section was required in 24% of the women in group A. 14% of women in group A had perineal injuries during delivery. Delivery haemorrhage was found in 26% of women in group A. 26% women of group A gave birth to a sick baby. Skin-to-skin care was not performed by 30% of the women in group A, compared to 10% of the women in group B. Breastfeeding was artificial in 30% of the women who had a pathological delivery, compared to 22% of the women in group B. 50% of the women in group A had developed post-partum psychological disorders, compared to 22% of the women in group B.

The analytical study of the results showed a significant correlation between several parameters and postpartum anxiety and depressive disorders : family history of psychiatric disorders, induction of labour, foetal distress during labour, dystocic delivery, perineal injury, emergency caesarean section, the haemorrhage of deliverance, formula feeding.

**Discussion:** In this study we found that the pathological course of childbirth increases the risk of anxiety and depressive disorders in the postpartum period. This finding was consistent with several data in the literature showing that pathological childbirth can be considered as a real trauma that can give way to psychological disorders afterwards.

**Conclusion:** Our study offers us the opportunity to review the different events of pathological childbirth influencing the occurrence of anxiety and depressive disorders in the postpartum period, and to determine their diagnostic and preventive therapeutic features

## ملخص

**مقدمة :** اضطرابات القلق والاكتئاب هي مضاعفات شائعة وخطيرة في فترة ما بعد الولادة وهي فترة ضعف نفسي شديد للأُم يتراوح معدل انتشار اكتئاب ما بعد الولادة من 7.2 % إلى 18 % ، اضطرابات القلق تختلف من 10% إلى 16% وفقا لمعطيات البحث العلمي

**المواد و الأساليب :** أجرينا دراسة مقطعية وصفية وتحليلية استطلاعية ضمت 100 امرأة مقسمة إلى مجموعتين : (النساء ذوات ولادة مرضية) و ب (النساء ذوات ولادة غير مرضية). أجريت هذه الدراسة في مستشفى محمد الخامس بالجديدة على مدى 6 أشهر، من 1 أبريل 2022 إلى 1 أكتوبر 2022. تم استدعاء النساء عبر مكالمة هاتفية لإجراء استشارة ما بعد الولادة، تم خلالها إجراء استجواب لملء استبيان يحتوي على جداول التقييم.

**النتائج :** أظهرت الدراسة الوصفية للنتائج أن متوسط عمر النساء في المجموعة أ كان 27.7 مقارنة بـ 28.06 للنساء في المجموعة ب 28%. من النساء في المجموعة أ كان لديهن إجهاد واحد على الأقل في ما سبق مقارنة بـ 14 % للنساء في المجموعة ب. بالنسبة للأمراض النفسية العائلية ، كان لدى 18% من النساء في المجموعة أ تاريخ عائلي من الاضطرابات العقلية مقارنة بـ 12% للنساء في المجموعة ب. تم تشغيل المخاض عند 68% من النساء في المجموعة أ مقابل 46% من النساء في المجموعة ب. كان استخدام العملية القيصرية الطارئة ضروريا في 24% من النساء في المجموعة أ 14%. من النساء في المجموعة أ يعانين من إصابات في العجان أثناء الولادة. تم العثور على نزيف الولادة في 26 % من النساء في المجموعة أ 26%. من النساء في المجموعة أ أنجبن طفلا مريضا



لم يتم إجراء ملامسة الجلد للجلد من قبل 30 ٪ من النساء في المجموعة أ مقابل 10 ٪ من النساء في المجموعة ب. كانت الرضاعة الاصطناعية عند 30 ٪ من النساء في المجموعة أ مقابل 22 ٪ من النساء في المجموعة ب 50 ٪. من النساء في المجموعة أ أصبن باضطرابات القلق والاكتئاب في فترة ما بعد الولادة مقارنة بـ 22 من النساء في المجموعة ب.

أظهرت الدراسة التحليلية للنتائج وجود علاقة كبيرة بين العديد من البيانات واضطرابات القلق الاكتئابي بعد الولادة، وهي: وجود أمراض نفسية في العائلة، تحريض المخاض، اضطراب الجنين أثناء المخاض، عسر في الولادة، إصابة العجان، الولادة القيصرية الطارئة، نزيف الولادة، الرضاعة الاصطناعية

**مناقشة:** خلال هذه الدراسة، وجد أن الولادة المرضية تزيد من خطر حدوث اضطرابات القلق والاكتئاب في فترة ما بعد الولادة، وكانت هذه النتيجة متوافقة مع معطيات البحث العلمي التي توضح أن الولادة المرضية يمكن اعتبارها صدمة تفسح المجال لاحقاً للاضطرابات العقلية لدى النساء..

**الخلاصة:** نتيج لنا دراستنا الفرصة لتقييم الأحداث المختلفة للولادة المرضية التي تؤثر على حدوث اضطرابات القلق والاكتئاب لدى النساء بعد الولادة، وكذلك لتحديد جوانبها العلاجية التشخيصية والوقائية.



*ANNEXES*



## Partie I

1. Données Socio démographiques :

- Age : ....
- Profession : .....
- Couverture sociale

2. Les antécédents personnels :

- Gestité : ..... - Fausse couche : OUI  NON
- Parité : .....

3. Les antécédents familiaux de troubles psychiques : OUI  NON

4. Déroulement de l'accouchement :

- Terme : ..... - Mode de mise en travail : ..... - Détresse fœtales : .....
- Dystocies : Oui  NON
- Voie d'accouchement : .....
- Lésions périnéales : OUI  NON
- Mode de la délivrance : .....
- Hémorragie de la délivrance : OUI  NON
- Le contact peau à peau : OUI  NON
- Mode d'allaitement : .....
- Pathologie du nouveau-né : OUI  NON

## Partie II : Dépistage de la dépression du post-partum.

### L'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Pour cela, nous utilisons un questionnaire qui évalue les femmes à risque de développer une Dépression du postpartum. C'est un questionnaire de 10 items largement utilisé et rapide à remplir. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en confirmant 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. Merci de bien vouloir répondre aux autres questions, et je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

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
  - Pas tout à fait autant
  - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
  - Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
  - Autant que d'habitude
  - Plutôt moins que d'habitude
  - Vraiment moins que d'habitude
  - Pratiquement pas
3. Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
  - Non, pas du tout
  - Presque jamais
  - Oui, parfois
  - Oui, très souvent

4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
  - Non, pas du tout
  - Presque jamais
  - Oui, parfois
  - Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
  - Oui, vraiment souvent
  - Oui, parfois
  - Non, pas très souvent
  - Non, pas du tout
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements
  - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
  - Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
  - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
  - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
  - Oui, la plupart du temps
  - Oui, parfois
  - Pas très souvent
  - Non, pas du tout
8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse
  - Oui, la plupart du temps
  - Oui, très souvent
  - Pas très souvent
  - Non, pas du tout
9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
  - Oui, la plupart du temps

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

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

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

## Partie III : Mini DSM IV pour les troubles anxieux

### E. TROUBLE PANIQUE

E1 Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti€ subitement très anxieux (se), très mal à l'aise ou effrayé même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ?

NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR

PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
-----------------------------------	-----	-----	---

SI E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER

DIRECTEMENT A F1

E2 Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles

survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
---	-----	-----	---

SI E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER

DIRECTEMENT A F1

E3 A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé€ par leurs conséquences possibles ?

	NON	OUI	3
--	-----	-----	---

SI E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER

DIRECTEMENT A F1

E4 Au cours de la crise où vous vous êtes senti€ le plus mal :

a Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il	NON	OUI	4
--	-----	-----	---

très fort ?

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi€, pris€ de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11 i
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché€ de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ?	NON	OUI	
	SI E5 = NON, PASSER A E7			
			<b>Trouble</b>	
			<b>Panique</b>	
			<b>Vie entière</b>	



**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ?	NON	OUI	17
	SI E6 = OUI, PASSER A F1			
			<b>Trouble Panique Actuel</b>	
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
			<b>Attaques Pauci symptomatiques Vie entière</b>	

**G. PHOBIE SOCIALE**

G1 Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?

NON OUI

1 G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	NON	OUI	2
G3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	NON	OUI	3
G4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle vraiment dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4
G4	EST-ELLE COTEE OUI ?	NON	OUI	

**PHOBIE  
SOCIALE  
ACTUEL**

**H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF :**

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale ou que vous aviez des microbes, ou que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, ou agir impulsivement ou bien encore étiez-vous envahi par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irréprouvés ou un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES  
CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS  
LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES  
DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE  
DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN  
PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS  
CONSEQUENCES NEGATIVES

SI H1 = NON, PASSER A H4

Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

H2 SI H2 = NON, PASSER A H4

NON OUI 2

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

NON OUI

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI H6

EST-ELLE COTEE OUI ? NON OUI

**TROUBLE  
OBSESSIONNEL  
COMPULSIF  
ACTUEL**

**I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE :**

I1 Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ?

EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...

NON OUI 1

I2 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?

NON OUI 2

**I3 Au cours du mois écoulé :**

a) Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?

NON OUI 3

b) Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?

NON OUI 4

**L'impact du déroulement pathologique de l'accouchement  
sur l'apparition des troubles anxiodépressifs en post-partum**

---

c) Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI 5
d) Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI 6
e) Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI 7
f) Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	NON	OUI
<b>I4 Au cours du mois écoulé :</b>		
a Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI 9
b Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez vous facilement en colère ?	NON	OUI 10
c Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI 11
d Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI 12
e Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI 13
Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	NON	OUI
<b>I5 Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?</b>	NON	OUI 14
<b>I5 EST-ELLE COTEE OUI ?</b>	NON	OUI

**ETAT DE STRESS  
POSTTRAUMATIQUE  
ACTUEL**

**O. ANXIETE GENERALISEE**

O1

a/Au cours de votre vie, avez-vous eu une ou plusieurs périodes d'au moins 6 mois au cours desquelles vous aviez l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien, ou bien au cours desquelles vous vous sentiez excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage? NON OUI 1

(NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b/Aviez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ? NON OUI 2

O2

a/Vous était-il difficile de contrôler ces préoccupations/ces soucis ou vous empêchaient ils/elles de vous concentrer sur ce que vous aviez à faire ? NON OUI 3

b/Avez-vous eu de telles/tels préoccupations/soucis, au cours des six derniers mois ? NON OUI  
SI O2b = NON : EXPLORER LA PERIODE PASSEE DURANT LAQUELLE LES PREOCCUPATIONS/SOUCIS  
ETAIENT LES PLUS FREQUENT(E)S SI O2b = OUI : EXPLORER LA PERIODE ACTUELLE  
DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES  
TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3

Au cours de cette période d'au moins six mois, lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux (se), vous arrivait-il souvent :

a/De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ? NON OUI 4

b/D'avoir les muscles tendus ? NON OUI 5



*BIBLIOGRAPHIE*



1. **Collège National des Gynécologues–Obstétricien de France,**  
Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum (item 19).  
*2010–2011.*
2. **MANZANO J.**  
Le syndrome de dépression du pré-partum.  
*Les dossiers de l'obstétrique, 2002 ; 304 : 6–10.*
3. **Dayjan J., Creveuil C., Herlicoviez M., Herbel C., Baranger E., Savoye C., Thouin A.**  
Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du postpartum, revue de synthèse.  
*Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2007 ; 36, p. 549–561.*
4. **Elisabeth Glatny–Dallay, Anne–Laure Sutter–Dallay, Nathalie Loustau, Dominique Grimaldi.**  
Une approche pluridisciplinaire des troubles psychiatriques de la période périnatale.  
*J Psychol. oct 2008;(261):26 à 28.*
5. **Jacques Dayan.**  
Dépression du post-partum – Epidémiologie générale. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité.  
*Elsevier Masson. 2014. p. 154–6. (Les âges de la vie).*
6. **Rich–Edwards J, Tamarra James–Todd, Anshu Mohllajee, Ken Kleinman, Anne Burke, et al.**  
Lifetime maternal experiences of abuse and risk of pre-natal depression in two demographically distinct populations in Boston.  
*Int J Epidemiol. 2011;(40):375–84.*
7. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.**  
Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum.  
*2014.*
8. **Jacques Dayan.**  
Post-Partum Blues. In: Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité.  
*Elsevier Masson. 2014. p. 253–7. (Les âges de la vie).*

9. **S. Bydlowski.**  
Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations.  
*J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 31 oct 2015;(44):1152-6.
10. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.**  
Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. Université Médicale Virtuelle Francophone; 2010.
11. **Guédeney, N. & Jeammet, P. (2001).**  
Dépressions postnatales (DPN) et décisions d'orientation thérapeutique.  
*Devenir, 13, 51- 64.* <https://doi.org/10.3917/dev.013.0051>
12. **Gavin, Norma I. PhD1; Gaynes, Bradley N. MD, MPH2; Lohr, Kathleen N. PhD1,3; MeltzerBrody, Samantha MD, MPH2; Gartlehner, Gerald MD, MPH4; Swinson, Tammeka1**  
**Perinatal Depression, Obstetrics & Gynecology:**  
November 2005 – Volume 106 – Issue 5 Part 1 – p 1071-1083 doi:  
*10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db.*
13. **American Psychological Association. (2008, December 1).**  
Postpartum depression.  
<http://www.apa.org/pi/women/resources/reports/postpartumdepression>
14. **World Health Organization. ((2001 .**  
Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42391>
15. **F.Gressier, A.L. Sutter-Dallay, B. Bayle, S.**  
Nezelof, Société Marcé Francophone – Les crises psychiatriques en période périnatale, French Journal of Psychiatry, Volume 1, Supplement 2, 2019, Page S81, ISSN 2590-2415, doi:org/10.1016/j.fjpsy.2019.10.075.



16. **Bauman BL, Ko JY, Cox S, Suzanne Folger, Kelsey C Coy, et al.**  
Vital Signs: Postpartum Depressive Symptoms and Provider Discussions About Perinatal Depression — United States, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:575–581. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6919a2external icon>
17. **Uriel Halbreich, Sandhya Karkun,**  
Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms.  
*Journal of Affective Disorders, Volume 91, Issues 23,2006,Pages 97-111,ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.12.051>.*
18. **Michael W O'hara & Annette M. Swain (1996)**  
Rates and risk of postpartum depression—a metaanalysis.  
*International Review of Psychiatry, 8:1, 37-54, DOI: 3. 10.3109/09540269609037816*
19. **Beck CT.**  
Predictors of postpartum depression: an update.  
*Nurs Res. 2001 Sep-Oct;50(5):275-85. doi: 10.1097/00006199-200109000-00004. PMID: 11570712.*
20. **Robertson E., Grace S., Wallington T. & Stewart D. E. (2004),**  
« Antenatal Risk Factors for Postpartum Depression: a Synthesis of Recent Literature », *General Hospital Psychiatry, 26(4), 289-295.*
21. **Atuhaire C, Brennaman L, Cumber SN, Rukundo GZ, Nambozi G.**  
The magnitude of postpartum depression among mothers in Africa: a literature review.  
*Pan Afr Med J. 2020;37:89. Published 2020 Sep 25. doi:10.11604/pamj.2020.37.89.23572*
22. **Haque A., Namavar A., Breene K-A.**  
Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Middle Eastern/Arab Women.  
*J. Muslim Ment. Health. 2015;9(1):20. doi: 10.3998/jmmh.10381607.0009.104. [CrossRef] [Google Scholar]*

23. **Arifin SRM, Cheyne H, Maxwell M.**  
Review of the prevalence of postnatal depression across cultures.  
*AIMS Public Health. 2018;5(3):260–95.*
24. **Moses–Kolko EL, Roth EK.**  
Antepartum and postpartum depression: healthy mom, healthy baby.  
*J Am Med Womens Assoc (1972) 2004;59(3):181–91. [PubMed] [Google Scholar]*
25. **Poinso, F., Samuelli, J., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, J. & Rufo, M. (2001)**  
Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère–bébé.  
*La psychiatrie de l'enfant, 44, 379– 413. <https://doi.org/10.3917/psy.442.0379>*
26. **Johnstone SJ, Boyce PM, Hickey AR, Morris–Yatees AD, Harris MG.**  
Obstetric risk factors for postnatal depression in urban and rural community samples.  
*Aust N Z J Psychiatry. 2001; 35:69–74.*
27. **Bastien, V., Braconnier, M., & de TYCHEY, C. (1999).**  
Dépression postnatale Facteurs de risque et modalités de prévention.  
*L'Evolution psychiatrique, 64(2), 289–307.*
28. **Surkan PJ, Ettinger AK, Hock RS, Ahmed S, Strobino DM, Minkovitz CS.**  
Early maternal depressive symptoms and child growth trajectories: a longitudinal analysis of a nationally representative US birth cohort.  
*BMC Pediatrics. 2014; 14:185. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]*
29. **Cox JL, Holden JM, Sagovsky R.**  
Detection of postnatal depression. Development of the 10–item Edinburgh Postnatal Depression Scale.  
*Br J Psychiatry. 1987; 150:782–6.*
30. **Milgrom J, Gemmill AW, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A.**  
Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study.  
*J Affect Disord. 2008 May;108(1–2):147–57. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.014. Epub 2007 Dec 18. PMID: 18067974.*

31. **Lee DT, Yip AS, Leung TY, Chung TK.**  
Identifying women at risk of postnatal depression: prospective longitudinal study.  
*Hong Kong Med J.* 2000;6(4):349–54.
32. **Wickberg B, Hwang CP.**  
Screening for postnatal depression in a population-based Swedish sample.  
*Acta Psychiatr Scand.* 1997;95(1):62–6. [PubMed] [Google Scholar]
33. **Palazzolo J.**  
De l'anxiété normale à l'anxiété pathologique.  
*Le Journal des psychologues* 2019;369:72– 7. <https://doi.org/10.3917/jdp.369.0072>.
34. **American psychiatric association**  
DSM IV –TR  
*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*
35. **American Psychiatric Association**  
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition  
*Arlington, American Psychiatric Publishing, 2013*
36. **Guide\_medicin\_troubles\_anxieux.**  
<https://www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications-french/anxiety-guide-fr.pdf>
37. **Ding, Ting; Wang, Dong-Xin; Qu, Yuan; Chen, Qian; Zhu, Sai-Nan (2014).**  
*Epidural Labor Analgesia Is Associated with a Decreased Risk of Postpartum Depression.*  
*Anesthesia & Analgesia*, 119(2), 383–392. doi:10.1213/ane.000000000000107
38. **Josefsson Ann, Lisbeth Angeliôô, Gôran Berg, Carl-Magnus Ekstrôm, Conny Nordin, et al. (2002).**  
Obstetric, somatic, and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms.  
*Obstetrics & Gynecology*, 99(2), 223–228. doi:10.1016/s0029-7844(01)01722-7
39. **Azad, R., Fahmi, R., Shrestha, S., Joshi, H., Hasan, M., et al. (2019).**  
*Prevalence and risk factors of postpartum depression within one year after birth in urban slums of Dhaka, Bangladesh.*  
*PLOS ONE*, 14(5), e0215735. doi:10.1371/journal.pone.0215735

40. **Vaezi, A., Soojoodi, F., Banihashemi, A. T., & Nojomi, M. (2018).**  
The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study.  
*Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2018.07.014
41. **An, R., Chen, X., Wu, Y., Liu, J., Deng, C., Liu, Y., & Guo, H. (2021).**  
A survey of postpartum depression and health care needs among Chinese postpartum women during the pandemic of COVID-19.  
*Archives of Psychiatric Nursing*, 35(2), 172-177. doi:10.1016/j.apnu.2021.02.001
42. **Eberhard-Gran, M., Eskild, A., Tambs, K., Samuelsen, S. O., & Opjordsmoen, S. (2002).**  
Depression in postpartum and non-postpartum women: prevalence and risk factors.  
*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(6), 426-433. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02408.x
43. **Kimmel, M., Hess, E., Roy, P. S., Palmer, J. T., Meltzer-Brody, S., Meuchel, J. M., Payne, J. L. (2014).**  
Family history, not lack of medication use, is associated with the development of postpartum depression in a high-risk sample.  
*Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 113-121. doi:10.1007/s00737-014-0432-9
44. **Sng, B. L., Suhitharan, T., Pham, T. P. T., Chen, H., Assam, P. N., Sultana, R., Han, N.-L. R. (2016).**  
Investigating analgesic and psychological factors associated with risk of postpartum depression development: a case-control study.  
*Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1333. doi:10.2147/ndt.s105918
45. **Hartmann, J. M., Mendoza-Sassi, R. A., & Cesar, J. A. (2017).**  
Depressão entre puérperas: prevalência e fatores associados.  
*Cadernos de Saúde Pública*, 33(9). doi:10.1590/0102-311x00094016
46. **Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB.**  
Family and partner psychopathology and the risk of postpartum mental disorders.  
*J Clin Psychiatry*. 2007 Dec;68(12):1947-53. doi: 10.4088/jcp.v68n1217. PMID: 18162028.

47. **Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017).**  
*Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study.*  
BMC Psychiatry, 17(1). doi:10.1186/s12888-017-1261-y
48. **Murphy-Eberenz K, Zandi PP, March D, Crowe RR, Scheftner WA, et al.**  
Is perinatal depression familial?  
J Affect Disord. 2006 Jan;90(1):49-55. doi: 10.1016/j.jad.2005.10.006. Epub 2005 Dec 5.  
PMID: 16337009.
49. **Steiner, M., & Tam, W. Y. K. (1999).**  
Postpartum depression in relation to other psychiatric disorders.  
In L. J. Miller (Ed.), Postpartum mood disorders (pp. 47-63). American Psychiatric Association
50. **Meir Steiner,**  
Postnatal depression: a few simple questions, Family Practice, Volume 19, Issue 5, October 2002, Pages 469-470,, 115. <https://doi.org/10.1093/fampra/19.5.469>
51. **Mette-Marie Zacher Kjeldsen, Alessio Bricca, Xiaoqin Liu, Vibe G Frokjaer, Kathrine Bang Madsen, Trine Munk-Olsen. (2022).**  
Family history of psychiatric disorders as a risk factor for maternal postpartum depression: a systematic review protocol. DOI: 10.1186/s13643-022-01952-1
52. **Cardailiac C, Rua C, Simon E G, El-Hage W, et al.**  
L'ocytocine et la dépression du post-partum.  
J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2016;(45):786-95
53. **CNSF.**  
Oxytocine, recommandations pour la pratique clinique.  
[en ligne]. janv 2017;
54. **Youn, HyunChul; Lee, Suji; Han, Sung Won; Kim, Log Young; Lee, Tae-Seon; et al (2017).**  
*Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study.*  
*Journal of Psychosomatic Research, 102(), 15-20.* doi:10.1016/j.jpsychores.2017.09.003

55. Unsal Atan, Ş.; Ozturk, R.; Gulec Satir, D.; Ildan Çalim, S.; Karaoz Weller, B.; et al (2018). *Relation between mothers' types of labor, birth interventions, birth experiences and postpartum depression: A multicentre follow-up study. Sexual & Reproductive Healthcare, 18(0), 13-18.* doi:10.1016/j.srhc.2018.08.001
56. Smorti, Martina; Ponti, Lucia; Pancetti, Federica (2019). *A Comprehensive Analysis of Post-partum Depression Risk Factors: The Role of Socio-Demographic, Individual, Relational, and Delivery Characteristics. Frontiers in Public Health, 7(0), 295-.* doi:10.3389/fpubh.2019.00295
57. Andersson, S., Bathula, D. R., Iliadis, S. I., Walter, M., & Skalkidou, A. (2021). *Predicting women with depressive symptoms postpartum with machine learning methods. Scientific Reports, 11(1).* doi:10.1038/s41598-021-86368-y
58. Gu V, Feeley N, Gold I, Hayton B, Robins S, et al. *Intrapartum Synthetic Oxytocin and Its Effects on Maternal Well-Being at 2 Months Postpartum. Birth. mars 2016;28-35.*
59. Scantamburlo G, Hansenne M, Fuchs S, Pitchot W, Maréchal P, et al. *Plasma Oxytocin Levels and Anxiety in Patients with Major Depression. Psychoneuroendocrinology. 4(32):407-10.*
60. Mah B. *Oxytocin, Postnatal Depression, and Parenting : A Systematic Review. Harv Rev Psychiatry. 2016;(24):1-13.*
61. Blom, E., Jansen, P., Verhulst, F., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V., ... Tiemeier, H. (2010). *Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. The Generation R Study. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117(11), 1390-1398.* doi:10.1111/j.1471-0528.2010.02660.x
62. Cirik, D. A., Yerebasmaz, N., Kotan, V. O., Salihoglu, K. N., Akpınar, F., Yalvac, S., & Kandemir, O. (2016). *The impact of prenatal psychologic and obstetric parameters on postpartum depression in late-term pregnancies: A preliminary study. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology, 55(3), 374-378.* doi:10.1016/j.tjog.2015.12.018

63. **Bansil, Pooja; Kuklina, Elena V.; Meikle, Susan F.; Posner, Samuel F.; Kourtis, Athena P.; et al. (2010).**  
Maternal and Fetal Outcomes Among Women with Depression.  
*Journal of Women's Health, 19(2), 329-334.* doi:10.1089/jwh.2009.1387
64. **Boyce, P. M. & Todd, A. L. (1992).**  
Increased risk of postnatal depression after emergency caesarean section.  
*Med.J.Aust., 157, 172-174.*
65. **Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B.**  
Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity.  
*Br J Psychiatry. 1996;168:607-11.*
66. **Nielsen Forman D, Videbech P, Hedegaard M, Dalby Salvig J, Secher NJ.**  
Postpartum depression: identification of women at risk.  
*BJOG. 2000 Oct;107(10):1210-7. doi: 10.1111/j.1471-0528.2000.tb11609.x. PMID: 11028570*
67. **Chaaya M, Campbell OM, El Kak F, Shaar D, Harb H, Kaddour A.**  
Postpartum depression: prevalence and determinants in Lebanon.  
*Arch Womens Ment Health. 2002;5(2):65-72.*
68. **Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM.**  
Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor?  
*ISRN Obstet Gynecol. 2012;2012:616759.*
69. **Söderquist J, Wijma K, Wijma B.**  
Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables.  
*J Psychosom Obstet Gynaecol 2002 ;23 :31-9.*
70. **P. Gosselin, K.Chabot, M.Beland, L.Goulet-Gervais, Ajs.Morin.**  
La peur de l'accouchement chez les nullipares : lien avec la douleur lors de l'accouchement, les symptômes de stress post traumatique et les symptômes dépressifs post-partum.  
*L'Encéphale 42 (2016) 191-196*

71. **Silverman, M. E., Reichenberg, A., Savitz, D. A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, C. M., Sandin, S. (2017).**  
The risk factors for postpartum depression: A population-based study.  
*Depression and Anxiety, 34(2), 178-187.*
  
72. **Adewuya, A. O., Fatoye, F. O., Ola, B. A., Ijaodola, O. R., & Ibigbami, S.-M. O. (2005).**  
Sociodemographic and Obstetric Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms in Nigerian Women.  
*Journal of Psychiatric Practice, 11(5), 353-358.* doi:10.1097/00131746-200509000-00009
  
73. **Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK.**  
Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women.  
*Midwifery. 2011 Dec;27(6):e238-45.* doi: 10.1016/j.midw.2010.10.008. Epub 2010 Dec 4. PMID: 21130548.
  
74. **Zaręba, K., Banasiewicz, J., Rozenek, H., Wójtowicz, S., & Jakiel, G. (2020).**  
Peripartum Predictors of the Risk of Postpartum Depressive Disorder: Results of a Case-Control Study.  
*International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(23), 8726.* doi:10.3390/ijerph17238726
  
75. **Dunn, A. B., Paul, S., Ware, L. Z., & Corwin, E. J. (2015).**  
Perineal Injury During Childbirth Increases Risk of Postpartum Depressive Symptoms and Inflammatory Markers.  
*Journal of Midwifery & Women's Health, 60(4), 428-436.* doi:10.1111/jmwh.12294
  
76. **Asif, S., Mulic-Lutvica, A., Axfors, C., Eckerdal, P., Iliadis, S. I., Fransson, E., et al (2020).**  
Severe obstetric lacerations associated with postpartum depression among women with low resilience - a Swedish birth cohort study.  
*BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* doi:10.1111/1471-0528.16271



77. **Can Liu, Alexr Butwick, Anna Sand, Anna-Karin Wikström, Jonathan M. Snowden, Olof Stephansson. (2021).**  
The association between postpartum hemorrhage and postpartum depression:  
*A Swedish national register-based study.* <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255938>
78. **Eckerdal, P., Kollia, N., Löfblad, J., Hellgren, C., Karlsson, L., Högberg, U., Skalkidou, A. (2016).**  
Delineating the Association between Heavy Postpartum Haemorrhage and Postpartum Depression.  
*PLOS ONE, 11(1), e0144274.* doi:10.1371/journal.pone.0144274
79. **Yang, S.-N., Shen, L.-J., Ping, T., Wang, Y.-C., & Chien, C.-W. (2011).**  
The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression.  
*Journal of Affective Disorders, 132(1-2), 158-164.* doi:10.1016/j.jad.2011.02.009
80. **Garfield, L., Holditch-Davis, D., Carter, C. S., McFarlin, B. L., Schwertz, D., et al (2015).**  
Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms in Low-Income Women With Very Low-Birth-Weight Infants.  
*Advances in Neonatal Care, 15(1), E3-E8.* doi:10.1097/anc.000000000000131
81. **Mohamad Yusuff, A. S., Tang, L., Binns, C. W., & Lee, A. H. (2015).**  
Prevalence and risk factors for postnatal depression in Sabah, Malaysia: A cohort study.  
*Women and Birth, 28(1), 25-29.* doi:10.1016/j.wombi.2014.11.002
82. **Bergström, E.-B., Wallin, L., Thomson, G., & Flacking, R. (2012).**  
Postpartum depression in mothers of infants cared for in a Neonatal Intensive Care Unit – Incidence and associated factors.  
*Journal of Neonatal Nursing, 18(4), 143-151.* doi: 10.1016/j.jnn.2011.11.001
83. **Chiu, Hsiao-Chen; Wang, Han-Yun; Hsiao, Jun-Chin; Tzeng, I-Shiang; Yiang, Giou-Teng; et al (2019).**  
Early breastfeeding is associated with low risk of postpartum depression in Taiwanese women.  
*Journal of Obstetrics and Gynaecology, (), 1-7.* doi:10.1080/01443615.2019.1603216

84. **Cooijmans KH, Beijers R, Rovers AC, de Weerth C.**  
Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial.  
*BMC Pediatr.* 2017;17:154. <https://doi.org/10.1186/s12887-017-0906-9>
85. **Bigelow A, Power M, MacLellan-Peters J, Alex M, McDonald C.**  
Effect of mother/infant skin-to-skin contact on postpartum depressive symptoms and maternal physiological stress.  
*J Obst Gynecol Neonat Nurs.* 2012;41: 369-382. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x>
86. **Mörelus E, Örténstrand A, Theodorsson E, Frostell A.**  
A randomised trial of continuous skin-to-skin contact after preterm birth and the effects on salivary cortisol, parental stress, depression, and breastfeeding.  
*Early Hum Dev.* 2015;91:63-70. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2014.12.005
87. **Sarah J. Breese McCoy, J. Martin Beal, Stacia B. Miller Shipman, Mark E. Payton and Gary H. Watson. (2006).**  
Risk Factors for Postpartum Depression: A Retrospective Investigation at 4-Weeks Postnatal and a Review of the Literature.  
*Journal of Osteopathic Medicine.* <https://doi.org/10.7556/jaoa.2006.106.4.193>
88. **Sahir Mehdi**  
Thèse de médecine MARRAKECH : La prévalence de la Dépression du Post-partum au niveau des centres de santé de Marrakech. (2022)  
<http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2022/these72-22.pdf>



## قسم الطبيب

### أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف  
والأحوال باذلاً وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض  
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.  
وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلاً رعايتي الطبية للقريب  
والبعيد، للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.  
وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنني، وأكون أخاً لكل زميل في المهنة الطبية  
متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سرّي وعلانيتي، نقيّة مما يشينها تجاه  
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد





أطروحة رقم 058

سنة 2023

# تأثير المسار المرضي للولادة على بداية القلق والاضطرابات الاكتئابية في فترة ما بعد الولادة

## الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/02/20

من طرف

**السيد إدريس احلالي**

المزداد في 04 شتنبر 1997 باليوسفية

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

## الكلمات الأساسية :

ما بعد الولادة - القلق واضطرابات الاكتئاب - ولادة  
عملية قيصرية طارئة - اضطراب عقلي

## اللجنة

الرئيس	السيد	ح. أسموكي
المشرف	السيدة	ف. منودي
الحكام	السيدة	أ. عدالي
	السيد	م.أ. لفينتي
	السيدة	أ. بصير
		أستاذة في طب النساء و التوليد