

## Observation médicale

Non de l'externe :

N° du dossier :

Nom du médecin traitant :

Date :

---

### **Préambule**

Il s'agit de M<sup>lle</sup> XXXXX XXXXX, xx ans, amenée au service par sa sœur le xx-xx-xxxx à l'aide d'une amie d'elle, pour agitation, obnubilation, trouble du comportement et des paroles incompréhensibles de la patiente.

### **Identité**

M<sup>lle</sup> XXXXX XXXXX, xx ans, mère célibataire d'un nourrisson de 5 mois, originaire de Bengurir, résidente à Casablanca. Femme de ménage depuis x ans, elle est de bas niveau socio-économique sans sécurité sociale. Dernière d'une fratrie de x (x demi-frères, x demi-sœurs et une soeur, elle a arrêté les études à la première année du collège.

### **Motif d'hospitalisation**

Agitation, confusion, auto et hétéroagressivité.

### **Antécédents**

 Personnels :

- Médicaux : pas de notion de contagé tuberculeux ni de diabète ni d'HTA;
- Chirurgicaux : RAS ;
- Psychiatriques : RAS ;
- Toxiques : tabagique occasionnelle, consommation occasionnelle d'alcool au début, devenue alcoolique régulière tous les xx j durant l'an xxxx entre amies consommant tout type de boissons alcooliques de quantité importante non précisée.
- Juridiques : RAS.
- Obstétricaux :
  - x curetages pour IVG : le 1<sup>er</sup> à l'âge de xx ans et le 2<sup>ème</sup> à l'âge de xx ans avec des suites simples sans retentissement psychologique immédiat.
  - Une grossesse menée à terme, non suivie, bon déroulement, Accouchement lexx-xx-xx à la maternité de LALA MERYEM (CHU)

par voie basse avec épisiotomie. Suites simples et sortie le 3<sup>ème</sup> jour du post-partum.

#### Familiaux

- Père décédé d'un âge de xx ans suite à une méningite, la patiente avait 8 mois à l'époque.
- Mère décédé à l'âge de 18 ans de la patiente : ses derniers jours étaient marqués par des crises convulsives de fréquence croissante pouvant suggérer un état de mal convulsif (?).
- La mère était connue lors de son jeune âge (20 ans) de visites multiples aux moselets notamment « SIDI RAHAL ». Elle avait à l'époque une symptomatologie caractérisée de fugues et voyages pathologiques avec délires.
- Un frère paternel décédé à l'âge de 80 ans.
- Un autre frère décédé à l'âge de 45 ans suite à un cancer de l'estomac.
- Reste : médicaux et chirurgicaux : RAS.

### Biographie

Orpheline dès ces premiers pas , son père est décédé à son 8<sup>ème</sup> mois de vie, issue de **grossesse désirée** et qui c'est bien déroulée, elle a due vivre avec sa mère et sa sœur maternelle aînée.

Son père était déjà marié avec une autre femme qui est décédé bien avant, elle a une fratrie paternelle composée de x frères et x sœurs, de relations familiales assez limitées depuis.

Un développement psychomoteur normal, le déroulement de la grande **enfance** était caractérisé par un désintérêt global envers les études avec échec scolaire ce qui a conduit à l'arrêt des études à la première année du collège. **L'adolescence** s'est déroulée normalement pour la patiente sans aucun problème familial ni médical, avec un âge pubertaire non précisé par la patiente.

Durant cette période, la sœur aînée de Xxxxx a due travailler pour apporter de l'argent à la famille alors que Xxxxx s'occupait de sa mère âgée et surtout malade, puis sa mère décède à l'âge de 60 ans suite à une symptomatologie neurologique non étiquetée au moment où Xxxxx avait 18 ans. Cet événement de la vie a beaucoup marquée Xxxxx entraînant une tristesse profonde et un deuil permanent.

Xxxxx qui n'avait aucune **formation professionnelle** a était obligée de s'intéresser au service ménagé pour travailler autant que femme de ménage à Casablanca devant le manque de ressources à Benghrir et pour assurer son vivre et son indépendance de sa sœur avec laquelle la relation a changée après la mort de la mère de façon devenue moins chaleureuse avec augmentation des distances entre sœurs alors que sa fratrie paternelle n'importait aucun coup de main à leurs sœurs orphelines et célibataires.

Depuis ces 18 ans, Xxxxx travaille à Casablanca de façon continue jusqu'au dernier mois avant son hospitalisation au service (cette hospitalisation). Xxxxx rapporte qu'elle a été respectée au niveau du travail et assez bien payée pour se payer ses besoins et ses envies.

**Sur le plan sentimentale et sexuelle**, Xxxxx à 18 ans et après la mort de sa mère, a rencontré un jeune homme : Axxxxx, avec qui elle a établi une relation sentimentale assez particulière pour parler d'amour. Cette relation était marquée par une activité sexuelle régulière, ce qui a conduit Xxxxx, qui ne prenait aucune précaution type de préservatifs ou contraceptifs oraux, à tomber enceinte pour la première fois à l'âge de 19 ans, et sans aucune hésitation elle a décidé d'interrompre volontairement sa grossesse.

Au cours de cette relation, alors que xxxxxxx a dû faire une peine pénitentiaire de 3 ans pour vente et utilisation de hachich, elle a « comblé le vide » comme elle le rapporte en rencontrant plusieurs hommes. Elle a fini par tomber enceinte pour la 2<sup>ème</sup> fois avec l'un d'eux : Rachid, avec le même sort que la première grossesse : IVG.

A sa 23<sup>ème</sup> année, Axxxxx se marie et laisse tomber Xxxxx. Celle la choquée par cet événement avait plusieurs projets maléfiques de vengeance : le tuer, ruiner la cérémonie de mariage, sans idées suicidaires, mais il n'y avait aucun passage à l'acte avec une seule idée prédominante qu'est tomber enceinte et donner naissance à un nouveau né de sexe masculin pour témoigner de sa fertilité et pour, comme elle le rapporte, se venger de son 1<sup>er</sup> amour qu'elle a fini par oublier.

Effectivement, elle rencontra à Casa un jeune homme : Bxxxxx, le gardien du villa où elle travaillait. Elle établissait alors une relation sexuelle au premier plan sans aucun affect d'amour proprement dit, et qui n'a duré que 4 mois pour se terminer par le départ de Brahim de son poste de travail sans laisser ses coordonnées. Quelques jours après, Xxxxx constate qu'elle est **enceinte**.

Il est intéressant de noter qu'au cours de son travail à Casa, elle a rencontré d'autres **amies** avec lesquelles elle s'amusait par des soirées durant lesquelles elle buvait de façon plus importante que d'habitude tout type de boissons alcooliques, plus de quantité de cigarettes fumées sans utilisation de drogues ni de hachich, et ceci de façon devenue régulière tout les 15 j. Malgré avoir rencontré « ces amies », elle a gardé un petit peu de contact avec ses amies de Benghrir notamment Mxxxxx. Sa consommation de toxiques s'est arrêtée après la grossesse.

Cette 3<sup>ème</sup> **grossesse** n'a pas connu le même sort des 2 premières. En effet, devant le sentiment de remord pour les 2 curetages et le sentiment de responsabilité de la mort de ces 2 êtres vivants tués pour cacher ses erreurs d'une part, et d'autre part devant la grande hésitation de garder un enfant illégitime et de s'occuper de lui toute seule avec manque clair de moyens, ceci a rendu finalement la grossesse non désirée au début. Le 1<sup>er</sup> trimestre a été marqué par des tentatives d'avortement par des moyens traditionnelles à citer l'ingestion de multitudes de types d'herbes et de préparations traditionnelles pour entraîner l'avortement mais sans aucune efficacité.

Le 2<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse s'est passé sans particularités sauf un changement de position de grossesse non désirée vers une grossesse voulue et appréciée par Xxxxx. Elle travaillait encore durant cette étape.

Le 3<sup>ème</sup> trimestre était marquée par l'arrêt du travail au 8<sup>ème</sup> mois sous tension de la propriétaire du villa qu'a demandé à Xxxxx de quitter le travail car devenue incapable à supporter les tâches ménagers de la maison et pour qu'elle aille se reposer.

Pendant toute cette durée de la grossesse, Xxxxx n'a rencontré sa sœur que peu de fois dont la plus marquante était aux derniers mois où elle lui a donné 50 DH.

## **Personnalité de la patiente**

Pour apprécier la personnalité de la patiente, il était intéressant de rencontrer la sœur de Xxxxx, cependant cet entretien n'a jamais eu lieu vu plusieurs difficultés.

Selon les dires de la patiente, elle était faible tout au long de ses études mais très sociale avec beaucoup d'amies de classe. Après avoir quitté les études à ses 13 ans, elle a fait des nouvelles amies parmi les voisins notamment Mxxxxx, la seule amie qui vient la visiter à l'hôpital.

Elle a eu plusieurs relations sentimentales et sexuelles sans trop se soucier des dires et des insinuations des gens du quartier et du petit village où elle vie. Elle prenait à partir de ses 18 ans la vie en main avec une indifférence envers ses actes et son avenir.

La patiente croît que sa maladie était le châtiment de Dieu pour ses actes et elle veut guérir de sa maladie pour pouvoir entamer une nouvelle relation lucide avec Dieu.

## **Entourage familial et socioprofessionnel**

Elle vivait pendant ces 18 premiers printemps avec sa mère et sa sœur. Son père est décédé à son 8<sup>ème</sup> mois de vie. Ce dernier avait d'autres enfants avec une femme antérieure : x demi-frères et x demi-sœurs. Cette fratrie paternelle se souciait peu de la vie de leurs 2 sœurs à qui il ne prêtent aucun intérêt généralement.

Xxxxx était très proche de sa mère notamment durant la période s'étalant entre l'échec scolaire et la mort de la mère. Elle était la préférée de la mère alors que khadija était hors de la maison pour apporter l'argent à la famille.

Xxxxx avait plusieurs relations sentimentales et sexuelles instables et multiples depuis l'âge de 18 ans.

Ses amitiés étaient diversifiées mais surtout caractérisées durant l'an xxxx par des amies de nuits blanches animées par plusieurs types de boissons alcooliques consommés en grande quantité.

Sur le plan professionnel, sa relation envers ses employeurs était caractérisée par un respect mutuel du moment qu'elle faisait son travail. Elle n'acceptait pas quand lui critique du moment qu'elle fait bien son travail.

## **Histoire de la maladie**

Le début de la symptomatologie remonte au 9<sup>ème</sup> mois de grossesse. En fait, après avoir quitté le travail, Xxxxx a loué une chambre chez une vieille dame pour 10 DH la nuit et ceci pendant une 15<sup>ème</sup> de jours jusqu'à ce qu'elle ne trouve plus d'argent, pour finir 10 jours avant l'accouchement dans la rue où elle s'abrita dans une forêt au quartier OASIS pendant 3 jours. Durant cette période, Xxxxx rapporte le sentiment de déception vis-à-vis de son entourage mais surtout un sentiment d'indignité d'avoir un enfant et de culpabilité envers le sort de son enfant. Elle soupçonna sa capacité de bien entretenir son enfant qui va venir sans rien trouver. A la fin du 3<sup>ème</sup> jour de « logement dans la forêt », Xxxxx

rapporte qu'elle a perdu son chemin pour revenir le soir à la forêt, désorientée dans l'espace pendant des heures et qu'elle a marché pendant longtemps, aussi qu'elle a vu des groupes de personnes qu'elle les a qualifiés de fou. Une humeur dépressive régnait et un sentiment de perte la dominait. A ce moment là, sa sœur la trouva et lui procura une petite chambre dans laquelle elle passait 5 jours avant d'accoucher à la **maternité LALA MERYEM**, où elle a passé 3 jours avec des suites simples d'un **accouchement** par voie basse, pour partir après à l'association « **INSAFF** ».

**Au 3<sup>ème</sup> jour du post-partum**, Xxxxxx rapporte une tristesse, anxiété, avec un sentiment d'incapacité à s'occuper du nouveau-né. Son séjour à l'association INSAFF a duré jusqu'au 20<sup>ème</sup> jour du post-partum. Il a été caractérisé par un isolement envers les autres bénéficiaires du service social de l'association avec un contact limité. Elle rapporte aussi qu'elle avait peur pour son enfant d'être attaqué par les autres résidentes. Cette anxiété dominait les autres sentiments et surtout son humeur toujours triste malgré une situation plus stable. Cette peur et cet angoisse l'a rendu mal à l'aise ce qui la poussait à quitter l'association avec son fils.

**En quittant l'association**, Xxxxxx avait comme seul refuge la maison de sa sœur à laquelle elle s'est dirigée tout de suite. Cependant il n'y avait personne à la maison ce qui a fait nourrir chez Xxxxxx le sentiment de déception et d'être lâchée par son entourage et par toute la population marocaine. Ces moments là étaient marquées par des hallucinations visuelles comme la vision de phrases et slogans écrites sur le mur de la maison de sa sœur tel « 4 :00 d'après midi et « **•••••** » et qu'elle a cherché à les effacer par ses vêtements. Xxxxxx rapporte qu'elle a demandé l'heure à un jeune homme qu'il lui a répondu « 4 :00 d'après midi » alors qu'il n'était que « 10 :00 du matin » selon ses dires. Elle se plaignait aussi d'un bruit perçu de l'oreille ressemblant à beaucoup de monde qui parle sans distinction de la voie ni du discours. En plus, elle trouvait que les gens marchent de façon anormale, démarche rapide et à l'envers, et aussi qu'il avait beaucoup de monde autour d'elle.

Dans l'apogée de ce sentiment d'être perdue, délaissée, sans foyer et sans nourriture, Xxxxxx s'est dirigée une 2<sup>ème</sup> fois vers l'association INSAFF. Cette dernière ne l'a pas accepté et a appelé aussitôt la police, et en attendant la sûreté nationale, Xxxxxx avait peur pour son fils qu'il soit pris d'elle par les passants, par la police et par des gens mystérieux qu'elle voyait entrain de tourner autour d'elle. Elle a pensé aussi de partir à la mer mais elle a été empêchée par des gens mais surtout par un grand mur blanc. La police qui vient de l'emmener au poste convoqua sa sœur qui la prenne chez une amie de la famille.

Xxxxxx passait 4 jours chez cette femme avant de venir au service. Durant ces 4 jours, elle avait une amnésie d'évocation, une méfiance de tout le monde, elle répétait tout le temps « *bismillah ramane rahime* ». Elle ne voulait plus tenir son enfant qui lui paraissait moche et effrayant, noir et sale. En plus, Xxxxxx rapporte des hallucination visuelles tel que des gens vêtus en blanc qui sont venus pour la torturer et pour la juger et l'envoyer à l'enfer, elle rapporte qu'elle s'est vue vêtue en blanc comme « **RABIAA EL**

AADAWIHA », qu'elle a vu un homme vêtu de blanc, qu'à un visage de beauté extrême et qui lui a montré un miroir raillé de lignes rouges. Ceci évoluait dans un contexte de refus de l'alimentation, de confusion, d'insomnie pendant 4 jours avant la sensation d'être mordue, envahit et dévorée par plusieurs serpents de grande taille qui remplissaient toute la chambre et qui prenaient la forme du canapé sur lequel elle s'asseyait, ces serpents l'attaquaient au niveau de son ventre et sa poitrine, elle voyait sa cher charcutée par un serpent géant qui traverse son corps à travers son ventre et que le sang remplissait tout l'espace.

Au 3<sup>ème</sup> jour de cette symptomatologie (lundi 05-07-2004), la sœur de Xxxxx l'emmena consulter chez un **neuropsychiatre ; Dr LXXXX** : mis sous Tegretol, Nosinan et Melleril. Xxxxx refuse le traitement, devient plus agressive, frappe sa sœur, s'enferme dans les toilettes, prend des douches toutes habillées et s'accrochait avec tous les voisins.

Devant cette symptomatologie, la sœur de Xxxxx avec l'aide de ses amies l'emmena dans une voiture d'un bien-faisant vers l'hôpital au **centre psychiatrique universitaire** devant son agitation croissante. En effet, elle se prenait pour RABIAA ELAADAWIYA entrain de combattre les non-croyants et demandant à son armée de prendre les épées pour la guerre, toujours insomniaque, instable, logorrhéique, et déambulant toute la journée.

## **Examen clinique**

### *Examen à l'admission :*

Patiente tendue, sa tenue est sale, mouillée, des cheveux décoiffées, logorrhéique, syntone, répond en chantant aux questions et frappant le bureau, crachant partout et se disant folle par moments, niant qu'elle est malade, ne reconnaissant pas son enfant, sans hallucinations auditives ni visuelles.

On lui a prescrit : Haldol 6mg/j, Nosinan 200mg/j et Tegretol 400 mg : 1-0-1. Elle a été mis à l'isoloir pour être transférée après au service fermé femmes.

### *Examen général :*

- Patiente consciente, TA : 13/10 cmhg , apyrétique, • : 83 batt./min
- Conjonctives normo-colorées.
- Pas de pâleur cutanée, avec présence d'une hypersudation.
- Pas d'oedèmes des membre inférieurs.
- Patiente a une lenteur gênante pour se lever du lit et pour se mettre debout.

## *Examen psychiatrique du jour :*

### Présentation :

- Tenue propre adaptée à l'âge, au sexe et au contexte social.
- Mimique expressif, cohérente traduisant le langage verbal.
- Comportement : pas d'agitation, patiente calme. Pas de stupeur ni de catalepsie ni de parakinésies ni de tics.
- Contact : bon contact, aisé et syntone avec une humeur adapté à la situation de l'entretien). Il n'y a pas d'indifférence autistique ni de réticence. Il semble intéressant de noter que la malade demande l'intérêt des différentes questions posées et de l'entretien en général et ça va servir à quoi avec une conscience remarquable de la situation de l'entretien qui l'attendait chaque jour prévu.

### Conduites instinctuelles :

- Alimentation : la patiente mange beaucoup, reconnue boulimique par les autres malades, elle mange plusieurs fois dans la journée, a presque toujours faim et envie de manger, elle grignote tout le temps : difficile de qualifier cette conduite ! Hyperphagie ? Sinon il n'y a pas de conduites alimentaires aberrantes.
- Sommeil : pas d'insomnie. La patiente dort 12 heures environ.
- Sexualité : patiente est demandeuse de mettre un dispositif intra-utérin (prévu après sa sortie). Pas de déviations sexuelles ni d'anomalies des fonctions sexuelles auparavant.
- Pas de troubles des conduites sphinctériennes.

### Conduites sociales :

- Pas de fugues.
- Pas de vols pathologiques.
- Pas d'homicide.

### Conduites addictives :

- Alcoolisme occasionnel depuis 1998 à l'an 2002, devenu régulier tous les 15 jours durant l'an 2003 avec consommation de grandes quantités d'alcool. Arrêté depuis octobre 2003.
- Pas d'autres habitudes toxiques.

### Fonctions supérieures :

- Fonctions symboliques :
  - Langage
    - Production globale
      - Rythme normal du langage notamment pas de tachyphémie ni de bradyphémie.
      - Pas de logorrhée.
      - Pas de barrage ni de fading.
      - Pas de mutisme

- Pas de stéréotypies verbales ni de palilalie, ni d'impulsion verbale ni de parasitage.
  - Sémantique et syntaxe du langage : vocabulaire normal et riche parfois faible quand l'entretien est fait tôt le matin avec une syntaxe toujours maintenue. Il n'y a pas d'incohérence du langage ni de langage incompréhensible. Pas de néologisme ni d'aphasies
- Pas d'agnosies ni d'apraxies.
- Fonctions mnésiques
  - Pas d'amnésie
  - Pas de paramnésie
  - Pas d'hypermnésie paroxystique ni permanente.
- Fonctions de la pensée :
  - Cours de la pensée :
    - Débit verbal normal sans tachypsychie ni de bradypsychie.
    - Pas de logorrhée ni de fuite des idées.
    - Pas de dissociation de la pensée :
    - Pas de discontinuité de la pensée.
    - Pas de perte de la cohésion entre les différents contenus idéiques.
    - Pas de trouble des associations.
  - Contenu de la pensée
    - Pas de pensée déréelle.
    - Pas de mythomanie.
    - Pas d'idée fixe : cependant la patiente pense toujours au bien de son enfant, qu'elle doit sortir en bonne santé pour pouvoir travailler et s'occuper de lui.
    - Pas d'idée obsédante.
    - Pas d'idée délirante.
    - Pas d'idée dépressive.
  - Pas de distorsion globale de la pensée :
    - Pas de pensée autistique.
    - Pas de pensée magique.
    - Pas de pensée paralogique.
    - Pas de rationalisme morbide.
- Activités perceptives :
  - Hallucinoze : elle s'est vu se jeter du balcon de la dame chez qui elle part pendant les permissions, ceci a produit de l'angoisse et de l'insomnie avec critiques de ces visions reconnues non réelles par la patiente pendant une

seule nuit durant laquelle on a été obligé de lui changer de chambre pour dormir avec son amie dans le même lit dans une autre chambre.

- Pas d'hallucinations psychotiques, psychosensorielles et psychomotrices.
- Pas de syndrome d'automatisme mental.
  
- Conscience du soi et de l'environnement :
  - Pas de trouble de la vigilance.
  - Pas de trouble de l'attention.
  - Pas de dépersonnalisation : il faut noter que la patiente rapporte qu'elle a une baisse de l'acuité visuelle avec lourdeur des membres supérieurs et fatigue matinal qui les attachent à son maladie et ce qui crée chez elle un sentiment d'être différente des gens et une envie d'être comme les gens qui les entours (externes, infirmiers et médecins).
  - Pas de déréalisation.
  
- Etat émotionnel :
  - Pas de troubles de l'expression des affects notamment pas d'hypermotivité ni de déficit d'émotivité ni d'inadéquation des émotions.
  - Pas de trouble de l'humeur :
  - Pas d'humeur dépressive : pas de tristesse ni de pessimisme.
  - Pas d'anhédonie.
  - Pas de sentiment de culpabilité ni de dévalorisation.
  - Pas d'idées suicidaires
  - Pas d'euphorie expansive.
  
- Pas de troubles anxieux : cependant, des cauchemars la réveillent la nuit et la poussent à changer de place et à chercher refuge chez les autres patientes dans le service fermé femmes.

### ***Examen physique :***

#### **❖ Examen cardiovasculaire :**

- TA : 13 / 7 cmhg, • : 83 batt./min.
- Choc de pointe perçu en place.
- Rythme régulier, B1 et B2 bien perçus.
- Pas de perception de souffles.
- Pouls perçus et normaux.

#### **❖ Examen pleuro-pulmonaire :**

- Thorax symétrique, pas de déformations.
- Vibrations vocales bien transmises.
- Pas de tympanisme ni de matité à la percussion.
- Murmures vésiculaires bien transmis.

#### ❖ Examen digestif :

- Présence de vergetures au niveau sous ombilical.
- Abdomen souple.
- Pas de masse palpable.
- Pas d'hépatomégalie ni de splénomégalie.
- Pas de sonorité des hypochondres ni de matité des flancs.

#### ❖ Examen neurologique :

- Patiente consciente, score de Glasgow de 15/15.
- Pas de trouble de l'équilibre à la station debout.
- Marche normale, présence de légère rigidité des membres supérieurs qui ne suivent pas le mouvement du corps
- Motricité : force musculaire globale et spécifique normale. Tonus normal notamment absence d'hypertonie plastique.
- Réflexes ostéo-tendineux normaux. Réflexe cutanéoplantaire en flexion.
- Sensibilité consciente et proprioceptive maintenues et normales.
- Pas de trouble de l'équilibre ni de la coordination.
- Examen des nerfs crâniens retrouve une baisse de l'acuité visuelle non chiffrée.

#### ❖ Examen ostéo-articulaire et du rachis :

- Présence d'une cicatrice de points de sutures au niveau de la face antérieure de l'avant-bras droit de 10 cm de longueur.
- Articulations libres et mobiles.
- Reste : RAS

## Conclusion

Il s'agit de Mlle Xxxxx, âgée de xx ans, mère célibataire ayant comme antécédents ; toxiques la consommation d'alcool durant l'an 2003 avec un tabagisme occasionnelle, des rapports sexuelles non protégés avec des hommes multiples et comme antécédents familiaux la mère qui était peut-être psychotique.

Sa biographie permet de déduire la présence de personnalité immature parfois faible dans le temps surtout à partir de l'âge de 18 ans coïncidant avec la mort de sa mère, un échec scolaire précoce et une vie sexuelle et sentimentale perturbée et non stable, avec une grossesse illégitime non désirée au début, menée à terme marquée au cours de son déroulement par un sentiment d'autodépréciation, d'incapacité, de manque affectif avec des ruminations anxieuses concernant le nouveau-né avec un syndrome confusionnel fait de désorientation temporo-spatiale avec parfois errances.

Le post-partum était marqué le 3<sup>ème</sup> jour par une humeur dépressive, anxiété avec un sentiment d'incapacité de s'occuper du nouveau-né. 3 semaines après l'accouchement, on retrouve une installation rapidement progressive d'un accès psychotique aiguë fait de : trouble de la présentation ; trouble de la pensée avec discordance et logorrhée, un syndrome délirant fait de mécanisme et thématiques multiples d'un moment mystique et

d'un autre centré sur l'enfant qui le reconnaît plus ; trouble thymique dans son versant dépressif avec confusion ; trouble de la vigilance type agitation, auto et hétéro agressivité ; trouble des perceptions type hallucinations intrapsychiques et visuelles avec des scènes oniriques; dépersonnalisation et déréalisation. L'examen physique est revenu sans particularités le tout évoluant dans un contexte d'apyrexie avec conservation de l'état général physique.

## **Diagnostics à évoquer**

### **1. Psychose puerpérale : devant,**

- Facteurs de risque :
  - Antécédents familiales de psychose : la mère.
  - Primipare.
  - Situation économique et sociale précaire.
  - Absence de préparation à la grossesse et l'accouchement avec personnalité immature.
- Début rapidement progressive survenant après l'accouchement précédé d'un Post-Partum Blues transitoire qui a rentré dans l'ordre dans le jour même de son apparition.
- Installation brutale d'un accès psychotique aigue fait de :
  - Syndrome délirant au premier plan de mécanismes et thématiques multiples.
  - Syndrome dépressif
  - Syndrome confusionnel
  - Hétéroagressivité puis autoagressivité.
  - Trouble de la vigilance type agitation.
  - Trouble de la conscience de soi et de l'environnement.

### **2. Schizophrénie du post-partum :**

Contre : l'apparition précoce de la symptomatologie délirante.

### **3. Trouble thymique du post-partum : Accès mélancolique du post-partum.**

## **Conduite à tenir**

- Hospitalisation en service fermé femmes.
- Prescription :
  - Un neuroleptique à visée antiproductive : Haldol 2 mg/ml gouttes .
  - Un neuroleptique à visée sédative : Nozinan 100 mg cp.
  - Un tymorégulateur : Tegretol LP 400 cp.
- Faire un bilan hépatique , numération formule sanguine complète, dosage des CPK.
- Faire une sérologie syphilitique.
- Envisager une psychothérapie.

## Surveillance

- Guetter la survenue d'un syndrome malin : surveillance de la température, et des CPK.
- On note l'amélioration de la patiente sous traitement avec disparition des délires et des hallucinations, patiente devenue calme, attentive, et sociale. Elle demande à mettre un dispositif intra-utérin à sa sortie.
- Réduction des doses avec actuellement sous :
  - Haldol 2 mg/ml 60 gouttes le soir.
  - Nozinan : 200 mg/j.
  - Tegretol 400 mg : 1-0-1.
- A long terme :
  - Apparition possible d'une schizophrénie ou d'un état dépressif.
  - Conseiller à la patiente d'attendre avant de faire un autre enfant.
  - Prise en charge précoce si nouvelle grossesse : risque de récurrence dans la grossesse prochaine.

## Evaluation du pronostic :

- *Bon pronostic* devant :
  - ✓ Conscience du trouble
  - ✓ Envie de guérir
  - ✓ Plusieurs projets dans l'avenir concernant son enfant : actuellement présent dans un établissement des actions sociales. La patiente est contente de la stabilisation de l'état de son enfant actuellement « avec un foyer et de la nourriture assurée ».
  - ✓ Bonne réponse au traitement.
- *Mauvais pronostic* :
  - ✓ Soutien familial et financier limité : la sœur est la plus part du temps au travail avec des ressources limitées pouvant conduire à l'interruption du traitement.
  - ✓ Antécédents de psychose chez la mère augmentant le risque d'installation d'une pathologie schizophrénique, dystymique ou non.