

Université de Montréal

**Effets d'un programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux
pour prévenir la dépression postnatale des femmes de classes moyenne et défavorisée
habitant en Catalogne Nord et en France Sud**

par

M^a Assumpta Ortiz Collado

Département de Sciences biomédicales

Faculté de Médecine

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Ph D
en Sciences biomédicales

Mars, 2009

© M^a Assumpta Ortiz

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée:

Effets d'un programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux
pour prévenir la dépression postnatale des femmes de classes moyenne et défavorisée
habitant en Catalogne Nord et en France Sud

présentée par :

M^a Assumpta Ortiz Collado

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Marie Hatem-Asmar, présidente rapporteur
Jean-François Saucier, directeur de recherche
Claude-Émile Tourné, co-directeur
Louise Séguin, membre du jury
Catherine Desrivières-Pigeon, évaluatrice externe
Jacques Moreau, représentant du doyen de la FES

Résumé

Effets d'un programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux pour prévenir la dépression postnatale des femmes de classes moyenne et défavorisée habitant en Catalogne Nord (Barcelone et Figueres) et en France Sud (Béziers)

La dépression postnatale (DP) est un problème de santé publique très fréquent dans différentes cultures (Affonso et al, 2000). En effet, entre 10% à 15% des mères souffrent d'une symptomatologie dépressive ainsi que l'indiquent Gorman et al. (2004). La prévention de la DP est l'objectif de différents programmes prénatals et postnatals (Dennis, 2005; Lumley et al, 2004). Certains auteurs notent qu'il est difficile d'avoir accès aux femmes à risque après la naissance (Evins et al, 2000; Georgiopoulos et al, 2001). Mais, les femmes fréquentent les centres de santé pendant la grossesse et il est possible d'identifier les cas à risque à partir des symptômes prénatals dépressifs ou somatiques (Riguetti-Veltema et al, 2006); d'autant plus qu'un grand nombre de facteurs de risque de la DP sont présents pendant la grossesse (O'Hara et Gorman, 2004). C'est pourquoi cette étude fut initiée pendant le premier trimestre de la grossesse à partir d'une détection précoce du risque de DP chez n= 529 femmes de classes moyenne et défavorisée, et, cela, au moyen d'un questionnaire validé utilisé à l'aide d'une entrevue. L'étude s'est effectuée dans trois villes : Barcelone, Figueres, et Béziers au cours des années 2003 à 2005.

Objectif général : La présente étude vise à évaluer les effets d'un programme prénatal de groupes de rencontre appliqué dans la présente étude chez des couples de classe socioéconomique non favorisée dont les femmes sont considérées comme à risque de dépression postnatale. L'objectif spécifique est de comparer deux groupes de femmes (un groupe expérimental et un groupe témoin) par rapport aux effets du programme prénatal sur les symptômes de dépression postnatale mesurés à partir de la 4^{ème} semaine après l'accouchement avec l'échelle EPDS.

Hypothèse: Les femmes participant au programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux, composé de 10 séances hebdomadaires et inspiré d'une orientation psychosomatique présenteront, au moins, un taux de 6% inférieur de cas à risque de dépression postnatale que les femmes qui ne participent pas, et cela, une fois évaluées avec l'échelle EPDS (≥ 12) 4 semaines après leur accouchement.

Matériel et méthode: La présente étude évaluative est basée sur un essai clinique randomisé et longitudinal; il s'étend de la première ou deuxième visite d'échographie pendant la grossesse à un moment situé entre la 4^{ème} et la 12^{ème} semaine postnatale.

Les participants à l'étude sont des femmes de classes moyenne et défavorisée identifiées à risque de DP et leur conjoint. Toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion à la période du recrutement ont effectué une entrevue de sélection le jour de leur échographie prénatale à l'hôpital (n=529). Seules les femmes indiquant un risque de DP furent sélectionnées (n= 184). Par la suite, elles furent distribuées de manière aléatoire dans deux groupes: expérimental (n=92) et témoin (n=92), au moyen d'un programme informatique appliqué par un statisticien considérant le risque de DP selon le questionnaire validé par Rigueti-Veltéma et al. (2006) appliqué à l'aide d'une entrevue. Le programme expérimental consistait en dix séances hebdomadaires de groupe, de deux heures et vingt minutes de durée ; un appel téléphonique entre séances a permis d'assurer la continuité de la participation des sujets. Le groupe témoin a eu accès aux soins habituels. Le programme expérimental commençait à la fin du deuxième trimestre de grossesse et fut appliqué par un médecin et des sages-femmes spécialement préparées au préalable; elles ont dirigé les séances prénatales avec une approche psychosomatique.

Les variables associées à la DP (non psychotique) comme la symptomatologie dépressive, le soutien social, le stress et la relation de couple ont été évaluées avant et après la naissance (pré-test/post-test) chez toutes les femmes participantes des deux groupes (GE et GC) utilisant : l'échelle EPDS (Cox et al,1987), le Functional Social

Support Questionnaire (Broadhead et al, 1988), l'évaluation du stress de Holmes et Rahe (1967) et, l'échelle d'ajustement dyadique de Spanier (1976). La collecte des données prénatales a eu lieu à l'hôpital, les femmes recevaient les questionnaires à la fin de l'entrevue, les complétaient à la maison et les retournaient au rendez-vous suivant. Les données postnatales ont été envoyées par les femmes utilisant la poste locale.

Résultats: Une fois évalués les symptômes dépressifs postnatals avec l'échelle EPDS entre la 4ème et la 12ème semaine postnatale et considérant le risque de DP au point de césure ≥ 12 de l'échelle, le pourcentage de femmes à risque de DP est de 39,34%; globalement, les femmes étudiées présentent un taux élevé de symptomatologie dépressive. Les groupes étant comparables sur toutes les variables prénatales, notons une différence dans l'évaluation postnatale de l'EPDS (≥ 12) de 11,2% entre le groupe C et le groupe E (45,5% et 34,3%). Et la différence finale entre les moyennes de l'EPDS postnatal est de 1,76 ($\bar{x}=11,10 \pm 6,05$ dans le groupe C et $\bar{x}=9,34 \pm 5,17$ dans le groupe E) ; cette différence s'approche de la limite de la signification ($p=0,08$). Ceci est dû à un certain nombre de facteurs dont le faible nombre de questionnaires bien complétés à la fin de l'étude. Le groupe contrôle présente une évolution sans modifications entre l'évaluation prénatale et l'évaluation postnatale ($t=0,92$ / $P=0,36$). La moyenne de cette analyse pré/post-test est négative ($\bar{x} = -0,78 \pm 6,07$) indiquant une légère augmentation des symptômes après la naissance. Par contre, les femmes du groupe expérimental présentent une diminution significative des symptômes dépressifs ($t=2,50$ / $P= 0,01$) comparativement au pré-test. La moyenne de cette analyse pré/post-test est positive ($\bar{x} = 1,68 \pm 5,28$) indiquant une amélioration.

Les analyses de régression et de covariance montrent que le soutien social postnatal, les symptômes dépressifs prénatals et le stress postnatal ont une relation significative avec les symptômes dépressifs postnatals ($P<0,0001$; $P=0.003$; $P=0.004$). La relation du couple n'a pas eu d'impact sur le risque de DP dans la présente étude. Par contre, on constate d'autres résultats secondaires significatifs: moins de naissances prématurées,

plus d'accouchements physiologiques et un plus faible taux de somatisations non spécifiques chez les mères du groupe expérimental.

Recommandations: Les résultats obtenus nous suggèrent la considération des aspects suivants: 1) il faudrait appliquer les mesures pour détecter le risque de DP à la période prénatale au moment des visites d'échographie dont presque toutes les femmes sont atteignables; il est possible d'utiliser à ce moment un questionnaire de détection validé car, son efficacité semble démontrée; 2) il faudrait intervenir auprès des femmes identifiées à risque à la période prénatale à condition de prolonger le programme préventif après la naissance, tel qu'indiqué par d'autres études et par la demande fréquente des femmes évaluées. L'intervention prénatale de groupe n'est pas suffisante pour éviter le risque de DP chez la totalité des femmes. C'est pourquoi une troisième recommandation consisterait à : 3) ajouter des interventions individuelles pour les cas les plus graves et 4) il paraît nécessaire d'augmenter le soutien social chez des femmes défavorisées vulnérables car cette variable s'est révélée très liée au risque de dépression postnatale.

Mots-clés : symptômes de dépression, risque de dépression postnatale, soutien social, stress, relation de couple, approche psychosomatique, étude randomisée, programme prénatal de groupe, femmes non favorisées.

Abstract

Effects of a prenatal group program addressing at couples to prevent postnatal depression in women of low socio-economic status, living in the north of Catalonia (Catalunya) and the south of France

Postnatal depression (PD) is a universal problem for public health (Affonso and al, 2000), as indicated in studies on its prevalence as between 10% and 15% (Gorman and al, 2004). The prevention of this problem is the main objective of several programs that are applied before and after birth (Dennis, 2004; Lumley and al, 2004). Some authors have noted that it is difficult to access women who are most at risk in the postnatal stage (Evins and al, 2000; Georgiopoulos and al, 2001). During pregnancy, women use healthcare centres very often and it is possible to detect the risk of having PD. There are also many women who indicate a risk of PD due to somatic or depressive symptoms (Riguetti-Veltema and al, 2006), above all, because the majority of risk factors are present during pregnancy (O'Hara and Gorman, 2004). Therefore, this study was started during the first three months of pregnancy with early detection of women at risk based on a validated questionnaire used in the interview. The study was carried out in three cities: Barcelona, Figueres (north of Catalonia) and Béziers (south of France), between 2003 and 2005.

General aim: This study intends to assess the effects of a prenatal group program directed at future parents on postnatal depression symptoms in women considered at risk. The specific aim is **compare the depressive postnatal symptoms of the women in the experimental group with the depressive postnatal symptoms of the women in the control group.**

Hypothesis: The women taking part in the prenatal group program (directed at future parents, with 10 weekly sessions, and based on a psychosomatic approach) present, at least a 6% lower rate of postnatal depression than women who did not take part, once assessed with the EPDS (≥ 12) scale 4 weeks after the birth.

Materials and method: This assessment study is a random, longitudinal clinical trial; it starts from the first or second ultrasound scan of the pregnancy and concludes between the 4th and 12th postnatal week.

Those taking part in the study are women of middle, low, or very low socioeconomic status who have been identified as being at risk of PD, and their partners or husbands. All the women (n=529) fulfilling the criteria for being included during the selection period have been interviewed at the hospital on the same day as the antenatal scan. Only women indicating a risk of PD were selected (n=184). They were then distributed into two random groups (n=92) experimental group (EG) and (n=92) control group (CG) – by means of a software program in which a statistic considering PD risk, according to the validated questionnaire developed by Rigueti-Veltema et al (2006) used in the interview, was applied. The experimental program consisted of 10 weekly sessions of two hours twenty minutes long; a telephone calls between sessions to be ensured the continuity of the participants in the program. The control group had access to the usual care and assistance. The experimental program started at the end of the second trimester of the pregnancy and was put into practice by specially trained midwives, who led the birth preparation sessions using a psychosomatic approach.

The variables associated to PD (not psychotic), such as, for example, prenatal depressive symptoms, social support, stress, and couple relationships were assessed before and after the birth (pre/post-test) in all the women from both study groups (EG and CG), using the EPDS scale (Cox et al,1987), the Functional Social Support Questionnaire (Broadhead et al, 1988), the stress test developed by Holmes and Rahe (1967), and the Spanier dyadic

adjustment scale (1976). The prenatal data was gathered at the hospital where the women received the questionnaire, which they filled in at home and returned on their following visit. The postnatal data was sent by mail by the women taking part in the study.

Results: Once the depression symptoms were assessed with the EPDS scale between the 4th and 12th postnatal week, and considering PD risk at the cutting point (≥ 12) of the scale, the percentage of women with a risk of PD is 39.34%; globally, the women studied have a high rate of risk of PD. We noticed that the two groups were comparable in all the prenatal variables, and that there is a difference in the EPDS (≥ 12) postnatal assessment of 11.2% between group C and group E (45.5% and 34.3%, respectively). In the postnatal analysis between both groups, the difference of means of the postnatal EPDS is 1.76 ($\bar{x}=11.10 \pm 6.05$ in group C and $\bar{x}=9.34 \pm 5.17$ in group E); this difference only approaches the significance limit ($p=0.08$). This is due to several factors; the number of correctly filled-in questionnaires in the last part of the study, among them.

The control group has an evolution without modifications between pre- and post-natal assessments, with a very slight increase in symptoms after the birth ($t=-0.92 / P=0.36$). The means of this pre/post-test analysis is negative ($\bar{x} = -0.78 \pm 6.07$). In contrast, women from the experimental group have a significant decrease in depression symptoms ($t=2.50 / P= 0.01$), in comparison to the pre-test. The means of this pre / post-test is positive ($\bar{x} = 1.68 \pm 5.28$).

Recommendations: The results obtained suggest we consider the following aspects: 1) measures to detect the risk of PD during the prenatal period should be applied, when women come for their antenatal scans, because practically all women are willing to be approached; it is possible to use, in that moment, a validated detection tool, since its effectiveness appears to be demonstrated; 2) although the prenatal group intervention seems effective, it is not a sufficient strategy to significantly prevent the risk of PD. Women identified at risk during the prenatal period, therefore, should be worked with on

condition that the preventive program is prolonged after the birth, as other studies have indicated, and as the women under study have indicated with a strong demand for continuity; 3) individual interventions should be added for more serious cases; and finally, 4) it is necessary to increase social support for low-income, vulnerable women, because this variable is very related with the risk of PD.

Keywords : postnatal depressive symptoms, depression postnatal risk, social support, stress, couple relationship, psychosomatic approach, randomized trial, prenatal group programme, low socio-economic level women.

Table des matières

Résumé en français	iii
Résumé en anglais (Abstract)	vii
Table de matières	xi
La liste des tableaux	xvi
La liste des figures	xxii
La liste des schémas	xxiii
La liste des abréviations	xxiv
Dédicace	xxv
Note de l’auteur	xxvi
Remerciements	xxvii
Introduction	1
Chapitre I	
La problématique	5
1.1 But de l’étude	14
1.2 Question de recherche	14
1.3 Hypothèse	15
1.4 Objectif principal	15
1.5 Impact du problème	16
Chapitre II	
La recension des écrits	20
2.1 La dépression postnatale. Définitions	21
2.2 Diagnostic et symptômes	23
2.3 Les conséquences de la dépression postnatale	25
2.3.1 Les conséquences sur l’enfant	26
2.3.2 Les conséquences sur la famille	28
2.4 Les déterminants de la dépression postnatale	30
2.4.1 Les facteurs génétiques	31
2.4.2 Les facteurs biologiques	31
2.4.3 Les facteurs psychologiques	32
2.4.4 Les facteurs psychiatriques	33
2.4.5 Les facteurs reliés au bébé	33
2.4.6 Les causes psychosociales	34

2.4.6.1	Stress pendant la grossesse	34
2.4.6.2	La relation de couple et l'ajustement conjugal	35
2.4.6.3	Le soutien social	36
2.4.7	Facteurs sociodémographiques associés à la dépression postnatale	38
2.4.7.1	La maternité en milieu défavorisé	41
2.4.7.1.1	Morbidité associée à la maternité chez la femme défavorisée	43
2.4.7.1.2	Morbidité associée au bébé né en milieu défavorisé	44
2.4.8	Autres facteurs de risque	45
2.4.8.1	Santé prénatale et dépression postnatale	46
2.4.8.2	La grossesse non planifiée et la DP	47
2.4.8.3	La symptomatologie dépressive prénatale : prévalence et lien avec la symptomatologie dépressive postnatale	47
2.5	Les programmes de prévention en périnatalité	51
2.5.1	Les programmes appliqués à la période prénatale	52
2.5.2	Les programmes de suppléments alimentaires	53
2.5.3	Les programmes offrant un soutien social à la femme enceinte	55
2.5.4	Les programmes mixtes ou intégrés	56
2.6	La prévention de la dépression postnatale	59
2.6.1	La détection du risque de dépression postnatale à partir des symptômes somatiques	63
2.6.2	Éléments à considérer dans la prévention de la dépression postnatale	65
2.6.3	Programmes préventifs d'orientation biologique	67
2.6.4	Programmes préventifs d'orientation non biologique	69
2.7	Justifications du travail de recherche	83
Chapitre III		
	Le cadre théorique	89
Chapitre IV		
	Le programme expérimental à l'étude	100
4.1	Les origines des cours d'éducation prénatale	102
4.2	Les approches du programme expérimental	105
4.3	Objectifs du programme expérimental	111

4.3.1 Objectif général de la préparation psychosomatique à la naissance dans le contexte utilisé dans la présente étude	111
4.3.2 Objectifs spécifiques	112
4.4 Description du programme d'intervention	116
4.4.1 Structure du programme	116
4.4.2 Distribution selon la méthode de travail	117
4.5 Couverture du programme	118
4.6 Conditions du groupe	118
4.7 Matériel nécessaire	119
Chapitre V	
Prémises et objectifs de l'étude	121
Hypothèses de recherche	122
5.1 Méthodologie de l'étude	123
5.1.1 Devis de recherche	123
5.1.2 Population	124
5.1.2.1 Sujets à l'étude	125
5.1.2.2 Sélection des sujets	126
5.1.2.3 Échantillon	126
5.1.2.4 Calcul de l'échantillonnage	127
5.1.3 Recrutement	129
5.1.3.1 Distribution du recrutement par Centres à l'étude	130
5.1.3.2 Procédure de recrutement des sujets	133
5.1.4 Déroulement global de l'étude	135
5.1.5 Procédure de collecte des données	140
5.1.6 Matériel et méthode	140
5.1.6.1 Définition opérative des variables	141
Instruments préalables à l'intervention	
5.1.6.1.1 Dépistage du risque de dépression postnatal	142
5.1.6.1.2 Évaluation de la symptomatologie dépressive	143
5.1.6.1.3 Évaluation de la relation de couple	144
5.1.6.1.4 Évaluation du soutien social	144
5.1.6.1.5 Évaluation du stress	145
Mesures et instruments postérieurs à l'intervention	146
5.1.7 Considérations éthiques	147

Chapitre VI	
Les résultats	150
6.1 Profil sociodémographique	151
6.1.1 Portrait socioéconomique de la population à l'étude	155
6.1.1.1 Portrait économique du conjoint	161
6.1.1.2 Portrait économique des femmes	162
6.1.2 L'âge des femmes à l'étude	164
6.1.3 L'origine des femmes	165
6.1.4 Le niveau de scolarité des femmes à l'étude	167
6.1.5 Portrait des femmes : gestation et parité	169
6.2 Les antécédents de traitement psychiatrique	171
6.3 Description de l'évolution de l'échantillon à l'étude	173
6.4 Description du risque de dépression postnatale évalué à l'étape prénatale au moyen de l'entrevue de sélection	177
6.4.1 Analyse descriptive de la variable principale : la symptomatologie dépressive évaluée au moyen de l'échelle EPDS	182
6.4.1.1 Analyse descriptive des autres variables prénatales : stress, soutien social et relation de couple	186
6.4.2 La symptomatologie dépressive postnatale	192
6.5 Analyse de la variable de symptomatologie dépressive comparativement avant et après la naissance de manière séparée par groupes	193
6.5.1 Les femmes qui améliorent : différence EPDS pré/EPDS post	196
6.5.2 Évolution globale des moyennes de l'échelle EPDS	197
6.6 Vérification des hypothèses à l'étude	199
6.6.1 La semaine d'évaluation postnatale	200
6.7 Analyse descriptive des variables complémentaires observées	201
6.7.1 La participation du père	201
6.7.2 Le fonctionnement du couple	202
6.7.3 L'accouchement	203
6.7.4 La santé de la mère après la naissance	204
6.8 Analyses multivariées ANCOVA	206
6.9 Analyse de régression logistique	208

6.10 La participation aux séances expérimentales de préparation à la naissance	209
6.11 L'évaluation du programme de préparation à la naissance par les couples	212
6.12 Discussion	216
6.12.1 Limites de l'étude	225
Conclusion	228
Recommandations	234
Bibliographie	236
Annexes	269

Liste des tableaux

Tableau A :	
Programmes prénataux d'orientation non biologique et prévention de la DP	80
Tableau n.1 :	
Le recrutement	132
Tableau n.2 :	
Sélection selon les critères de risque	132
Tableau n.3 :	
Les mesures d'évaluation	147
Tableau n.4 :	
Portrait économique du conjoint	162
Tableau n.5 :	
Portrait économique des femmes	162
Tableau n.6 :	
Contingence : Portrait économique du mari / portrait économique de la femme	163
Tableau n.7 :	
Âge des femmes étudiées	164
Tableau n.8 :	
Origine des femmes à l'étude	165
Tableau n.9 :	
Le niveau de scolarité des femmes à l'étude	168
Tableau n.10 :	
Profil gestation des femmes à l'étude	170
Tableau n.11 :	
La parité des femmes à l'étude	170
Tableau n.12 :	
Antécédents de traitement psychiatrique	171

Tableau n.13 :	
Variables sociodémographiques et antécédents psychiatriques	172
Tableau n. 14 :	
Description des sujets identifiés à risque parmi la population recrutée	177
Tableau n.15 :	
Distribution des cas assignés dans le groupe C ou E	178
Tableau n.16 :	
Profil du niveau de risque des participants	180
Tableau n.17 :	
Statistique de contraste A	181
Tableau n.17-A :	
Statistique de contraste B	181
Tableau n.18 :	
Résumé de l'évolution des cas	182
Tableau n.19 :	
Répartition par groupe des sujets ayant complété l'EPDS prénatal	184
Tableau n.20 :	
La symptomatologie dépressive prénatale par groupes (score moyen)	184
Tableau n.21 :	
Analyse de l'EPDS prénatal en pourcentage, séparée par groupes	184
Tableau n.21-A :	
EPDS prénatal selon le point de césure ≥ 12	185
Tableau n.22 :	
Description des moyennes du niveau de stress prénatal	186
Tableau n.23 :	
Analyse des moyennes de stress prénatal	186
Tableau n.24 :	
Soutien social prénatal selon les réponses négatives	188
Tableau n.25 :	
Le soutien social selon l'analyse des réponses négatives	189

Tableau n.26 : Évaluation de la relation de couple (femmes) au pré-test	189
Tableau n.27-A : Évaluation de la relation de couple par groupes	189
Tableau n.27-B : Calcul de l'indépendance entre groupes	189
Tableau n.27-C : La relation de couple par catégories	190
Tableau n.28 : Analyse résumée des variables prénatales	191
Tableau n.29 : La symptomatologie dépressive postnatale (point de césure ≥ 12 de l'EPDS)	192
Tableau n.30 : Différences des résultats pré / postnatales dans le groupe expérimental	193
Tableau n.30-A : Calcul pour l'échantillon dans le groupe expérimental	194
Tableau n.31 : Calcul statistique pour l'échantillon du groupe témoin	195
Tableau n.32 : Les femmes qui améliorent et les femmes qui augmentent les symptômes dépressifs	196
Tableau n.33 : Description de l'évolution des moyennes prénatales et postnatales par groupes	198
Tableau n.34 : Semaine d'évaluation postnatale par groupes	200
Tableau n.35 : La participation du père selon groupes témoin (C) ou expérimental (E)	201
Tableau n.36: Le fonctionnement du couple selon les groupes témoin ou expérimental	203

Tableau n.37 : L'accouchement selon les groupes témoin (C) ou expérimental (E)	203
Tableau n.38 : Symptômes postnatals chez les mères selon les groupes	205
Tableau n.39-A : Variable dépendante : risque de dépression postnatale (EPDS post)	206
Tableau n.39-B : Estimation variable dépendante : risque de dépression postnatale (EPDS post)	206
Tableau n.40 : Modèle de régression logistique	208
Tableau n.41 : Participation aux séances et changement de l'EPDS (différence pré/post-test)	210
Tableau n.42 : Évaluation du programme prénatal. Taux de réponses	213
Tableau n.43 : Évaluation du programme prénatal par groupes contrôle et expérimental	214

Liste des figures

Figure n.1 :	
Étude sociodémographique régionale « Alt Empordà »	153
Figure n.2 :	
Classification de l'échantillon initial par catégories socioéconomiques	158
Figure n.3 :	
Présentation graphique de l'échantillon initial en comparant les catégories socioéconomiques	158
Figure n.4:	
Composition de l'échantillon final	160
Figure n.5	
Graphique selon classification des catégories socio-économiques des participants à l'étude	160
Figure n.6:	
Représentation graphique de l'âge des femmes étudiées	165
Figure n.7 :	
Portrait de l'origine des femmes dans l'échantillon initial	166
Figure n.8 :	
Portrait de l'origine des femmes participant à toute l'étude	167
Figure n.9	
Représentation graphique du niveau de scolarité des femmes.	169
Figure n. 10	
EPDS prénatal : Histogramme de sommation des scores	183
Figure n.11	
Prévalences selon l'évaluation de l'EPDS (≥ 12) prénatal et postnatal.	200

Liste de schémas

Schéma n.1

Schematic diagram of vulnerability-transactional stress model of depression (Hankin & Abramson, 2001). Schéma du modèle de stress de vulnérabilité transactionnelle 93

Schéma n.2

Cadre conceptuel de cette étude 96

Schéma n.3

Représentation schématique du déroulement 139

Schéma n.4 :

Composition de l'échantillon en chaque phase 154

Schéma n. 5 :

L'évolution globale de la composition de l'échantillon 176

La liste des abréviations

DP	Dépression postnatale
WIC	Women, Infant's and Children's nutritional program
CLSC	Centre local de santé communautaire
DDM	Dispensaire Diététique de Montréal
O.L.O	Programme administré par nutritionnistes qui offrent œufs, lait et oranges aux femmes défavorisées
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
AEAQ	Antenatal Emotional Attachment Questionnaire
IPT	Traitement de Psychothérapie Interpersonnelle
BDI	Beck Depression Inventory
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
CIE	Conseil International des Infirmières
PPO	Psycho Prophylaxie Obstétricale
DAS	Dyadic Adjustment Scale
FSSQ	Functional Social Support Questionnaire
SPSS	Statistical Package for Social Sciences

Cette thèse est dédiée à toute ma famille à qui je rends honneur avec ce travail. Je la dédie aussi à tous ces bébés qui deviennent l'éponge de la souffrance ou la lumière à la fin d'un tunnel pour certains parents en difficulté psychosociale.

“... Aimer l'enfant c'est l'accueillir comme un être sensible et plein de sens, c'est respecter sa sécurité de base...” (This, 1986)

Note de l'auteur:

Lorsqu'on rêve à son bébé, qu'on pense à lui, qu'on lui parle, qu'on le touche, qu'on le considère comme un être humain sensible et capable de communiquer, il se crée un lien profond, essentiel à la construction de son humanité: c'est le lien qui arrive par le "sentir". Par contre, un bébé qu'on ignore, dont on refuse de reconnaître les besoins essentiels, à qui l'on ne parle pas, un bébé qu'on ne regarde pas lorsqu'on le touche et à qui on ne manifeste pas d'affection devient comme un objet manipulé, dépersonnalisé, sans identité. Quoi de plus violent! C'est une violence comparable à celle dont ont souffert les victimes des camps de concentration pareillement privés de respect, de considération, de tout contact humain. Elles se sont vidées de leur âme. Face à ce manque de considération profond et à cette ignorance de ses besoins essentiels, il est possible qu'une sorte de violence se développe chez l'enfant, violence somatique contre lui-même, ou besoin de faire mal à l'autre.

Si les parents sont aidés, orientés, dirigés vers une sensibilité à la communication avec le bébé dès la période de gestation, ne seraient-ils pas également affectés par le bien-être du lien qui se crée ainsi? Ce lien ne pourrait-il pas influencer positivement l'état émotif de la mère ?

Remerciements

Le projet de la présente thèse est né à partir de notre participation à titre d'assistante de recherche lors d'une étude effectuée au Dispensaire Diététique de Montréal (D.D.M.). Il a donné lieu à un travail de recherche mené chez un groupe de femmes parmi les plus défavorisées. Pour différentes raisons, nous avons dû remettre en question notre plan de travail initial et réorienter notre recherche. Nous éprouvons une immense gratitude envers ceux et celles qui, grâce à leurs judicieux conseils, nous ont encouragée à reprendre nos travaux, notamment le docteur Dr. Jean-François Saucier qui a accepté de les diriger. Nous tenons à lui exprimer notre vive reconnaissance pour ses bons conseils et pour la confiance qu'il nous a manifestée et qui nous a permis de relever ce beau défi.

Compte tenu de sa complexité et de sa difficulté d'implantation en milieux différents, ce projet a engendré une série de contretemps en Europe. Nous sommes redevable au docteur Claude-Émile Tourné de son implication aussi bien au niveau de la formation effectuée chez les sages-femmes qu'au niveau de l'implantation du travail (préparation des groupes) et des interventions qu'il a effectuées sur le plan financier. Sans son appui exceptionnel, nous n'aurions pu mener à bien notre étude en Europe. Nous le remercions tout particulièrement de son indéfectible soutien moral.

Il y a, lors de la rédaction d'une thèse, une foule d'aspects que nous qualifierons de « sous-jacents » qui, souvent, échappent aux doctorants soit par ignorance, par inexpérience ou pour une foule d'autres raisons. Peu de professeurs réussissent à comprendre pareil état de choses. À cet égard, nous disons notre gratitude à la docteure Louise Séguin. L'esprit scientifique, l'humanité et l'écoute dont elle a fait preuve au cours de nos rencontres nous ont beaucoup touchée et ont contribué à la bonne marche de nos travaux de thèse.

Il va sans dire qu'une étude d'une telle envergure est onéreuse. C'est ainsi que nous avons pu bénéficier d'une subvention de la Commission de recherche des Universités catalanes (CIRIT) destinée à défrayer nos déplacements à Barcelone et à Figueres pour effectuer les entrevues de sélection. Nos déplacements à Béziers ont pour leur part été assumés par un fonds de recherche français obtenu grâce à l'intervention du Dr. Patrick Leblanc de l'Hôpital de Béziers. Nous lui en sommes infiniment reconnaissante. Enfin, les entrevues et les interventions de groupe liées à cette étude nous ont obligée à travailler à plein temps, sans rémunération aucune, pendant vingt mois, période au cours de laquelle il nous a fallu renoncer à un travail rémunéré en dehors de cette étude. À ce titre, nous estimons que la bourse obtenue de l'Association de diffusion d'études et de recherche pour mieux naître en Catalogne Nord (ADERMNCN) constitue l'apport financier le plus important.

C'est également grâce à la docteure Marion Riguetti-Veltema qui nous a procuré toute l'information relative au questionnaire de sélection, à Mme Isabel Vila et aux docteurs Vicens Cararach et Patrick Leblanc, directeurs responsables des Unités de maternité dans leurs milieux respectifs que cette étude multi-centres a pu être menée à Barcelone, Figueres et Béziers. Nos remerciements vont aussi aux sages-femmes de ces différents centres qui ont permis et facilité l'implantation de nos travaux: mesdames Glòria Sebastià, Marina Arbucies, Ester Rebull, Assumpció Juanola, Lila Audier et, Aline Ferrini.

Comme en témoigne le chapitre qui traite des résultats, cette étude a nécessité un nombre important d'analyses statistiques en même temps qu'une grande rigueur. À cet égard, nous désirons souligner la remarquable participation des experts et collègues de l'Université de Girona, tout particulièrement de Marc Saez, Nuria Mateu et M^a del Mar Garcia. Nous leur témoignons notre reconnaissance.

Nos vifs remerciements s'adressent aux amies et collègues qui nous ont fait bénéficier de leur compétence et nous ont apporté un soutien affectif inestimable tout au long de cette étude, à Mme Renée Rowan et à sa fille Christine qui nous ont entourée de leur affection et

qui ont toujours cru en la réussite de nos travaux ; elles nous ont aidés à maintenir la persévérance aux pires moments. À madame Monique Héroux, qui a accepté de réviser la version française de notre thèse et d'y apporter les corrections nécessaires, à mesdames Denise Héroux, Christa Japel, Caroline Proux, Itxaso Manzano et Zulmira Araujo par leurs encouragements et leurs conseils judicieux.

Enfin, c'est avec beaucoup d'émotion que je sens le besoin de passer du « nous » de politesse au « je » de tendresse pour exprimer des remerciements tout à fait particuliers à ma mère qui est décédée dix mois avant le dépôt de cette thèse et à mon fils, ce cher adolescent, qui a réussi à me faire oublier momentanément mes travaux pour bien me faire hurler, me faire rire, en quelque sorte me détendre afin d'alléger la tension liée à la thèse. Je reconnais le courage de toute ma famille et le mien pour être fidèle à eux avec cette étude. Enfin, je conclus cet effort de la manière la plus honorable possible et j'achève ces remerciements avec une inclination.

Introduction

La planification de la grossesse, la préparation à la naissance, l'accueil du bébé et les premiers liens sont à la base de la chaîne du développement de l'enfant. D'habitude, les parents planifient la naissance et se préparent à la venue de l'enfant durant la période prénatale. Cependant, lorsque ces derniers vivent des situations difficiles d'ordre biopsychosocial, cette préparation risque d'être compromise. C'est ainsi qu'apparaît le risque de ne pouvoir répondre aux besoins du bébé. L'attention, la sécurité, la santé et le respect dont il a besoin risquent de manquer si les parents ne reçoivent pas l'aide nécessaire pour en prendre soin. La vie de l'enfant commence ainsi dans l'anxiété, les mauvais soins, la dépression de la mère et même parfois, la dépression du tout petit enfant.

La grossesse est un moment privilégié pour protéger la santé de la mère et de l'enfant à l'aide d'un soutien aux parents. Le début de la vie de l'enfant peut être marqué par le stress et la dépression de ses parents tout comme par un bon apprentissage et une connaissance approfondie de leurs capacités et de leurs ressources intérieures. Un tel apprentissage peut être un gage de santé pour eux et pour l'enfant. Ceci implique que les parents doivent devenir plus confiants et capables de faire des choix constructifs pour eux-mêmes et pour les leurs, et cela, à la fois malgré et grâce aux difficultés qu'ils pourraient rencontrer.

Chez certaines mères, la perte d'illusion causée par la disproportion entre les désirs et la réalité d'une difficulté psychosociale conduit à la tristesse. L'accouchement, le changement physique, les événements vitaux, le concept de mère, le rapport de couple et le soutien social sont des éléments pour lesquels existe une idée différente de la réalité chez plusieurs mères ; cette différence donne un sens d'anormalité impliquant une condamnation morale (Beck, 2002a). Pour chaque femme, le conflit sera relié à la perception de ce qu'elle considère comme une « bonne mère ». Lorsque cela ne peut pas être tel que souhaité, une désillusion se produit (Mauthner, 1999). La maternité devient alors source de confusion, de contradictions et de mécontentement pour certaines femmes, la joie ressentie à la venue d'un nouveau-né étant mêlée à des changements physiques et émotionnels déplaisants. Et si la naissance a lieu en milieu de pauvreté, il est probable que cette désillusion soit encore

plus grande car le déficit matériel s'y ajoute. Certaines mères se sentent mal et présentent des symptômes dépressifs sans savoir qu'elles sont déprimées. Ou bien, les femmes dissimulent souvent leur souffrance par crainte d'être considérées comme « anormales ». Le plus souvent, le problème de la mère déprimée n'est pas reconnu par la femme qui ne fait donc pas appel aux services d'aide (Cox, 1994; Chardeau, 2000) ou bien par manque d'information, les femmes vulnérables à la dépression postnatale refusent de s'engager dans un programme de traitement (Murray et al, 2003).

Ce problème est très important et affecte un grand nombre de femmes ; à la suite d'une méta-analyse, O'Hara et Swain (1996) estiment que le taux moyen de dépression postnatale est de 13%. Ce problème affecte autant la femme qui souffre à différents niveaux de sa santé, son fonctionnement, ses relations de couple (Tammentie et al, 2004) que le bébé qui est influencé par la dépression de la mère déjà avant la naissance dans certains cas où les symptômes sont présents pendant la grossesse (Field et al, 2004 ; Diego et al, 2005 ; Field et al, 2006). La DP a des conséquences sur le développement (Beck, 1998a) et le tempérament de l'enfant (Beck, 1996b). Dans des études récentes, les auteurs notent que le tempérament de l'enfant se voit affecté par la dépression de la mère, il est marqué par un comportement plus difficile comparativement aux enfants des mères non déprimées (McGrath et al, 2008).

L'absence de soutien social en présence de stress (Séguin et al, 1999), l'absence de partenaire, le non désir de grossesse ou la pauvreté (Warner et al, 1996 ; Dearing et al, 2004) figurent parmi les facteurs de risque de la dépression des mères. Il s'avère nécessaire d'offrir des programmes préventifs capables de s'occuper des femmes à risque, il est donc important de rejoindre les femmes quand elles fréquentent les lieux des soins et la grossesse est un moment privilégié pour le faire. Voici un des enjeux de cette étude. Pour toutes ces raisons, la présente étude se propose d'évaluer une intervention concernant la protection de la santé des femmes défavorisées durant la période prénatale. Pour ce faire, l'investigatrice

étudiera les variables qu'une intervention dite "préparation à la naissance" permettrait d'assurer pour protéger les mères de la dépression postnatale.

Il a déjà été noté qu'en utilisant une approche préventive pouvant diminuer le stress de la femme enceinte, il est possible de diminuer l'impact de ce facteur sur la mère (Urizar et al, 2004 ; Field et al, 2004) et sur le bébé (Field et al, 2006). Pour cette raison, l'intervention qui est l'objet d'évaluation de la présente étude s'effectue à partir de séances prénatales de groupe axées sur la préparation à la naissance, dans une compréhension psychosomatique du corps de la mère et de celui du bébé. De cette façon, la mère recevra l'information pour mieux s'occuper d'elle, pour diminuer son stress et le couple de parents obtiendra un soutien pour mieux s'occuper du bébé, une approche de prévention qui pourra influencer sur la diminution de la symptomatologie dépressive de la mère et éviter ainsi le risque de DP.

L'intervention objet d'étude vise à influencer la mère à risque de façon favorable dans son bien-être et, par ricochet, celui du bébé. Il s'agit d'assurer au bébé un accueil chaleureux, respectueux et normal en dépit des circonstances difficiles dans lesquelles il arrive au monde avec l'idée que ceci améliore la compétence et l'humeur des mères. L'intervention sera marquée par la considération de ce bébé à tout moment. Parce que faire du bien à son bébé est en quelque sorte faire du bien au plus profond de soi-même, il devrait en résulter une meilleure santé chez les mères touchées par le programme expérimental. En fait, si la mère est aidée elle pourra mieux s'occuper d'elle-même et de son bébé.

Enfin, la présente étude vise à évaluer les effets d'un programme prénatal de groupe appliqué chez des participants de classe moyenne-basse et défavorisée afin d'étudier quel est l'impact du programme sur la symptomatologie dépressive des mères. Pour ce faire, ce travail a relevé deux défis : A) L'application d'un programme prénatal d'orientation psychosomatique à l'aide de son ajout complémentaire au modèle diathèse-stress et, B) la diminution du risque de DP chez les femmes du groupe d'intervention. Le dernier défi constitue le but le plus important de la présente recherche appliquée.

Chapitre I
La problématique

La naissance d'un enfant, spécialement d'un premier enfant, est source de changements significatifs pour les parents et pour toute la famille. Ces changements d'ordre physique, psychique, social et matériel impliquent des pertes et des gains pour les deux parents (Marks et Lovestone, 1995). Et l'impact sur le père est considéré comme secondaire à celui de la mère (Seimyr et al, 2004).

À cause de la pression sociale, la maternité est perçue comme un événement qui se doit d'être heureux dans la vie d'une famille (Guedeney, 1993; Nicolson, 1999). Or, cette expérience est parfois vécue dans la souffrance à cause des pertes, des responsabilités, de la charge de travail et de la solitude à laquelle beaucoup de femmes sont confrontées (Nicolson, 1999). En fait, l'anxiété et la dépression sont souvent présentes chez la femme pendant le premier mois de vie de son bébé (Dwenda et al, 1994).

Le mythe de la maternité heureuse créé par une idéologie sociale dominante a engendré des attentes peu réalistes chez les nouvelles mères (Hays, 1996; Tammentie et al, 2004). La difficulté de concilier ces attentes avec la réalité vécue par les mères expose les femmes à un certain niveau de risque quant à leur santé émotionnelle (Berggren-Clive, 1998). Spécifiquement, le risque le plus important est celui de la dépression postnatale.

La symptomatologie dépressive maternelle peut être perçue comme une réaction individuelle face aux changements vécus par les femmes dans leurs rôles conjugal, familial et social (Lewis et Nicolson, 1998). Lorsque la mère ne trouve, pour assumer ces changements, ni espace ni aide significative, elle se trouve prisonnière de son silence et exposée à des sentiments négatifs dans sa perception du rôle de mère (Berggren-Clive, 1998). C'est ainsi qu'une symptomatologie dépressive peut apparaître et dans certains cas, une dépression postnatale suivra.

La dépression postnatale, définition

La dépression postnatale (DP) non psychotique est un problème de santé qui apparaît au cours des six premiers mois suivant l'accouchement (Watson et al, 1984). La DP figure dans le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) identifiée dans la catégorie de dépression majeure et définie comme un épisode dépressif qui apparaît à partir de la 4^{ème} semaine postnatale (American Psychiatric Association, 2000). Certains auteurs l'expliquent comme un trouble médico-psychiatrique incluant à la fois des aspects psychologiques et physiologiques (O'Hara, 1987; Affonso et al, 1991). D'autres, inspirés d'un modèle sociologique, l'expliquent comme une forme de vulnérabilité due à un manque de soutien social et une convergence de facteurs sociaux négatifs (Gotlib et al, 1991; Nicolson, 1999).

Il faut distinguer cette symptomatologie dépressive non psychotique des deux autres troubles dépressifs survenant après l'accouchement : 1) Le « *baby blues* » qui affecte de 60 à 85 % des femmes, apparaît dès les premiers jours après la naissance, est de courte durée et a une rémission spontanée (O'Hara, 1987). On est d'accord pour considérer le « *baby blues* » comme différent de la dépression postnatale, surtout à cause de la courte durée et du moment de l'apparition des symptômes. Et 2) La « *psychose postpartum* » qui apparaît au cours des trois premières semaines postnatales, se manifeste par la perte brusque du contact avec la réalité, dont la forme la plus fréquente est le déni de l'accouchement et/ou la non reconnaissance du bébé; ce trouble est grave, affecte une ou deux femmes sur mille et entraîne l'hospitalisation psychiatrique (Watson et al, 1984 ; O'Hara, 1987).

Symptômes

La DP non psychotique entraîne, entre autres, une grande culpabilité face à un rôle maternel difficile à assumer, désespoir, troubles de l'appétit et du sommeil, crises de larmes et labilité émotionnelle sans pour autant perdre le contact avec la réalité (O'Hara, 1987; Nicolson, 1999). L'humeur dépressive, l'anxiété, la perte d'intérêt pour les activités plaisantes, l'insomnie, la fatigue, la perte d'appétit, la perte de concentration ou des idées

négatives contre soi-même et les idées de mort font partie des symptômes (Robinson, 1994, American Psychiatric Association, 2000). Durant l'évolution de la dépression postnatale sont présents les symptômes de perte d'énergie et la difficulté à prendre soin du bébé. La femme est très affectée dans son fonctionnement et son état de santé. Cependant, la tristesse qui caractérise une dépression n'est pas la manifestation principale de la DP pour un certain nombre de femmes (Beck et Indman, 2005). D'autres symptômes moins évidents peuvent cacher le problème, notamment des manifestations somatiques que ni les femmes ni les professionnels n'attribuent à la dépression ; de ce fait, l'incidence de la DP est sous-estimée (Hanna et al, 2004). Il manque une reconnaissance du trouble par la femme, son entourage et par les professionnels, qui, en plus en arrivent souvent à mal l'interpréter (Wickberg-Johansson et al, 1996 ; Bâgedahl-Strindlund et Monsen, 1998 ; Romero et Carrillo, 2002).

La dépression postnatale est un problème nié et souvent non traité

Il arrive assez souvent que les services de santé, quand ils sont impliqués, soient plus orientés vers les seuls problèmes physiques et qu'ils n'utilisent pas d'instruments adéquats de détection pour bien identifier les problèmes psychologiques, ce qui les prive de la possibilité de déterminer l'envergure du problème (Cox et al, 1993). De plus, lorsque la femme identifiée à risque de DP est une jeune mère ou qu'elle est peu scolarisée, elle reçoit moins d'interventions de santé que nécessaire (Murray et al, 2003). Et les soins de santé pour l'enfant se voient aussi affectés ; en effet, une étude de cohorte montre une association entre la dépression de la mère et le plus faible nombre de visites médicales de routine pour l'enfant (Chee et al, 2008). Enfin, autant les femmes que les cliniciens ignorent les raisons de certains symptômes postnataux (Hanna et al, 2004).

Prévalence

La prévalence de la DP non psychotique varie selon les études de 10 à 25% (Riguetti-Veltema et al, 1998; Stuart et al, 1998). Par exemple, Saucier et al (1995) ont trouvé un taux de 15,1% et, Séguin et al (1999) de 15,9%. Pour leur part, O'Hara et Swain (1996) concluent sur un taux moyen de 13% à la suite d'une méta-analyse de 59 études. En

particulier dans une autre étude de méta-analyse en préparation, il a été noté que les femmes défavorisées présentent en moyenne un taux de prévalence beaucoup plus élevé, soit de 21,5% (Ortiz et al, soumis).

Conséquences de la dépression postnatale

Les conséquences du problème affectent tous les membres de la famille (Romero et Carrillo, 2002; Tammentie et al, 2004), surtout le plus vulnérable, le bébé (Pedros, 1998; Field et al, 2004 ; Diego et al, 2005 ; Field et al, 2006). En effet, malheureusement, il y a la possibilité d'une dépression précoce chez le nourrisson (Golse, 1996 ; Soubieux, 2004). Il a été noté que les bébés nés de femmes déprimées à la période prénatale et à la période postnatale pleurent plus longtemps, dorment de manière plus irrégulière et montrent plus de comportements de stress comparativement aux bébés des mères non déprimées (Diego et al, 2005). De plus, avant la naissance, le fœtus reçoit déjà l'impact de la dépression prénatale de la mère ; par exemple, l'activité du fœtus est plus élevée, la prématurité et la naissance avec faible poids sont plus fréquentes chez les mères déprimées (Field et al, 2006).

En outre, les interactions mère-enfant sont affectées par l'humeur dépressive de la femme (Murray et Cooper, 1997). Les mères déprimées ont davantage tendance à percevoir leurs enfants comme des enfants à problèmes ; comme la DP affecte négativement la synchronie dans la relation mère-enfant, les mères déprimées constatent plus souvent une difficulté dans cette relation (McGrath et al, 2008).

Enfin, le tempérament de l'enfant des mères déprimées est notamment différent à deux et à six mois, ces enfants montrent un comportement plus difficile comparativement aux enfants des mères non déprimées (McGrath et al, 2008). À long terme, les répercussions de la dépression maternelle sur l'enfant pourraient se traduire par des altérations d'ordre psychosomatique ou par certaines névroses de comportement. Les symptômes pourraient se présenter sous forme d'atonie psychique, de ralentissement moteur, de repli interactif ou de troubles psychosomatiques de l'enfant (Golse, 1996).

Facteurs de risque

La maternité peut devenir un piège pour certaines femmes qui, aux prises avec une situation de détresse et de pauvreté, projettent sur cette maternité l'espoir de joies qui pourraient servir d'alternative à leur solitude. Or, lorsque l'enfant arrive, le stress qui était présent chez la femme risque d'augmenter. Mais les problèmes apparaissent déjà avant la naissance. Lorsque la dépression se manifeste à la période prénatale, ceci peut comporter un faible gain de poids pour la mère (Diego et al, 2005), une naissance prématurée et un bébé de faible poids (Field et al, 2006). Par ailleurs, la grossesse chez la femme défavorisée est souvent accompagnée d'un stress sévère dont le degré est dans un rapport inverse au poids du bébé à la naissance. Plus le degré de stress est élevé chez la femme, moindre sera le poids du nourrisson à sa naissance (Pagel et al, 1990). En revanche, lorsque la mère reçoit du soutien pendant la grossesse, le poids du bébé est plus élevé (Olds, 1990; Rothberg et Lits, 1991 ; Villar et al, 1992 ; Mc Laughlin et al, 1992 ; Norbeck et al, 1996). Ce soutien sert de tampon face aux facteurs de stress et protège autant la mère que l'enfant.

Les mères défavorisées présentent plus de comportements préjudiciables à leur santé et à celle de leur enfant que les femmes de classes socio-économiques plus favorisées. Le tabagisme (Santé Canada, 1993), l'insuffisance nutritionnelle et la faible utilisation des services de santé (Henderson, 1994 ; Stout, 1997; Perreault et al, 1997) sont des problèmes plus fréquents chez les femmes enceintes de milieux défavorisés. En effet, l'état de santé de la mère est conditionné par des facteurs tels que la pauvreté, l'accès aux soins, l'alimentation, le niveau de scolarisation, le statut social, l'état général de la femme et la méthode contraceptive utilisée (TALC, 1995). Il a été noté que nombre de femmes à risque de DP qui refusent ou acceptent peu de visites de soutien offertes par les professionnels de la santé sont plus jeunes, moins scolarisées et moins attentives aux sages-femmes que les femmes qui acceptent des soins de santé et de soutien additionnel (Murray et al, 2003).

On rencontre divers autres problèmes chez les femmes appartenant à la classe pauvre. La difficulté de vivre la modification de l'image corporelle, l'absence de sentiment de plénitude pendant la grossesse, la hâte de mettre fin aux entrevues, la présence écourtée ou l'absence totale du père sont autant de variables qu'on a pu observer chez les femmes défavorisées ayant accouché prématurément (Mamelle et al, 1992).

Parmi les autres facteurs de risque les plus associés au problème figurent : stress (Whiffen, 1988, O'Hara et al, 1991a, Affonso, 1991) ; absence de soutien social en présence de stress (Séguin et al, 1999) ; perception maternelle d'avoir manqué de soutien (Collins et al, 1993 ; Saucier et al, 1995) ; absence de partenaire, non désir de grossesse, pauvreté (Warner et al, 1996 ; Dearing et al, 2004) ; dépression prénatale, manque de soutien, anxiété, rapport de couple difficile (Beck, 1996a); maladies du bébé à la naissance, faible niveau social et insatisfaction de vie de la mère (Bergant et al, 1999). Et plus récemment ont été identifiés: la dépression et l'anxiété pendant la grossesse, les événements source de stress avant et après l'accouchement, la situation de chômage et l'immigration (Rubertsson et al, 2005).

Par contre, le soutien est un élément qui ressort souvent des études qualitatives qui présentent la vision des femmes et de leur réalité concernant ce qu'elles ont retenu de l'expérience postnatale et, aussi, ce qui les aurait aidées dans les moments difficiles (Mauthner, 1995 et 1999). L'incongruence entre les attentes et la réalité des mères ainsi que le sentiment de perte et d'être démunie de protection sont quelques-uns des éléments constatés par l'étude de Beck (2002b). De fait, le soutien n'arrive pas souvent aux mères qui en ont le plus besoin.

Prévention de la dépression postnatale

Certains programmes de prévention appliqués pendant la période prénatale auprès des familles à risque psychosocial ont démontré l'influence directe d'une intervention sur les comportements de la mère et sur l'environnement du nourrisson (Olds et Kitzman, 1990 ; Olds, 1990 ; Cole et al, 1998). En évaluant ces projets à long terme, les auteurs en ont

constaté les résultats positifs (Lally et al, 1998 ; Olds et al, 1997; Olds et al, 1998a). Une étude postérieure a indiqué que quand l'intervention prénatale portant sur la réduction du stress s'applique aux femmes déprimées, les scores de dépression et les affects négatifs ont tendance à diminuer (Urizar et al, 2004).

Une intervention prénatale pilote visant la réduction du stress au moyen de la méthode *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) a montré un impact positif sur l'anxiété et sur les affects négatifs des femmes enceintes, aspects qui ont diminué de manière significative chez les participantes du groupe expérimental (Vieten et Astin, 2008). Le nombre de participantes étant limité à 13 (groupe E) et à 18 (groupe C) ne permet cependant pas la généralisation des résultats.

Les interventions prénatales utilisant le massage contribuent à freiner l'impact du stress et s'avèrent favorables chez les femmes déprimées; celles-ci démontrent moins d'anxiété et une diminution de l'humeur dépressive tel que en constatent Field et al. (2004). Ces auteurs notent en plus, un effet notable de l'intervention sur les naissances prématurées (0% dans le groupe experimental et 17% dans le groupe contrôle) et sur le comportement du bébé traduit par de meilleures réponses des bébés évalués avec le score de Brazelton, enfin de meilleurs résultats pour les participantes ayant reçu les massages (Field et al, 2004).

La psychothérapie interpersonnelle (IPT) a été appliquée également dans la période de la grossesse et a tendance à diminuer les scores de l'EPDS et du BDI des mères évaluées à trois mois de l'accouchement (Spinelli, 1997). Cependant, ces résultats sont peu significatifs et ne permettent pas d'établir un rapport concluant à cause d'un devis de recherche non expérimental. Dans une étude postérieure et randomisée, les auteurs ont appliqué la IPT à 99 femmes défavorisées à la période prénatale et ont noté des résultats positifs chez les participantes du groupe expérimental, une fois évaluées à trois mois après la naissance. Le nombre de cas identifiés à risque de dépression est significativement

inférieur au groupe d'intervention : 4% au groupe d'intervention et 20% au groupe témoin (Zlotnick et al, 2006).

La thérapie cognitivo-comportementale appliquée par Saisto et *al.* (2001) pour prévenir la DP n'est pas efficace chez un groupe de 176 femmes. En contrepartie, d'autres auteurs notent un résultat positif quand ils appliquent ce type d'intervention sur 241 femmes à risque de DP ; une fois évaluées avec l'EPDS à quatre et six semaines après la naissance, les participantes ayant reçu la thérapie sont en moyenne, significativement moins déprimées (Chabrol et al, 2002). Cependant, ces résultats sont biaisés par le seuil utilisé pour indiquer le risque de DP avant et après la naissance (8/9 et 10/11) quand les seuils recommandés sont de 9/10 et 12/13 respectivement. Enfin, cette recherche est quasi-expérimentale.

Une intervention prénatale d'orientation psychosociale a connu un impact non significatif lors de l'application chez 144 femmes avec un devis de recherche randomisé (Stamp et al, 1995). Par contre, Matthey et *al.* (2004) ont obtenu un impact positif sur l'adaptation à la naissance et le sentiment de compétence maternelle chez les participantes ayant reçu une intervention psychosociale. Cette étude a été randomisée mais présente un biais important de sélection car, le recrutement a eu lieu seulement avec les femmes inscrites aux cours prénataux. Il est à noter que les cours prénataux ont montré une apparente efficacité sur la diminution du risque de DP selon les résultats de l'étude quasi-expérimentale d'Elliot et *al.* (2000) appliquée sur 99 femmes vulnérables. Toutefois, les participantes n'ayant pas fait objet d'un projet de recherche randomisé, les résultats sont sujets à caution.

Quant à la prévention de la DP au moyen d'une approche médicale, les études ne montrent pas de résultats significatifs. La médication ne semble pas efficace pour réduire la dépression des femmes vulnérables à la période prénatale (Wisner et al, 2001 ; Gentile, 2005) ni à la période postnatale (Lawrie et al, 1998). De plus, les psychotropes pris par les mères pourraient être nocifs pour les bébés d'après les auteurs Casper et *al.* (2003).

Les cours prénataux peuvent inclure des stratégies éducatives (Webster et al, 2003), des activités de relaxation (Rees, 1995) ou des massages (Field et al, 2004) car ce sont des éléments qui aident et qui sont bien reçus par les femmes en général. Cependant, peu d'études s'orientent dans ces directions. Les interventions préventives devraient s'appliquer avant la naissance, à l'intérieur des programmes de santé existants et assurant l'inclusion des femmes à risque. Notons que, peu d'auteurs ont étudié l'impact des interventions prénatales sur les variables de la période postnatale immédiate comparativement aux études plus nombreuses qui s'appliquent à la période postnatale. Ces dernières sont parfois plus complexes et moins accessibles aux femmes vulnérables qui ont tendance à disparaître des lieux de soins après la naissance. Toutefois, dans un programme prénatal, grâce à une intervention simple et économique, Matthey et al, (2004) réussissent à augmenter l'estime de soi des mères et montrent qu'il est possible de diminuer la souffrance postnatale.

On constate que les méthodes de prévention de la dépression postnatale sont actuellement en progression. Les auteurs appliquent des traitements différents, plus ou moins efficaces, avant ou après la naissance sans pour autant arriver à la recommandation d'une approche spécifique et cela, aussi bien chez les interventions d'orientation biologique (en général non efficaces) que chez les interventions d'autre orientation (Dennis, 2004a et Dennis, 2004b). Ni les programmes postnataux ni les programmes d'orientation biologique ne sont l'objet de cette étude mais, les derniers sont abordés dans la section suivante afin de comparer les études de prévention prénatale effectuées pour diminuer le risque de DP.

Le choix des interventions prénatales découle de l'idée que les femmes ont besoin d'être dépistées et aidées le plus tôt possible. De plus, il est facile de joindre les femmes à la période prénatale et plusieurs interventions prénatales semblent efficaces; cependant, les programmes adaptés au dépistage précoce, à l'intervention et à l'évaluation du risque de la DP chez des femmes défavorisées sont rares. Les critères nécessaires pour une évaluation rigoureuse de l'intervention préventive : participantes à risque sélectionnées au moyen d'un questionnaire validé, distribution aléatoire des sujets, explication détaillée de la méthode

d'intervention, formation des intervenants, utilisation de variables de contrôle, etc doivent être considérés. À ce jour, seuls certains programmes préventifs respectent la condition « intention to treat » dans les études. Mais il est très important de garder la rigueur pour obtenir des conclusions et des recommandations fiables. Ce travail vise à tenir compte de ces aspects.

Le thème central de la présente étude est la symptomatologie dépressive. Il n'est pas pertinent de parler de dépression quand le diagnostic clinique n'est pas utilisé. Le risque de DP peut être mesuré à partir des symptômes dépressifs et la prévention implique d'agir sur le risque. D'où le choix de parler des symptômes et non de dépression.

1.1 But de l'étude

Le présent travail de recherche vise à évaluer les effets d'un programme prénatal de groupe appliqué auprès de couples de classes défavorisées en considérant une variable principale à étudier: la symptomatologie dépressive postnatale de la mère.

Le but de l'étude est d'évaluer la diminution des symptômes de dépression postnatale chez des femmes socioéconomiquement, non favorisées et considérées à risque de DP, au moyen d'un programme d'intervention prénatale de groupe appliqué aux couples qui se préparent à la naissance.

1.2 Question de recherche

Est-il possible de diminuer le risque de dépression postnatale des femmes par le biais d'un programme prénatal de groupe d'orientation psychosomatique adressé aux couples de parents de classe socioéconomique moins favorisée?

1.3 Hypothèse à l'étude

Les femmes socioéconomiquement non favorisées et à risque de DP participant à un programme prénatal de groupe adressé aux couples de parents, composé de 10 séances hebdomadaires et basé sur une orientation psychosomatique présenteront, un taux au moins 6% inférieur de symptomatologie dépressive de risque comparé aux femmes qui n'y participeront pas, et cela, une fois évaluées 4 semaines après leur accouchement avec l'échelle EPDS au point de césure ≥ 12 .

1.4 Objectif principal

Évaluer les effets d'un programme prénatal de groupes de rencontre appliqué dans la présente étude chez des couples de classe socioéconomique moins favorisé dont les femmes sont considérées comme à risque de dépression postnatale.

À cet objectif général s'ajoutera un objectif secondaire :

Objectif secondaire : Évaluer la contribution des variables de risque prénatales telles que la symptomatologie dépressive, le soutien social, le stress et la relation de couple sur la symptomatologie dépressive postnatale des participantes.

1.5 Impact du problème

Quant à l'impact du problème, 8 à 15% des femmes souffriraient de dépression non-psychotique après l'accouchement (Carothers et Murray, 1990 ; Cooper et Murray, 1998). Pour Cox et al, (1993) et pour Gorman et al (2004) le taux oscille entre 10 à 15% ; pour leur part, O'Hara et Swain (1996) établissent un taux moyen de 13%. Selon Nielsen et al (2000), parmi les femmes souffrant de stress psychosocial pendant la grossesse, une sur trois développerait une symptomatologie dépressive après la naissance.

Les taux de cette prévalence varient cependant. Différents facteurs expliqueraient cette variation: la ville où les sujets ont fait l'objet de l'échantillonnage; la méthode d'évaluation, questionnaire autoadministré ou entrevue ; la longueur de la période d'évaluation, une semaine, quatre semaines ou deux mois, etc.; le moment de la mise en application de l'évaluation postnatale, à quatre semaines ou à huit semaines après l'accouchement. En effet, à cause du *post partum blues*, les évaluations réalisées seulement deux semaines après l'accouchement sont biaisées. Enfin, l'instrument utilisé pour mesurer la dépression peut donner des résultats différents selon qu'il soit ou non validé (O'Hara et Swain, 1996).

Le milieu socio-économique de la population ciblée peut également influencer les résultats de l'enquête. Peu d'auteurs ont évalué des indices de prévalence chez les femmes défavorisées ; la plupart des études de prévalence sont basées sur les témoignages de femmes de classe moyenne. Celles-ci sont plus faciles à joindre comme sujets d'étude car elles utilisent plus fréquemment les services de santé et acceptent plus facilement de participer à des recherches. Or les quelques études qui ont réussi à joindre les mères de classes défavorisées ont montré un taux plus élevé de dépression postnatale, une fois évaluée après la 6^{ème} semaine postnatale. Par exemple, Glasser et al, (1998) trouvent un taux de 22,6% utilisant l'EPDS à 6 semaines de la naissance ; Stuart et al, (1998) notent un taux de 23% avec le STAI appliqué à 14 semaines *post partum* ; Séguin et al, (1999) notent un pourcentage de 38,2% avec le Beck appliqué à 6 mois, et, Cryan et al, (2001) trouvent

un taux de 28,6% utilisant l'EPDS pour mesurer la symptomatologie dépressive à la 12^{ème} semaine postnatale. Il s'agit dans toutes ces études de femmes moins favorisées.

Les facteurs invoqués pour expliquer que la différence de prévalence est plus élevée chez les mères défavorisées sont : le taux plus bas de scolarisation, le plus haut niveau de stress dans la vie quotidienne (Norbeck et Anderson, 1989), le tabagisme, l'insuffisance nutritionnelle (Santé Canada, 1993) et la faible utilisation des services de santé (Stout, 1997). De plus, tel que rapporté par Zayas et Bush-Rossnagel (1992) les femmes défavorisées commencent leur expérience maternelle plus jeunes et ont des grossesses plus rapprochées, avec plus souvent de morbidité chez la mère et chez l'enfant au moment de la naissance. Mais, la symptomatologie dépressive peut continuer après le premier trimestre postnatal chez ses femmes et la tendance est d'augmenter. Par ailleurs, Séguin et al, (1999) ont relevé un taux de 38,2% de symptomatologie dépressive postnatale chez un groupe de femmes de milieux défavorisés, évaluées six mois après l'accouchement au moyen du questionnaire de Beck. Plusieurs auteurs ont l'impression qu'une évaluation faite plus tardivement a tendance à montrer une fréquence plus élevée de ce syndrome (Vega-Dienstmaier et al, 1999 ; Najman et al, 2000).

Lors d'une étude récente et non encore publiée, la classe sociale des femmes étudiées est liée de manière significative à la prévalence de la DP. Dans cette étude, le taux global de dépression postnatale évaluée avec l'EPDS s'est révélé être de 13.7% (12% - 15%). Une seule variable a été trouvée significative, celle de la classe sociale ($p = 0.032$) : les femmes des classes défavorisées ont un taux de fréquence (21.5%) nettement plus élevé que les femmes de la classe moyenne (12.5%) et il existe une plus grande variabilité des taux de prévalence de DP entre les études incluant les femmes défavorisées (12,5% à 30,5%). En ce qui concerne la variable «moment de l'évaluation», cette dernière s'avère non significative, mais elle est proche de la limite du seuil de signification ($p = 0.082$), le taux étant de 12% entre la 4^{ème} et la 12^{ème} semaine après l'accouchement, comparé à celui de

14% après la 13^{ième} semaine (Ortiz et al, soumis). Les implications cliniques qui découlent de cette étude suggèrent :

- La vigilance des professionnels de la santé périnatale pour détecter le plus tôt possible la dépression postnatale chez les femmes défavorisées étant donné que la prévalence observée est importante (un cas sur cinq).
- Un dépistage spécifique pour ce groupe de femmes comprenant un dépistage dans la communauté, vu que les femmes défavorisées fréquentent moins souvent les lieux de soins.
- La vigilance des professionnels ne devrait pas être limitée aux trois premiers mois après l'accouchement mais plutôt maintenue jusqu'au 8^{ème} mois.

À la lumière de ces travaux il s'avère nécessaire de viser la dépression postnatale dans une perspective pouvant tenir compte de l'impact des contextes social, politique et économique chez les mères (Beck, 2002b). C'est pourquoi la prévention de la dépression postnatale à l'aide de la diminution de symptômes de risque chez des femmes défavorisées constitue un défi de la présente étude.

Chapitre II

La recension des écrits

La symptomatologie dépressive est un sujet complexe et multifactoriel. Il est difficile de situer le problème sans un cadre théorique capable de prendre en compte une telle complexité. C'est pourquoi il était important de préparer un travail spécifique à cette fin. À ce propos, un article est inclus dans l'annexe 1.

Dans la première partie de ce chapitre, nous allons nous limiter à expliquer le concept de dépression postnatale dans tout son encadrement. Par ailleurs, notons qu'il est difficile d'établir un diagnostic et de résoudre ce problème de santé souvent sous-estimé. Or l'importance de la dépression postnatale (DP) indiquée dans nombre d'écrits ne devrait pas porter à la banaliser car les cas graves semblent bien réels. Prévenir ces cas s'avère nécessaire. Et, trouver une manière efficace d'agir s'avère encore plus important. Pour ce faire, il est nécessaire de connaître le mieux possible le problème. C'est à cette fin que la recension des écrits s'est construite.

Dans les pages suivantes, nous porterons d'abord l'attention sur les définitions de la DP. Puis seront exposés en détail les thèmes relatifs au sujet d'étude : conséquences, facteurs de risque associés, maternité en milieu défavorisé, prévention spécifique pour la dépression postnatale et programmes périnataux en général. Tous ces éléments doivent entrer en ligne de compte, autant dans la compréhension que dans la prévention de la symptomatologie dépressive maternelle.

2.1 La dépression postnatale. Définition

Il est fréquent d'observer des divergences de vue à propos de la définition de la dépression postnatale dans les publications. Pour certains auteurs il s'agit d'un problème de santé mentale (Whiffen, 1992 ; Cox, 1994) d'autres parlent directement, d'une maladie mentale (Riecher-Rössner et Hofecker, 2003 ; Bennett et Indman, 2003). Elle aurait été déjà classifiée comme un trouble d'adaptation (Whiffen, 1992). D'autres la considèrent comme une réaction au stress (Nicolson, 1999). Selon Brockington (2004), la dépression postnatale est un concept médical incluant un groupe hétérogène de patients ayant des diagnostics variés comme l'anxiété, les troubles obsessionnels, le stress post-traumatique, la dépression associée aux événements difficiles et la dépression de type bipolaire. Cependant, la plupart des études portant sur la DP se concentrent sur deux modèles:

a) un modèle médical psychiatrique orienté vers des facteurs physiologiques. En ce cas, les auteurs considèrent la DP comme une maladie (O'Hara, 1987 ; Affonso et al, 1991 ; Appleby et al, 1997). Concrètement, il s'agirait d'un épisode de dépression majeure qui apparaît à partir de la quatrième semaine postnatale (American psychiatric Association, 2000).

b) un modèle sociologique qui présente le problème comme une forme de vulnérabilité confrontée à une variété de facteurs sociaux influencés par la nature du soutien apporté à la femme (Gotlib et al, 1991 ; Logsdon et al, 1994).

Pour bien définir la dépression postnatale, il est important de la différencier des autres troubles de l'humeur de type dépressif que l'on rencontre souvent chez les femmes après la naissance de leur bébé, par exemple la symptomatologie dite du "baby blues" qui apparaît entre le troisième et le cinquième jour après l'accouchement. Ce problème affecte entre 60 et 85 % des mères primipares. Il s'agit d'un trouble léger, transitoire, bref et bénin, fruit d'une réaction normale à la naissance (Kumar, 1991). Ce trouble se caractérise par une

grande fatigue, de fréquentes insomnies, anxiété, confusion et pleurs (Kennedy et Suttentfield, 2001).

Un autre trouble de l'humeur de cette période est la psychose post-partum qui présente des symptômes plus sévères et de plus longue durée, accompagnés d'habitude d'hallucinations et/ou de délire qui s'ajoutent aux symptômes maniaques et dépressifs. Ce problème affecterait 2,2 femmes sur 1000 naissances (Kendell et al, 1987), et la prévalence exprimée en pourcentage serait de 0.1 à 0.3% (Kennedy et Suttentfield, 2001). Enfin, cette psychose postpartum représente une urgence psychiatrique, implique un risque d'autolyse ou même d'infanticide (Kennedy et Suttentfield, 2001; Spinelli, 2004).

Ni le trouble psychotique ni le *baby blues* ne seront retenus dans ce travail. La dépression postnatale, objet d'intérêt ici, correspondrait plutôt à une sorte de réaction au stress postnatal. Il s'agirait d'une réaction de la femme face aux changements qu'implique la maternité quant à son rôle personnel, social, familial, et conjugal (Lewis et Nicholson, 1998). Cette réaction résulte d'un processus visant à la réintégration psychologique personnelle et, à ce titre, ne devrait pas être perçue comme une réaction pathologique (Nicholson, 1999). En effet, la dépression postnatale ne devrait pas être classée comme une pathologie, mais considérée plutôt comme une réponse, entre autres, au mythe de la maternité créé par une société patriarcale (Berggren-Clive, 1998). Dans cette optique, la maternité devrait être source de valorisation, d'aide et de reconnaissance pour la femme en tant que personne face à la situation socio-économique que son nouveau rôle l'amènera à remplir. Cette façon d'envisager le problème de la DP est très différente de celle du modèle médical traditionnel (Mauthner, 1993) qui tend à percevoir la dépression comme un symptôme interprété comme "un trouble interne", conception qui comporte certaines limites contextuelles. C'est pourquoi les études sur la DP devraient également porter sur les approches qualitatives retenant l'expérience de vie des femmes au plan psychosocioculturel (Stoppard et Mc Mullen, 1999).

2.2 Diagnostic, symptômes et durée

À part l'ajout du terme "postnatal" utilisé désormais dans un diagnostic de dépression majeure, le manuel diagnostique de l'American psychiatric Association (2000) n'attribue pas de caractère spécifique à ce problème. Or, étant donné l'absence d'hallucinations et la rareté d'idéation suicidaire, la période postnatale semble être généralement associée à la dépression mineure (Whiffen, 1992). En fait, il a été noté que même si beaucoup de femmes souffrent de symptômes dépressifs après la naissance, ce sont surtout des symptômes mineurs pour la plupart des mères (Najman et al, 2000). Toutefois, l'hypothèse d'un diagnostic différent de celui de la dépression majeure est sujette à controverses. Il devient donc nécessaire, pour dépister le problème, d'établir certains critères. Whiffen (1992) pour sa part opte pour le concept de trouble d'adaptation. L'étiologie, la prévalence, l'histoire psychiatrique, la manifestation clinique, l'évolution et la durée de la dépression postnatale seraient autant de critères justifiant un diagnostic spécifique (Cooper et Murray, 1995). Cette opinion est remise en question postérieurement par Ross et al (2003).

Parmi les symptômes de la DP, on retrouve un état dépressif, la difficulté à prendre soin de l'enfant, la confusion, la fatigue, l'insomnie et, parfois, des idées suicidaires (Dunnewold et Sanford, 1994 ; Robinson, 1994). Il peut également survenir une détérioration cognitive, une difficulté de concentration, des crises de panique et des comportements de type obsessionnel compulsif (Beck, 2002a). Généralement, la mère souffrant de dépression conserve, selon Saucier et al (1995), un contact avec la réalité et est capable de s'occuper de son enfant. Les pleurs, la dépendance, l'instabilité d'humeur, la culpabilité, l'anorexie, les troubles du sommeil, le sentiment d'incapacité à s'adapter à la venue du bébé feraient partie des symptômes de la dépression à condition qu'ils persistent au-delà de deux semaines. Si la DP se prolonge plus de trois mois, elle peut devenir de type sévère (Kumar et Robson, 1984; Watson et al, 1984). Saucier et al (1993) ont constaté un état de malaise relationnel profond avec le nourrisson, un sentiment de culpabilité quant à la perception d'un rôle maternel peu performant et un manque de disponibilité psychologique pour

répondre au besoin d'interaction du bébé. S'ajoutent à ces facteurs, l'anxiété, la détresse, la faible estime de soi, la confusion, les oublis, les pleurs, l'instabilité émotionnelle, l'insomnie, la grande fatigue et l'irritabilité (O'Hara et al, 1991a). L'anxiété est considérée comme une caractéristique très notable de la dépression postnatale (Ross et al, 2003). En effet, Beck et Indman (2005) sont du même avis ; ces auteurs montrent dans leur étude effectuée avec 133 mères évaluées avec le Postpartum Depression Screening Scale (PDSS), que la dépression n'est pas le symptôme le plus important des mères affectées. L'anxiété et l'irritabilité sont deux composantes très remarquables de la DP (Beck et Indman, 2005).

Enfin, la dépression postnatale peut débuter au cours des trois premiers mois qui suivent la naissance et peut présenter des symptômes plus ou moins sévères pendant un an (Cox et al, 1993). Il a été noté que, six mois après la naissance, la symptomatologie dépressive augmente (Najman et al, 2000). La gravité varie selon les cas, certains n'arrivant même pas à présenter les critères d'une dépression majeure; un des risques plus importants est la chronicité (De La Gándara et al, 2004).

2.3 Les conséquences de la dépression postnatale

La dépression postnatale est liée à une mortalité et morbidité notables chez la femme. Ce problème a des conséquences sur la santé mentale des mères à court et à long terme. Lorsqu'une femme est déprimée en période de maternité, la culpabilité apparaît. Différents sentiments vis-à-vis de sa personne et de son bébé sont mal acceptés par elle. Les émotions découlant de ce mal-être vont affecter les compétences et les fonctions de la femme (Garcia-Esteve et al, 2003). De ce fait, le bébé vulnérable aux réactions de sa mère en sera affecté. De plus, la dépression postnatale a une influence négative sur l'allaitement (Seimyr et al, 2004). Ainsi, ce problème affecte plusieurs aspects de la femme, l'enfant et la famille. En effet, la stabilité et la communication familiale seront aussi influencées par cette dépression (Goodman, 2004).

L'isolement permet d'éviter la critique sociale chez un certain nombre de mères déprimées. Cet isolement sera plus ou moins marqué selon la culture et le niveau social de chaque mère (Beck, 2002a). Les femmes isolées seraient plus à risque de DP mais, le fait de souffrir une DP provoque l'isolement chez certaines femmes. En effet, nombre de femmes vulnérables à la DP refusent et s'éloignent des programmes de traitement (Murray et al, 2003).

L'idée de se faire du mal et les comportements de blessure dirigés contre soi-même ont été notés chez certaines femmes (5% à 14%) ; et cela, autant pendant la grossesse qu'après la naissance, comme le constatent Lindahl et al (2005). Ces auteurs indiquent que le risque d'autolyse est très élevé chez les mères déprimées.

Enfin, l'évidence scientifique des conséquences de la DP sur le développement de l'enfant est connue. Les enfants des mères souffrant d'une dépression sont plus à risque d'avoir des troubles de type cognitif, émotionnel et problèmes de comportement, le style de l'interaction mère-enfant serait la cause principale (Murray et Cooper, 1996).

2.3.1 Les conséquences sur l'enfant

Depuis des années, les auteurs considèrent l'anxiété, la dépression et le stress pendant la grossesse comme des facteurs de risque périnatal (Ferreira, 1965 ; Grimm, 1967 et Ascher, 1978) car ces facteurs, lorsqu'ils atteignent un niveau élevé, auraient un effet direct sur l'enfant. Depuis longtemps, Beck et al. (1980), Lederman et al. (1981), Norbeck et Tilden (1983) ont constaté qu'il existait un lien entre le niveau d'anxiété de la mère et la qualité de préparation à la naissance, de même qu'entre les complications pendant la grossesse, les aléas de l'accouchement, les échelles néonatales et le comportement de l'enfant. En effet, il a été démontré que l'activité du fœtus est plus élevée chez les femmes ayant une dépression prénatale ; le comportement, la biochimie et la physiologie des fœtus et des bébés des mères déprimées sont différents comparativement aux bébés des mères non déprimées comme le constatent Field et al. (2006) .

Les mères déprimées, repliées sur elles-mêmes et facilement irritables, éprouvent de la difficulté, d'une part, à transmettre à leur enfant la faculté de socialiser et de découvrir l'inconnu et d'autre part à favoriser les gestes d'autonomie chez cet enfant. Ces blocages, attribuables à la dépression maternelle, se refléteraient dans les émotions, l'agressivité, l'attachement et même le fonctionnement cognitif de l'enfant (Guedeney, 1993). En effet, le langage et l'intelligence de l'enfant sont des facteurs visiblement affectés par la DP (Murray et Cooper, 1997 ; Grace et al, 2003).

Les interactions mère-enfant seraient influencées par la symptomatologie dépressive de la mère (Field, 1990 ; Stein et al, 1991). Elles se traduiraient par une réaction de repli sur soi-même, un manque de réactions et des perceptions négatives de l'enfant jugé difficile par la mère (Whiffen 1988; Whiffen et Gotlib, 1989 ; Beck, 1996b). Ce problème aurait, semble-t-il, des répercussions à court et à long terme sur l'enfant. C'est ainsi que Stein et al (1991) ont constaté l'existence d'interactions problématiques entre les mères déprimées à la

période postnatale et leur bébé de 19 mois. De plus, la dépression maternelle dans son état chronique serait associée de façon significative aux troubles psychologiques et comportementaux des enfants d'âge préscolaire et scolaire (Cummings et Davies, 1994).

Quant à la relation mère-enfant chez les mères déprimées, Murray (1992) signale que les enfants issus de femmes ayant souffert de dépression postnatale présenteraient plus souvent, face à leur attachement à la mère, un degré d'insécurité notable à l'âge de 18 mois. Ensuite, ces enfants pourraient souffrir de problèmes de comportement liés à des troubles du sommeil, de l'alimentation, etc. En effet, dans une étude prospective menée sur 570 femmes évaluées à la période prénatale et trois mois après la naissance avec le EPDS, les enfants des mères déprimées présentaient des difficultés fonctionnelles liées à l'alimentation et au sommeil; de plus, ils montraient moins d'interactions corporelles et apparaissaient moins souriants (Riguetti-Veltema et al, 2002).

Un style d'élevage avec une faible affection associé à un développement cognitif et social négatif de l'enfant fut constaté chez des femmes déprimées à douze mois après la naissance (Pedrós et al, 2002).

Lors d'une étude longitudinale effectuée en Australie, les auteurs constatent une déficience des soins maternels, une insatisfaction conjugale et un style d'attachement insécuré caractérisé par l'anxiété chez des femmes déprimées, évaluées douze mois après la naissance avec le CES-D. Ces femmes déjà déprimées au 4^e mois postnatal continuent de l'être encore un certain temps et cette persistance affecte la relation avec le bébé (Mc Mahon et al, 2005). Une conclusion similaire a été établie par McGrath et al. (2008) dans une autre étude longitudinale effectuée avec 139 femmes, du premier trimestre de leur grossesse à huit mois de la naissance de l'enfant. L'interaction mère-enfant est plus négative chez les mères déprimées avec plus de manifestations de violence et d'anxiété comparativement aux femmes non déprimées (McGrath et al, 2008).

La DP représente un risque évident pour la relation mère-enfant et pour le développement de l'enfant. L'impact de la DP sur l'enfant est plus néfaste quand l'épisode dépressif est sévère et prolongé, et surtout quand cette dépression se produit dans un contexte difficile au niveau social et personnel (Murray and Cooper, 1997). En effet, certains auteurs indiquent que c'est surtout lorsque la dépression est chronique et/ou sévère qu'elle aura un impact sur l'enfant (Brennan et al, 2000 ; Kurstjens et Wolke, 2001). Cependant, plus récemment d'autres auteurs notent un impact immédiat de la dépression prénatale sur l'activité du fœtus indiquant plus de mouvements, comparativement aux fœtus des mères non déprimées (Field et al, 2006). Et, une étude montre que le gain de poids du fœtus est inférieur dans les cas de dépression prénatale de la mère (Diego et al, 2005). Enfin, les naissances de faible poids et la dépression prénatale sont associées selon Field et al (2006).

La dépression postnatale affecte négativement l'habileté de la mère de prendre soin de son enfant et c'est ainsi qu'elle se perçoit comme non compétente. Toutefois, le bon fonctionnement du rôle maternel est possible quand il existe une perception de compétence ; c'est pourquoi la DP a un impact sur ce rôle et sur la satisfaction qu'il peut procurer aux femmes. Le rôle maternel est très important pour assurer la survie, le bien-être et la sécurité de l'enfant, d'où l'importance de prendre soin des mères (Logsdon et al, 2006)

2.3.2 Les conséquences sur la famille

Les attentes, les attitudes et le comportement des parents se modifient pour aboutir à une certaine adaptation. Cette adaptation doit se faire rapidement lors d'une première naissance. Dans une telle situation de changements rapides, l'état de santé de la mère devient très important. En effet, lorsque la femme jouit d'une bonne santé mentale, elle est plus en mesure de chercher l'aide nécessaire pour faire face à ces changements. En revanche, lorsqu'elle présente des symptômes dépressifs, elle vit un problème de santé qui affecte

toute la famille (Warner et al, 1996). Lorsqu'une mère est déprimée, sa famille subit des répercussions car souvent cette femme est l'élément de base du fonctionnement familial (Goodman, 2004). En effet, la DP produit un déficit dans la dynamique familiale, raison pour laquelle autant la mère que sa famille auront besoin de soutien (Tammentie et al, 2004).

D'autre part, certains auteurs ont étudié le phénomène de la dépression chez les nouveaux pères (Raskin et al, 1990). D'autres auteurs arrivent même à déterminer qu'il existe une corrélation entre la dépression d'un partenaire et la dépression de l'autre conjoint du couple (Matthey et al, 2000 ; Goodman, 2004). L'expérience de la paternité déclenche souvent des symptômes physiques et psychologiques chez l'homme (Fawcett et York, 1986; Ballard et al, 1994). Les pères souffrent souvent de dépression après l'accouchement de leur conjointe sans que le problème ne soit identifié ou traité. Entre autres, la solitude et le manque de modèle en seraient la cause. L'intensité de l'expérience de l'accouchement et les symptômes de dépression de la femme amènent parfois l'homme à un état dépressif et de régression. Il est confronté au couple mère-enfant qui réveille souvent en lui des sentiments d'exclusion (Guerriera, 1990). Par contre, d'autres auteurs notent que la dépression maternelle n'a pas d'effet sur l'expérience de paternité ; seule l'humeur dépressive de la mère garde un faible rapport avec la tension liée à la paternité chez l'homme évaluée deux et douze mois après la naissance; l'homme se montre plus tendu mais pas déprimé (Seimyr et al, 2004).

2.4 Les déterminants de la dépression postnatale

Divers auteurs ont étudié les facteurs en cause dans la DP; le stress, l'anxiété, le bagage génétique et biologique, le manque de soutien, le rapport de couple et les antécédents de dépression figurent parmi les aspects les plus explorés. D'autres facteurs tels que les relations avec l'environnement immédiat, la santé pendant la grossesse, les facteurs liés au bébé, facteurs culturels, ou les facteurs socioéconomiques ont été associés à la dépression postnatale. Les facteurs psychosociaux semblent particulièrement ressortir dans de nombreuses études. Voici quelques exemples de cette constatation:

S'appuyant sur un échantillon de 2375 sujets, Warner et al (1996) estiment que les facteurs suivants seraient les déterminants les plus souvent associés à la dépression postnatale:

- a) **la condition familiale** ; les mères seules seraient plus à risque de dépression postnatale selon O'Hara et al (1984), surtout si elles ont d'autres enfants à charge;
- b) **une grossesse non planifiée**. Cette variable a déjà été retenue comme facteur de risque de DP par Kumar et Robson (1984);
- c) **la pauvreté et le chômage** pendant la grossesse et après l'accouchement. L'isolement et la faible estime de soi qui caractérisent les femmes sans emploi rémunéré seraient l'une des causes principales de dépression. Les femmes déprimées ne cherchent pas de travail après la naissance de l'enfant selon Warner et al (1996);
- d) **l'âge** ; les mères jeunes seraient plus à risque de DP selon Warner et al (1996).

À partir d'une analyse des facteurs prédictifs de la DP présents dans vingt-six études, Beck (1996a) après avoir appliqué la corrélation de Pearson "r", a trouvé que les facteurs suivants sont les plus associés à la dépression postnatale : la dépression prénatale ($r = .51$), le stress attribuable aux soins donnés à l'enfant ($r = .48$), le stress généré par les événements du quotidien ($r = .40$), le manque de soutien social ($r = .39$), l'anxiété prénatale ($r = .35$), le

maternity blues ($r = .35$), l'insatisfaction conjugale ($r = .35$) et les antécédents de dépression de la femme avant la grossesse ($r = .29$).

2.4.1 Les facteurs génétiques

Il a été noté que les antécédents de traitement pour problèmes émotionnels (Watson et al, 1984) et d'autres épisodes dépressifs antérieurs à la grossesse (O'Hara et al, 1991b) sont associés à la DP. Le risque d'avoir un trouble psychologique après la naissance fut associé à une vulnérabilité génétique par Kumar (1991). Cette association pourrait expliquer que la symptomatologie dépressive pendant la grossesse ait été conçue comme un facteur prédictif de la symptomatologie dépressive postnatale (O'Hara et al, 1991b ; Neter et al, 1995). Enfin, des épisodes antérieurs de trouble mental seraient plus présents chez les femmes souffrant d'une dépression postnatale que chez celles pour qui ce problème n'existe pas (Canaval et al, 2000 ; Riecher-Rössner et al, 2003).

Les résultats de ces études suggèrent que la dépression postnatale implique une interaction entre une vulnérabilité préexistante à la dépression et un stress physiologique et psychologique associé à la naissance (Hayes et al, 2000).

2.4.2 Les facteurs biologiques

Certains auteurs ont tenté de démontrer que les facteurs biologiques pouvaient être responsables de la DP (Appleby et al, 1994 ; Cooper et al, 1996). Le déséquilibre hormonal entre les taux d'œstrogènes et de progestérone qui augmentera vers la fin de la grossesse pour chuter après la naissance, aurait un impact sur la dépression postnatale (Dalton, 1994);

ou bien le changement dans le niveau de certaines hormones qui survient après la naissance peut contribuer chez certaines femmes à des altérations de l'humeur selon Hendrick et al, (1998) et d'après Romero et Carrillo (2002).

D'autre part, Nott et al (1976), concluent que le fonctionnement hormonal ne serait pas associé aux troubles affectifs. Ou bien les variables de type hormonal ne présentent qu'une faible association avec la DP (O'Hara et al, 1991b).

2.4.3 Les facteurs psychologiques

Une causalité psychologique soulignée en particulier par les psychanalystes, s'explique comme suit : la femme peut éprouver de la difficulté à assumer son rôle féminin lorsqu'elle est enceinte ; ou bien la grossesse et l'accouchement la ramènent à un souvenir inconscient du bébé qu'elle a été et à la relation avec sa propre mère, ce qui risque de réactualiser des conflits non résolus et de la conduire à la dépression (Zare-Parsi et Hoffman, 1989). Autrement dit, le fonctionnement intrapsychique serait altéré (Romito, 1990). Ensuite, se poserait la question de la personnalité vulnérable. En effet, l'anxiété et la labilité émotionnelle ont été signalées comme pouvant prédire la dépression postnatale (O'Hara et al, 1991b). Cependant, d'autres auteurs sont d'avis que la corrélation des causes psychologiques associées à cette dépression n'apparaît pas très élevée comparativement à d'autres variables (Beck, 1996a).

Enfin, le style d'attachement de la femme est aussi un élément de risque. En effet, lors d'une étude transversale et multicentres, les auteurs ont appliqué le *Attachment Style Interview* (ASI) à 204 femmes procédant de neuf centres prénataux. Parmi toutes les femmes, 174 ont été interviewées six mois après la naissance à l'aide d'une entrevue clinique structurée en rapport au DSM-IV. Parmi leurs résultats, Bifulco et al (2004)

constatent des associations entre le style d'attachement d'évitement et les troubles prénataux, puis entre le style d'attachement anxieux et les troubles postnataux.

Hayes et al. (2000) expliquent qu'il existe actuellement deux facteurs qui augmentent la gravité de la vulnérabilité psychologique à la DP : la rupture du soutien social qui accompagnait les mères traditionnellement et l'augmentation des interventions médicales pendant le processus de la naissance (Hayes et al, 2000).

2.4.4 Les facteurs psychiatriques

Le fait d'avoir une histoire psychiatrique est considéré comme un élément de risque pour certains auteurs (Watson et al, 1984 ; O'Hara et al, 1991b). D'ailleurs, on a retrouvé des antécédents de dépression et de consultation psychiatrique chez un tiers des mères déprimées (Canaval et al, 2000). Toutefois, d'autres auteurs remettent en question ce risque attribué à l'histoire psychiatrique (Carothers et Murray, 1990).

2.4.5 Les facteurs reliés au bébé

Certaines études portant sur l'interaction mère-enfant ont fait état de liens entre les variables liées à l'enfant mesurées quelques semaines après la naissance et la dépression maternelle, comme le tempérament difficile ou la santé du bébé (Brazelton, 1973). Le stress associé aux soins à donner à l'enfant serait également l'une des causes de la DP selon Whiffen (1988).

Bergant et al (1999) ont montré que pour une mère, le fait d'avoir un bébé de faible poids à la naissance, d'appartenir à une catégorie sociale défavorisée et d'être peu satisfaite de la vie avait une influence importante sur l'apparition de la DP, mesurée au moyen de l'EPDS, à cinq jours et à six semaines après la naissance (Bergant et al, 1999).

2.4.6 Les causes psychosociales

D'après certains auteurs, la dépression serait une réaction provoquée par des événements et des conditions de vie difficiles (Mcintosh, 1993 ; Lewis, 1998). En effet, la dépression postnatale dépend en partie des facteurs psychosociaux qui accompagnent la maternité (Fisch et al, 1997). Dans leur étude sur l'étiologie de la symptomatologie dépressive postnatale, Bergant et al (1999), comparant les facteurs psychosociaux à d'autres facteurs associés à la DP, ont noté que ces facteurs psychosociaux étaient davantage liés à la dépression. Parmi ces facteurs se trouvent le stress, la relation du couple, le soutien social et le niveau social. En voici quelques exemples :

2.4.6.1 Stress pendant la grossesse

O'Hara, (1986) ; Whiffen, (1988) ; O'Hara et al (1991a) sont parmi les auteurs qui ont établi une association significative entre les événements de la vie quotidienne susceptibles de provoquer un stress chez la femme pendant la grossesse, ou tout juste avant qu'elle soit enceinte, et le risque de DP. Pour Affonso et al (1991), le stress attribuable aux événements entourant la naissance d'un enfant serait le déterminant principal de la DP. Par ailleurs, Fisch et al (1997) ont trouvé une relation significative entre le nombre d'événements de risque psychosocial et la DP chez 327 femmes évaluées avec le EPDS à trois jours et à six

et douze semaines après la naissance. En effet, les événements stressants qui surviennent après la naissance, ajoutés au niveau élevé du stress causé par les conditions difficiles de la grossesse et de l'accouchement, augmenteraient la probabilité de développer une DP (Cutrona, 1982). Pour Séguin et al (1995a) il s'agirait surtout d'un stress chronique causé par différents facteurs comme les problèmes économiques et les conflits interpersonnels, facteurs qui à la période de la naissance augmentent le risque de DP.

En revanche, selon une étude effectuée par Hannah et al (1992), ce ne serait pas les facteurs de stress pendant la période périnatale qui déclencheraient la dépression postnatale, mais les difficultés que la femme n'avait pas prévues et qu'elle éprouve au cours de cette période. Pour O'Hara et al (1991) la synergie entre événements de stress, manque de soutien social et vulnérabilité psychologique détermine la dépression puérpérale. De plus, Séguin et al (1999) ont montré qu'en l'absence de soutien social, la présence de facteurs de stress reconnus comme étant chroniques était associée à la symptomatologie de la DP. Enfin, le stress provoqué par des événements produits dans l'année qui précède une grossesse et le chômage seraient les principales causes associées à la DP selon une étude effectuée sur 2430 femmes en Suède (Rubertsson et al, 2005).

2.4.6.2 La relation de couple, l'ajustement conjugal et la dépression postnatale

Un certain nombre d'auteurs tels que Paykel et al (1980) ; Kumar et Robson (1984) ; Watson et al (1984) associent la dépression postnatale aux problèmes de relation de couple. O'Hara (1987), pour sa part, voit un lien entre la perception qu'a la femme de sa relation conjugale et la symptomatologie dépressive postnatale. En effet, lorsqu'elle vit une relation conjugale satisfaisante, la femme s'adapte beaucoup mieux à son nouveau rôle de mère (O'Hara, 1986 ; Sheppard, 1994 ; O'Hara et Swain, 1996).

On associe en outre l'ajustement conjugal à l'adaptation maternelle chez les mères primipares (Whiffen, 1988 ; Zimmermann-Tansella et al, 1994). Et un rapport de couple difficile figure parmi les facteurs associés à la DP dans l'étude de Fisch et al (1997). Certains autres chercheurs tels que Whiffen (1988), Boyce (2003) et Agoub et al, (2005) perçoivent la présence de conflits importants entre les conjoints et un ajustement conjugal insatisfaisant chez des mères primipares comme pouvant prédire la symptomatologie dépressive postnatale. Enfin, Logsdon et Wayne (2001) notent un lien entre l'ajustement du couple, la faible estime de soi et le risque de DP.

2.4.6.3 Le soutien social

La relation entre le soutien social et la dépression est bien connue ; cette relation serait différente pour les hommes comparée aux femmes ; pour celles-ci le soutien social est plus déterminant (Stice et al, 2004). Les études concernant la prédiction de la dépression postnatale rapportent que, le manque de soutien que ressent la femme de la part de son entourage et de son partenaire constituerait un facteur de risque de dépression postnatale. C'est ainsi que O'Hara (1986) et Logsdon et Wayne (2001) établissent un lien entre un soutien social inadéquat, l'importance accordée au soutien et la dépression postnatale. D'autres auteurs se sont également prononcés sur le manque de soutien social pendant la grossesse et le risque de la DP (Collins et al, 1993; Saucier et al, 1995; Séguin et al, 1995a et Séguin et al, 1999).

Le soutien que reçoit la femme de son conjoint, de même que la qualité de la relation conjugale pendant la grossesse, évalués au cours de cette période seraient, selon Watson et al (1984), O'Hara (1986), Whiffen (1988), Collins et al (1993), Logsdon et Wayne (2001) des variables généralement associées à la DP.

Les résultats d'une étude menée par Séguin et al. (1995a) chez un groupe de femmes défavorisées indiqueraient, entre autres, que la présence d'un soutien social dont on aurait mesuré les composantes aux moments de la période pré et postnatale aurait un effet protecteur sur la symptomatologie dépressive évaluée avec le Beck (Séguin et al, 1995a ; Séguin et al, 1999). Les causes de la dépression maternelle seraient associées à des facteurs de stress tels que des problèmes économiques et conjugaux, des événements malheureux, une aide sociale inadéquate ou un manque total d'aide (Séguin et al, 1995b).

Finalement, la perception d'un besoin de soutien chez les deux parents serait très importante pour que, prétendent Saranson et al (1990), les résultats de l'évaluation de ce soutien s'avèrent intéressants. La naissance et la transition au rôle parental représentent un type particulier de stress générateur de besoins spécifiques. Selon Perreault et al (1997) et Polomeno (1996, 1998b) l'aide prodiguée aux deux parents devrait répondre aux besoins réels que créeraient les facteurs de stress impliqués. En effet, le soutien reçu, l'importance accordée à ce soutien et l'ajustement du couple sont des facteurs pouvant prédire la DP selon une étude effectuée chez différents groupes de femmes (Logsdon et Wayne, 2001).

Lors d'une étude récente portant sur les effets du soutien social sur les symptômes de dépression chez n=896 nouvelles mères, les auteurs constatent que les femmes qui ont montré un faible niveau de soutien social pendant la grossesse ont plus de symptômes dépressifs que les autres femmes ; ces mères ont été classifiées par niveau de soutien social moyen ou élevé. De plus, une fois évaluées les femmes fumeuses, les résultats montrent que celles qui montrent un faible niveau de soutien social et fument ont plus de complications obstétricales comparativement à celles qui fument mais qui montrent un niveau élevé de soutien social (Elsenbruch et al, 2007).

L'absence de soutien durant la grossesse est un bon prédicteur de détresse postnatale chez les femmes défavorisées (Neter et al, 1995). Des évaluations du niveau de satisfaction de l'aide prodiguée pendant la grossesse ont effectivement démontré qu'un plus grand nombre

de mères défavorisées éprouvaient une insuffisance ou un manque d'aide tant au niveau des moyens (aide instrumentale) que des loisirs (aide récréative) comme le constatent Hickey et al. (1997). Or, c'est souvent la famille qui apporte ce soutien. Malheureusement, il arrive parfois que le réseau familial soit inexistant ou que certains des membres de la famille soient eux-mêmes victimes de stress et de détresse émotionnelle. Comment peut-on, dans de telles conditions, accueillir convenablement le bébé?

2.4.7 Facteurs sociodémographiques associés à la dépression postnatale

Bien que certains auteurs tels que Nott et al (1976) aient trouvé des liens entre les facteurs sociodémographiques et la DP, les résultats d'études postérieures sur les variables sociodémographiques associées à ce problème ne sont généralement pas très consistants (Saucier et al, 1995). Ce sujet a d'ailleurs fait l'objet de controverses en raison de différences d'opinions, en voici quelques exemples :

A) L'âge

Les auteurs Warner et al (1996) sont d'avis que le fait d'être mère à l'adolescence constitue un facteur de risque de dépression postnatale. En revanche, O'Hara et al (1984) n'ont pas découvert de liens entre la symptomatologie dépressive postnatale et le fait d'être jeune mère. D'autre part, pour O'Hara et al. (1984), les femmes âgées seraient plus à risque de développer une dépression postnatale. L'âge serait plus associé à la dépression prénatale qu'à la dépression postnatale selon l'étude de Pfof et al. (1990). En effet, O'Hara et Swain (1996) ont observé que les plus jeunes femmes et les femmes plus âgées étaient plus exposées à développer une dépression postnatale.

B) La situation matrimoniale

Le statut conjugal est un des seuls facteurs sociodémographiques associé à la DP ; les femmes sans conjoint seraient plus à risque de DP (Pfof et al, 1990). Différents auteurs associent à la DP le fait d'être sans partenaire, ou seule durant la grossesse (O'Hara et al, 1984 ; Warner et al, 1996). Le risque de dépression postnatale augmenterait lorsque la mère sans conjoint a d'autres enfants à charge.

C) Le niveau socio-économique

Un autre facteur souvent associé à la DP est le niveau socio-économique ; la prévalence de DP est plus élevée dans les populations socialement et économiquement défavorisées (Cooper et al, 1999 ; Patel et al, 2002). Les femmes ayant un faible revenu familial et un moindre niveau de scolarisation sont plus sujettes à la DP que celles qui jouissent de meilleures conditions économiques et qui ont un niveau de formation supérieur (O'Hara et al, 1984, Séguin et al, 1995a et 1999, Hobfoll et al, 1995). En effet, il a été courant d'associer à la DP budget restreint et conditions de vie inadéquates (Paykel et al, 1971). En contrepartie, Watson et al (1984), Gotlib et al (1991), O'Hara et al (1991b) n'établissent pas ce lien. Enfin, Cutrona (1982) en arrive à la conclusion que ce n'est pas l'échelle du niveau socio-économique en tant que telle qui détermine le risque de DP, mais davantage le fait d'appartenir à un milieu défavorisé, pauvre, où l'argent manque. Divers niveaux de pauvreté (économique, culturelle, générationnelle, etc.) expliqueraient le phénomène. En effet, il a été prouvé que la violence conjugale, le bas niveau de scolarité et la morbidité anténatale sont des facteurs de risque associés à la DP chez des femmes défavorisées étudiées en Inde par Patel et al (2002).

Enfin, dans une étude effectuée en Israël, les auteurs analysent différents facteurs démographiques en lien avec la DP évaluée avec le BDI (Beck Depression Inventory), pendant la grossesse et avec l'EPDS six semaines après la naissance ; seule la variable d'immigration récente était associée à la DP de manière significative (Glasser et al, 1998). Pour sa part, Lopez et al (1999) évoquent également le risque de symptomatologie

dépressive chez certaines femmes émigrantes. Lorsqu'une femme émigre pour accompagner son mari, sa nouvelle vie se solde très souvent par une expérience d'isolement et de solitude. Ces deux sentiments s'intensifient progressivement au cours de la grossesse et lors de la naissance surtout lorsque le réseau de soutien familial est absent (Lopez et al, 1999).

Riguetti- Veltema et al (1998) ont identifié comme « marqueurs » d'un risque de DP certains facteurs présents durant la grossesse :

- a) l'origine de la mère lorsqu'elle est émigrante, nouvelle arrivée ayant un faible niveau de scolarité et un faible revenu ;
- b) la mère multipare ayant perçu la grossesse comme difficile et ayant présenté de l'hostilité et de l'anxiété pendant la période prénatale ;
- c) les femmes sans intention de participer à la préparation prénatale.

Ces auteurs se prononcent en faveur d'une étiologie à facteurs multiples en interaction avec des facteurs personnels et sociaux qui ensemble favorisent le risque de DP.

Enfin, une métaanalyse révèle que les variables sociodémographiques ne sont pas des indicateurs fiables de la DP. Le manque d'une présentation complète des données démographiques dans les différentes études ne permet pas d'évaluer la validité externe des résultats concernant l'association entre les variables sociodémographiques et le risque de dépression postnatale (Ross et al, 2006).

2.4.7.1 La maternité en milieu défavorisé

L'état de santé de la mère est conditionné par des facteurs tels que la pauvreté, l'accès aux soins, l'alimentation, le niveau de scolarisation, le statut social, l'état général de la femme et la méthode contraceptive utilisée (TALC, 1995). C'est pourquoi en milieu défavorisé, la maternité est une situation à risque. D'ailleurs, les auteurs d'une étude, réalisée à Ibadam, Nigeria, ont constaté que 30% des femmes pauvres avaient des troubles dépressifs déjà à la période prénatale. De plus, un total de 14% des femmes présentaient les mêmes troubles psychiatriques à la période postnatale (Aderibigbe et al, 1993).

Ce sont surtout les femmes de milieux défavorisés, les femmes moins scolarisées (Gotlib et al, 1991), celles qui ont eu plusieurs enfants (O'Hara, 1986 ; Gotlib et al, 1991), les femmes ambivalentes face à une grossesse non planifiée (Mamelle et al, 1992) qui présentent une symptomatologie dépressive en période prénatale. En effet, chez ces groupes de femmes, les symptômes dépressifs sont souvent prévalents pendant la grossesse (Norbeck et al, 1996). Ces symptômes prénataux deviennent chroniques après la naissance et se retrouvent chez une très grande partie des femmes défavorisées tel que constaté par Patel et al (2002).

Selon une étude réalisée au Québec au moyen de l'échelle de Beck (BDI), 46,9 % des femmes de milieux défavorisés présenteraient un type de réaction dépressive pendant la grossesse, alors que cette réaction ne se manifesterait que chez 20% des femmes enceintes de milieux favorisés (Séguin et al, 1995a). Les auteurs de cette étude ont observé une réaction dépressive de type modéré chez 12,2% des femmes défavorisées comparativement à 2,2 % chez les femmes appartenant à des groupes socio-économiques différents (Séguin et al, 1995a). Pour sa part, Hickey et al (1997) ont également observé une différence de symptomatologie dépressive plus importante chez les femmes défavorisées, à trente semaines de grossesse.

Il est fréquent d'observer divers problèmes chez les femmes appartenant à la classe pauvre. La difficulté de vivre la modification de l'image corporelle, l'absence de sentiment de plénitude pendant la grossesse, la hâte de mettre fin aux entrevues, la présence écourtée ou l'absence totale du père sont autant de variables qu'on a pu constater chez les femmes défavorisées ayant accouché prématurément (Mamelle et al, 1992). Lors de la conception d'une grille d'intervention spécifique pour les femmes enceintes défavorisées, les auteurs considèrent : la contraception, les grossesses répétées, le nombre d'enfants à la maison, la maternité monoparentale, le nombre d'enfants placés, les revenus, les drogues, l'alimentation, le poids du bébé à la naissance, la prématurité, les maladies préexistantes chez la femme, l'adaptation parentale, l'allaitement, la violence familiale et la dépression légère, modérée ou sévère ; ce sont tous des aspects que l'on peut retrouver chez les femmes enceintes défavorisées dont l'environnement psychosocial est très complexe (Perreault et al, 1997). Enfin, la création de réseaux sociaux est plus difficile pour les mères défavorisées. Pour elles la famille représente le seul groupe de personnes de confiance (Pichon, 2000).

Finalement, il est connu que le manque d'aliments chez des mères défavorisées peut conditionner les émotions postnatales. L'étude menée par Beard et al (2005) chez des femmes défavorisées montre qu'il existe une relation évidente entre le niveau de fer et la dépression, le stress et le fonctionnement cognitif des femmes évaluées avec l'EPDS à dix semaines et à neuf mois après la naissance. Selon ces auteurs le manque de fer et l'anémie exercent un effet cumulatif négatif sur le fonctionnement maternel. Enfin, la santé de l'enfant se verra affectée par le milieu social de ses parents (Chen et Millar, 1999).

2.4.7.1.1 **Morbidité associée à la maternité chez la femme défavorisée**

Il existe une corrélation entre un haut niveau de stress chez la femme enceinte et un déséquilibre émotionnel. Ce niveau élevé de stress se rencontre plus souvent chez les femmes défavorisées (Norbeck et Anderson, 1989).

Des auteurs tels que Rothberg et Lits (1991) ont tenté d'étudier les causes principales de stress pendant la grossesse afin d'offrir aux femmes un soutien psychosocial. Les variables suivantes seraient, selon eux, associées à un niveau élevé de stress dans l'ordre d'importance suivant: 1) décès du père du bébé; 2) divorce; 3) séparation des parents; 4) emprisonnement du père; 5) décès d'un proche; 6) blessure grave; 7) mariage pendant la grossesse; 8) perte d'emploi pour le père; 9) maladie grave chez un proche; 10) problèmes au niveau de la relation de couple. Selon cette étude, la part du père semble avoir une importance capitale pour la femme enceinte. Or, chez les femmes défavorisées, il est souvent absent, ou peu présent, sans emploi, ou déprimé.

Dans leur étude portant sur les mères défavorisées, Zayas et Busch (1992) ont constaté pour leur part que la plupart d'entre elles avaient eu très jeunes (20 ans et moins) un enfant à charge, n'avaient pas reçu les soins prénataux appropriés et avaient des grossesses rapprochées. Ils ont constaté également un plus grand nombre de cas de morbidité maternelle et infantile à la naissance du bébé; d'où le risque de transmission générationnelle de morbidité à cause d'une accumulation progressive de facteurs de stress (Zayas et Busch, 1992). En conclusion, pour les femmes défavorisées les conditions de naissance sont souvent plus difficiles, le respect, le confort et la dignité deviennent des facteurs de soins très importants car ils manquent souvent. Et ces facteurs influent sur le résultat de naissance (Nzama et Hofmey, 2005).

2.4.7.1.2 **Morbidité associée au bébé né en milieu défavorisé**

La malnutrition de la mère pendant la grossesse est un autre facteur relié à la pauvreté ; ce facteur a des effets néfastes sur la santé et le comportement du bébé (Oyemade et *al*, 1994). Par exemple, Mc Cullough et *al*. (1990) ont trouvé une corrélation significative entre le dosage de vitamine B6 chez la mère pendant la grossesse et les variables indiquant que le bébé était atteint au niveau neurologique, telles que la capacité de réponse du bébé aux gestes et aux paroles de consolation et la vitesse de ses réactions aux stimuli. En outre, chez l'embryon sous-alimenté, le risque que son cerveau soit endommagé par ce manque nutritionnel est élevé et le risque qu'il présente un retard dans son développement est aussi élevé; ce retard étant traduit par les variables d'orientation, de motricité, de réponse autonome et des réflexes mesurés au moyen du BNBAS (Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale) a été constaté par Oyemade et *al*. (1994). Enfin, ces enfants ont un faible poids à leur naissance et de ce fait sont plus sujets à un retard de développement (Mc Cormick et *al*, 1996 ; Koller et *al*, 1997) et à de problèmes de santé tels que l'asthme (Chen et Millar, 1999).

La grossesse chez la femme défavorisée est souvent accompagnée d'un stress sévère dont le degré a un rapport inverse avec le poids du bébé à la naissance. Plus le degré de stress est élevé chez la femme, moindre sera le poids du nourrisson à sa naissance (Pagel et *al*, 1990). En revanche, lorsque la mère reçoit du soutien pendant la grossesse, le poids du bébé est plus élevé (Olds, 1990 ; Rothberg et Lits, 1991 ; Villar et *al*, 1992 ; Mc Laughlin, 1992 ; Norbeck et *al*, 1996). Ce soutien sert de tampon face aux facteurs de stress et protège autant la mère que son enfant.

En milieu défavorisé, les naissances présentent des taux plus élevés de prématurité et de faible poids (Roberts, 1997). Et, ainsi que nous l'avons expliqué ci-dessus, la santé du bébé est un élément important pour le bien-être de la mère. Enfin, même si l'on ne peut généraliser le lien entre famille défavorisée et milieu pathogène pour l'enfant, il est

important de prévenir les risques de perturbation de l'évolution de l'enfant, risque présent dans les milieux de carence matérielle, culturelle et intellectuelle. L'une des caractéristiques les plus fréquentes dans ce contexte de carence est le faible investissement du langage (Gauberti, 1993).

2.4.8 Autres facteurs de risque

La maternité est une période de vulnérabilité en soi à cause de tout un processus de changement avec soi-même et avec les autres. Le temps de la grossesse est un moment de remise en question continu (Barclay et al, 1997). La paix et l'inquiétude, le repos et le malaise alternent à différents moments.

La perception du processus de la grossesse et de la naissance donne lieu à une double interprétation. Certains considèrent la grossesse et la naissance d'un premier enfant comme une difficulté à surmonter, difficulté attribuable à des changements transitoires susceptibles de provoquer des réactions pathologiques chez certaines femmes névrotiques ou fragiles. Pour certains autres, la grossesse est comme un processus dans lequel entrent en cause les critères de féminité que la femme revendique et qu'elle doit intégrer à sa maternité. Cette interprétation suppose un état de crise chez la femme, lequel favorise son propre développement (Guerriera, 1990).

La crise de la grossesse se caractérise par des paroxysmes d'angoisse à des moments précis : au tout début de la grossesse, durant la formation du placenta, au moment des premières perceptions des mouvements du fœtus et, finalement, lorsque les mouvements deviennent bien perceptibles, au début du 9^{ème} mois et dans les jours précédant la naissance, lorsque l'enfant se retourne. Une symptomatologie physique accompagnée de fantasmes concrets peut se présenter à chacun de ces moments critiques. C'est ainsi que la notion de

« somme pathologique » s'avère importante. La somme apparaît lorsque les trois secteurs de dysfonctionnement du psychisme (mécanique, énergétique et organique) coexistent et se manifestent à travers une rupture d'équilibre (Tourné, 1996 et 2002). La grossesse est une situation physiologique dont les composantes bousculent, à tous les niveaux, les régulations du corps de la femme afin de répondre à une priorité, soit l'alimentation et le développement du bébé *in utero* (Tourné, 2002). Chacun des systèmes biochimique, physiologique, endocrinien et comportemental sont impliqués et interreliés durant la grossesse, l'accouchement, la naissance et la période postnatale (Tourné, 1999). Les mères qui ont connu la tranquillité, la relaxation et des relations émotionnelles favorables avec leur bébé pendant la grossesse et l'accouchement ont manifesté davantage de joie lors du premier contact avec ce bébé et elles ont présenté moins de réactions dépressives au 3^{ème} trimestre prénatal et à huit semaines après la naissance (Priel et Besser, 1999).

2.4.8.1 Santé prénatale et dépression postnatale

Les études concernant cette question présentent des divergences au niveau des complications qui se produiraient au cours de la grossesse et la DP. En effet, d'après Kumar et Robson (1984) et Gjerdingen *et al.* (1991), il y aurait un rapport entre la variable santé maternelle et la DP, alors que Warner *et al.* (1996) n'ont trouvé aucune association entre cette variable et la DP.

Selon Bergant *et al.* (1999), l'accouchement difficile n'expliquerait pas le problème dépressif. Il n'existerait pas, selon eux, de relation entre les variables de type obstétrical affectant la santé de la femme enceinte et la dépression postnatale. En revanche, Séguin *et al.* (1999) associent à un niveau élevé de symptômes dépressifs certains problèmes de santé présents chez la mère avant la naissance de son enfant. L'anémie serait, semble-t-il, l'un des plus fréquents.

2.4.8.2 La grossesse non planifiée et la dépression postnatale

Une naissance non désirée, fruit d'une grossesse non planifiée, constituerait un risque de DP (Kumar et Robson, 1984). L'étude de Warner et *al.* (1996), basée sur un grand échantillon de femmes (n = 2375) et réalisée au moyen du questionnaire EPDS entre les sixième et huitième semaines postnatales, confirme effectivement cette opinion.

Une naissance non désirée n'est pas forcément le corollaire d'une grossesse non planifiée. Ce sont surtout les attitudes de la mère au cours de la grossesse qui révèlent la présence d'un problème à ce niveau. Les attitudes maternelles négatives auraient effectivement une corrélation significative avec le peu de désir de grossesse. De telles attitudes au moment de la grossesse et de l'accouchement ont d'ailleurs été associées à divers niveaux de dépression et d'anxiété postnatales ainsi qu'à la perception négative de la mère envers son bébé (Grimm, 1967). Enfin, la relation entre la mère déprimée et son enfant donne lieu à des interactions difficiles et, si le bébé n'était pas souhaité, ces interactions risquent d'être plus compliquées ; des conflits du couple sont associés à la qualité de cette relation mère-enfant (Stein et *al.*, 1991).

2.4.8.3 La symptomatologie dépressive prénatale : prévalence et lien avec la symptomatologie dépressive postnatale

La symptomatologie dépressive prénatale a été associée à la dépression postnatale dans certaines études (O'Hara et *al.*, 1991b ; Neter et *al.*, 1995). Toutefois, la présence de signes prénataux précurseurs de la dépression postnatale a été contestée (Cooper et Murray, 1998). Un certain nombre de femmes se montrent déprimées à la période prénatale et ceci pourrait devenir un risque de DP pour les mères.

Les évaluations concernant les problèmes de dépression pendant la grossesse fluctuent dans une proportion de 3% à 31%. Généralement, ce pourcentage est plus élevé selon que la dépression est mesurée à partir d'un inventaire auto-administré du rapport à soi ou que la mère est évaluée pendant le premier trimestre de la grossesse (Berthiaume et al, 1998). Plus récemment, d'autres auteurs trouvent que la prévalence de dépression prénatale affecte entre 10% à 25% des femmes (Anderson et al, 2004 ; Marcus et al, 2004). D'après l'étude de Berthiaume et al (1998), le pourcentage de femmes présentant un niveau modéré ou sévère de symptômes dépressifs mesurés au second trimestre de grossesse à l'aide du questionnaire abrégé de Beck était de 7,43%.

L'étude réalisée en Europe par Manzano et al (1997) révèle que 19,8% des femmes étudiées présentent un "syndrome de dépression prénatale", syndrome qui se caractérise par un sentiment de solitude, des auto-reproches, de l'anxiété, des troubles du sommeil et des troubles somatiques. La prévalence de la symptomatologie dépressive prénatale serait sous-estimée, les symptômes prénataux étant différents des symptômes postnataux selon ces auteurs. Or, dans la plupart des études, ces symptômes sont mesurés avec les mêmes instruments (Manzano et al, 1997).

Parmi les femmes pauvres, les femmes plus âgées mères de plusieurs enfants, celles qui ont vécu des avortements, les femmes vivant une relation de couple difficile, les femmes isolées et celles qui avaient déjà des problèmes de santé avant la grossesse, sont identifiées comme à risque élevé de dépression maternelle. Une évaluation effectuée à huit mois de grossesse au moyen du SSQ (Shona Symptom Questionnaire) et comparée à une entrevue clinique révisée, a permis de confirmer ce fait. Sur un échantillon de 500 sujets, il a été relevé un total de 19% de femmes identifiées comme à risque élevé et modéré de dépression postnatale. Les auteurs de cette étude en ont conclu que les femmes souffrant de troubles psychologiques avant la naissance étaient plus sujettes à développer une DP que celles qui n'avaient pas eu de problèmes à la période prénatale (Nhiwatiwa et al, 1998). Plus récemment, lors d'une étude longitudinale réalisée auprès de 214 femmes évaluées

avec le EPDS, deux mois avant, deux mois après la naissance et à un an postnatal, les auteurs Seimyr et al (2004) trouvent des corrélations positives entre les symptômes dépressifs prénataux et les symptômes postnataux ($r= 0.61$ et $r= 0.45$).

Dans une étude comparant des femmes déprimées et des femmes non déprimées observées à la fois, à la période prénatale et à la période postnatale, les auteurs constatent que les mères déprimées montrent une augmentation des scores CES-D autant après qu'avant la naissance ; et, les mères déprimées avant et après la naissance et les mères déprimées seulement à la période prénatale présentent une augmentation significative des scores CES-D comparativement aux mères non déprimées et aux mères déprimées seulement à la période postnatale (Diego et al, 2005).

Compte tenu de la difficulté à cibler la totalité des femmes à risque, peut-on cerner véritablement le problème de la dépression prénatale et postnatale? Certains auteurs ont signalé le manque de corrélation entre la dépression prénatale et la dépression postnatale (O'Hara, 1986). Selon certains auteurs, la dépression postnatale serait, pour certaines femmes, la continuité d'un épisode dépressif initié à la période prénatale ; il s'agirait alors de faux cas de DP (Whiffen, 1992). L'observation des cas de dépression prénatale et postnatale permet tout au plus une estimation du nombre de femmes déprimées aux deux périodes (Whiffen, 1992). En conséquence, il s'avère nécessaire de bien identifier les femmes à risque de développer des états dépressifs maternels, et cela, aussi bien avant qu'après la naissance, quelle qu'en soit l'intensité, pour intervenir ensuite le plus rapidement possible (Chardeau, 2000).

En conclusion, l'analyse des études portant sur les déterminants de la dépression postnatale permet de penser qu'il y a un bon nombre de facteurs susceptibles de déclencher la DP. Le rôle primordial des facteurs psychosociaux est bien reconnu ; la solitude et la rupture de liens en l'absence de soutien social rendent les mères plus vulnérables, surtout quand des événements difficiles accompagnent la naissance.

La plupart des facteurs de risque de la DP sont déjà présents pendant la grossesse : dépression et anxiété prénatale, stress pendant la grossesse, manque de soutien social, antécédents personnels de dépression et faible ajustement de la relation du couple (O'Hara et Gorman, 2004). Ce fait expliquerait en partie, le lien entre la dépression prénatale et la dépression postnatale. Toutefois, jusqu'à maintenant, les auteurs n'ont offert que peu d'éclaircissements quant à la possibilité d'un lien de causalité direct entre plusieurs de ces facteurs et la DP. De plus, la diversité culturelle dans les études de facteurs de risque n'est pas assez clarifiée et la méthodologie des essais cliniques est parfois faiblement rigoureuse (Halbreich, 2005) ce qui amène à une certaine réserve avant de se prononcer sur les facteurs prédictifs. Enfin, selon Rigueti-Veltima et *al.* (2006) l'existence d'une symptomatologie dépressive pendant la grossesse permet d'identifier un groupe de femmes qui présenteront une symptomatologie dépressive après la naissance. Il reste à améliorer cette prédictibilité.

2.5 Les programmes de prévention en périnatalité

La période prénatale est une occasion privilégiée pour les intervenants de s'adresser au moins à deux personnes: la future mère et son bébé. L'intervention pourrait également aider le père (Polomeno, 1998a ; Polomeno, 2000). Or, bien que, de l'avis de Dyke (1999), ce dernier manifeste le désir de s'impliquer et d'exprimer ses propres besoins comme parent et qu'il réponde volontiers aux questions qu'on lui pose au sujet de son enfant, ce père est actuellement laissé pour compte dans bon nombre de programmes périnataux (Polomeno, 1998a ; Polomeno, 2000). Le Camus (1995) distingue trois types d'orientation de l'intervention prénatale au sujet desquels il observe une différence marquée entre la place accordée à la mère et celle réservée au père:

- a) Une orientation issue de la conception médicale traditionnelle selon laquelle la grossesse est l'affaire de la femme en raison du processus physiologique de l'enfantement. C'est alors que le médecin est appelé à veiller sur sa santé. Puis, au moment de la naissance, le mari est également écarté de l'intervention pour ne jouer qu'un rôle d'observateur. Enfin les interventions qui suivent la naissance sont orientées vers la santé physique de la mère et de l'enfant. Aucune action n'est donc prévue pour le couple parental ;
- b) Une orientation fondée sur une conception plus humaniste qui amène le couple à partager l'événement de la grossesse à la naissance. Les parents choisissent ensemble le gynécologue qui pourra soigner la mère tout en offrant au couple le soutien nécessaire. Chez les parents qui optent pour cette approche, la naissance devient un événement heureux. Ils sont contents de se rendre au bout d'une expérience de projet commun (Le Camus, 1995). En effet, la grossesse n'affecte pas seulement le bien-être de la femme, de l'enfant et de la famille, mais elle a également un impact non négligeable sur la relation du couple (Malnory, 1996) ;

- c) Une troisième orientation s'inspire à la fois de l'approche médicale et de l'approche humaniste de façon à offrir une intervention de complémentarité (Le Camus, 1995).

Quant aux programmes périnataux ils se divisent apparemment en trois catégories : 1) ceux qui s'intéressent à la période prénatale (que ce soit dans une conception traditionnelle ou autre); 2) ceux qui s'intéressent à la période postnatale; et, 3) ceux référant les interventions qui tiennent compte des deux périodes. On ne retiendra pas maintenant les programmes postnataux adressés surtout au bien être de l'enfant. Nous exposerons, ci-dessous, seulement les programmes prénataux car ils constituent une référence générale pour les études de prévention de la DP et, une référence concrète pour l'intervention étudiée ici.

2.5.1 Les programmes appliqués à la période prénatale

En général, les interventions destinées à promouvoir la santé prénatale de la mère et de l'enfant et à en prévenir les troubles sont, d'une part, les cours prénatals préparatoires à l'accouchement ainsi que les soins prénatals qui permettent le dépistage et le traitement des complications de la grossesse (Mustard, 1994) et, d'autre part, les programmes de soutien et de suppléments alimentaires chez les femmes défavorisées (Higgins, 1989; Mustard, 1994), les programmes éducatifs, les programmes de soutien et de composantes multiples destinés à prévenir la prématurité ou bien, prévenir les naissances de faible poids (Mc Laughlin et al, 1992) de même que les programmes visant la santé mentale mère-enfant au moyen de la préparation au rôle de parent (Olds, 1990). De façon générale, les interventions préventives effectuées à la période prénatale sont :

- 1) les programmes offrant un supplément ou un « *counselling* » nutritionnel ;
- 2) les interventions prénatales offrant un soutien à la mère défavorisée : visites à domicile, rencontres individuelles ou de groupe ;

3) les programmes mixtes ou intégrés impliquant diverses interventions.

Il existe cependant beaucoup moins de programmes antitabac conçus pour la période de la grossesse et de programmes d'aide domestique ou de soins prénatals destinés spécifiquement aux femmes enceintes défavorisées. Toutefois, autant les programmes axés sur la nutrition que les programmes de soutien ont trouvé une adhésion des femmes aux interventions et de ce fait, ils déclarent des résultats positifs, résultats qui suggèrent une continuité de la recherche en cette direction. Voici donc quelques exemples.

2.5.2 Les programmes de suppléments alimentaires

Les programmes de *counselling* nutritionnel ou de suppléments alimentaires réussiraient à enrayer la morbidité périnatale ou à en freiner la progression (Avruch et Cackley, 1995). Ce type de programmes vise principalement la diminution du pourcentage des bébés de faible poids à la naissance, l'idée de base étant que le bébé bénéficiera d'une meilleure santé si la mère s'alimente bien pendant la grossesse. Par contre, il sera davantage exposé à souffrir d'un retard de croissance et à naître prématurément ou avec un poids insuffisant lorsque la mère est sous-alimentée ou qu'elle n'a gagné que quelques kilos pendant la grossesse (Kirchengast et Hartmann, 1998). Afin de prévenir ces problèmes et d'améliorer la santé de la mère et celle de l'enfant, les Américains ont mis sur pied un programme national, le « *Special Supplemental Nutrition Program* » mieux connu sous le sigle WIC.

Le "WIC" (*Women, Infant's and Children's nutritional program*) s'occupe de donner des suppléments alimentaires aux femmes enceintes, de leur offrir de l'éducation nutritionnelle et de les orienter vers les autres services de santé susceptibles de les aider et d'aider à la fois les mères qui allaitent et leur bébé. Les études menées à la suite de l'application du WIC ont permis d'établir un lien entre la participation des femmes à ce programme et

l'incidence de naissances prématurées et de bébés de faible poids (Devaney et *al*, 1992). Cependant, ces études, qui ne sont pas randomisées, n'ont pas établi de différence entre la prématurité et le faible poids à la naissance, ce qui met en doute la fiabilité de leurs résultats.

Au Québec, les centres locaux de santé communautaire (CLSC) appliquent plutôt le programme O.L.O. (œuf, lait, orange). Ce programme s'apparente au WIC. Administré par des nutritionnistes, il est offert surtout dans les quartiers défavorisés. Citons enfin le programme du Dispensaire diététique de Montréal (DDM) qui s'inspire de la méthode *Higgins* (1989) axée sur les besoins nutritionnels spécifiques à la mère et au bébé à différents moments de la grossesse. Bien qu'il ait donné d'excellents résultats concernant le pourcentage de bébés de très faible poids à la naissance (*Higgins et al*, 1989), le poids des bébés issus de grossesses gémellaires (*Dubois et al*, 1991) et le poids des naissances issues des mères adolescentes (*Dubois et al*, 1997), ce programme devrait faire l'objet de recherches longitudinales plus poussées et randomisées. En effet, vu le fait qu'il s'agit d'une étude rétrospective, l'absence de variables de contrôle et le défaut de sélection de la population étudiée, les résultats de ce programme ne permettent pas une conclusion définitive. Il importe de signaler, toutefois, que les résultats d'études randomisées portant sur le même sujet tels que celui effectué par *Ahluwalia et al*. (1998), ont été remis en cause faute de n'avoir pas tenu compte des variables de contrôle susceptibles d'influencer les mères face à l'adoption de certains comportements de santé et à l'utilisation des services disponibles. Les effets des programmes basés sur les suppléments alimentaires seraient donc sujets à vérification.

2.5.3 Les programmes offrant un soutien social à la femme enceinte : visites et rencontres de groupe

Ces programmes de soutien s'adressent tout spécialement aux groupes de femmes à risque, telles que les mères adolescentes (Field et *al*, 1982, Bogar et *al*, 1998) et les mères défavorisées (Olds, 1990 ; Mc Farlane et Fehir, 1994 ; Belizan et *al*, 1995 ; Norbeck et *al*, 1996). Leurs objectifs visent d'une part l'amélioration des conditions de santé du bébé à la naissance (Norbeck et *al*, 1996) et, d'autre part, celle de la santé de la mère et l'utilisation des services de santé (Belizan et *al*, 1995 ; Mc Farlane et Fehir, 1994), la qualité des soins à donner à l'enfant et la diminution du stress maternel (Bogar et *al*, 1998).

Les visites prénatales, qui offrent un soutien à la femme enceinte, ont souvent de bons résultats au niveau de l'état de santé de la femme enceinte et de la hausse du taux de retour au travail et aux études (Olds, 1990 ; Olds et *al*, 1997). Les programmes axés sur les visites à domicile ont effectivement plus d'impact sur les mères que sur les enfants (Yoshikawa, 1995). Le fait de s'occuper uniquement de la mère risque de renforcer l'idée qu'elle est la seule responsable du développement de l'enfant et peut favoriser une sorte d'omnipotence maternelle. Enfin, lorsqu'on choisit de s'occuper uniquement de la mère, on participe en quelque sorte à l'exclusion du père.

On s'est peu intéressé aux pères considérés à risque. Cependant, Westney et *al*. (1988) ont mis sur pied un programme éducatif pour informer les pères adolescents sur la sexualité, la grossesse, les soins prénatals, l'accouchement et les soins à donner à l'enfant. Ceux qui ont bénéficié de cette intervention se sont montrés plus enclins à aider leur partenaire et plus responsables à l'égard de leur bébé que les autres (Westney *al*, 1988). Malheureusement, le nombre restreint de participants, un projet de recherche non randomisé et un faible dosage de l'intervention n'ont pas permis de tirer de conclusions de ce travail.

Soucieux d'offrir un soutien à la mère tout en évitant de l'isoler par une intervention individuelle, Norbeck et *al* (1996) ont utilisé une approche de groupe pour les deux parents. Le critère de sélection étant une de leurs priorités, ces chercheurs ont retenu uniquement les femmes pauvres ayant un faible soutien social. Ces femmes ont été randomisées par la suite. Le résultat de cette étude s'est révélé significatif quant au pourcentage des naissances de faible poids, soit 9,1% pour le groupe expérimental et 22,4% pour le groupe contrôle. Enfin, une intervention axée sur le modèle clinique de soins infirmiers appliqué auprès des mères à haut risque psychosocial a permis de conclure que, pour les mères ayant bénéficié de soutien social et d'un accès à la relation d'attachement, il y a eu une amélioration des compétences maternelles et une diminution de la symptomatologie dépressive (Booth et *al*, 1992). Enfin, s'inspirant des conclusions de ces programmes, certains auteurs ont conçu des études d'intervention visant la prévention de la DP.

2.5.4 Les programmes mixtes ou intégrés

Cette catégorie de programmes axés sur un ensemble de services donnerait, selon Brodeur et *al*. (1995), de très bons résultats. Par exemple le programme « Naître égaux, grandir en santé » fait appel à une série d'interventions professionnelles axées sur les déterminants de la santé mère-enfant telles que le supplément alimentaire et le soutien à la femme enceinte (soutien matériel, aide domestique, soutien comportemental, soutien relationnel individuel ou en groupe, relation d'aide et gestion du stress) sur l'orientation de la mère vers les ressources professionnelles ou de renforcement du réseau familial. Cependant, les premières expériences dans ce sens n'ont pas démontré d'impact sur l'initiation à l'allaitement, le comportement de la femme face au tabagisme, le suivi médical prénatal et le poids du bébé. Ce programme a eu juste un faible impact sur la dépression postnatale mesurée avec l'EPDS, notamment chez les femmes ayant souffert de dépression à la

période prénatale : soit 9,4% des femmes du groupe expérimental comparé à 12,5% de celles du groupe de contrôle (Brodeur *et al*, 2001).

En raison de son approche globale originale, le programme prénatal proposé par Mc Farlane et Fehir (1994) mérite également notre attention. Conçu à Houston pour une communauté de femmes hispaniques, ce programme appelé «*madres à madres*» (de mères à mères) a été très bien reçu par les femmes. Les prémisses en sont que le soutien social et le désir d'assurer la santé du bébé sont les deux raisons principales qui motivent les femmes défavorisées à utiliser les services de soins prénataux. Un groupe de mères bénévoles de la communauté hispanique, formées à cet effet, s'est vu confier le soin d'offrir un soutien aux femmes enceintes de cette communauté par le truchement d'appels téléphoniques, de quatre visites prénatales et de l'organisation de groupes de rencontre. L'information étant le fondement même de ce programme, il s'est organisé autour des sujets suivants : les soins prénataux essentiels, la santé de la mère, la nutrition, le foyer, les services locaux de distribution d'aliments, les services sociaux, l'éligibilité et l'accès à la carte médicale. Une évaluation de ce programme à la fin de sa deuxième année d'existence a démontré que trente mères bénévoles avaient offert de l'aide à 3000 femmes enceintes. Cinq ans plus tard, le nombre de bénévoles était de 40 et celui des femmes enceintes, de 7000. Ses résultats se sont traduits par une augmentation de l'utilisation des services de soins prénataux, une diminution des naissances de bébés de faible poids et de la mortalité néonatale (Mc Farlane et Fehir, 1994). Néanmoins, un choix de recherche non randomisée, sans aucun critère de sélection ni recours à des variables de contrôle, ne pouvait donner que des indices sur l'adhésion des femmes enceintes à ce programme. Bien qu'il ait permis, selon les auteurs, d'atteindre les objectifs visés, soit l'utilisation des services de soins prénatals, et le taux de participation des femmes enceintes pour chaque niveau d'intervention, la nature et le rapport dosage/effet de ce programme n'ont pas été révélés. Ces résultats demeurent donc à vérifier.

Les objectifs, le contenu et les formes d'intervention des programmes prénatals pourraient en influencer les résultats suivant que leur réalisation est confiée à des professionnelles (infirmières) ou à des non professionnelles (bénévoles). En effet, il s'est avéré que même si bon nombre de femmes enceintes acceptaient de participer à un programme prénatal sous forme de visites à domicile, et ce, indépendamment du statut de l'intervenant, professionnel ou bénévole, le taux d'abandon en cours de réalisation du programme et la discontinuité est plus élevé chez les femmes suivies par des non professionnels (Korfmacher *et al*, 1999).

En conclusion il est à noter qu'en général, les programmes prénatals s'adressent justement à la femme parce qu'elle porte le bébé en elle. Le fœtus bénéficierait de cette intervention de façon directe et indirecte selon Nichols et Zwelling (1997). Même lorsqu'ils s'adressent aux deux parents à la fois, les objectifs de ces programmes ne visent que rarement le père. On semble oublier que son état de santé a également un impact sur l'unité familiale (Polomeno, 1998a). Puis, la plupart des programmes prénataux insistent sur la notion de soutien en se limitant à la catégorie informative. Ou bien ils insistent sur la préparation à l'événement de l'accouchement qui ne dure que quelques heures et accordent moins d'importance aux contrecoûts de cet événement sur la vie du couple (Polomeno, 1998b). Toutefois, vu que certains de ces programmes ont montré un bénéfice sur le bien être de la mère, ces résultats ont inspiré la mise en place d'études de prévention de la DP.

2.6 La prévention de la dépression postnatale

La souffrance de la femme et les conséquences de la dépression maternelle chez l'enfant justifieraient la nécessité de donner la priorité à ce problème de santé publique (Chardeau, 2000). L'une des premières démarches afin d'assurer la prévention de la dépression postnatale serait un dépistage précoce (Saucier et *al*, 1993), dépistage souhaitable également à la période du pré et du postpartum (Chardeau, 2000). Il faudrait augmenter le contact des chercheurs avec les services de santé pendant la période prénatale et postnatale car c'est une opportunité pour détecter les facteurs de risque et pour implanter des interventions préventives (Kumar et Oyebode, 2005).

Une femme enceinte, présentant des troubles de l'humeur et considérée à risque à cause d'antécédents personnels ou familiaux ou d'autres facteurs de risque pourrait être surveillée avec soin de façon à prévenir précocement une possible DP. Le fait d'identifier les femmes vulnérables au cours de la grossesse ne représente qu'un élément de surveillance périnatale. Il s'avère donc nécessaire d'augmenter les connaissances des professionnels quant à la façon de reconnaître, prévenir et traiter le problème, et cela, autant au niveau des soins primaires, secondaires que tertiaires (Steiner, 1998). Un des plus importants facteurs de risque de la DP, le fait d'avoir une histoire de dépression n'est jamais questionné lors des soins de routine, il est donc évident que d'autres facteurs de risque peuvent être également ignorés (Kumar et Oyebode, 2005). Les interventions préventives peuvent être particulièrement avantageuses pour prévenir la souffrance chez la mère, les conséquences de cette souffrance sur l'enfant et les coûts des interventions qui en découlent (Cooper et Murray, 1998).

Des Rivières-Pigeon et *al*. (2004) ont passé une entrevue de 20-30 minutes avec un questionnaire standardisé chez 330 mères, 48 heures après l'accouchement. Les auteurs ont noté que 38% des femmes ont déclaré avoir eu des sentiments de dépression et d'anxiété pendant la grossesse. Et, cinq mois plus tard, 12% de ces femmes ont été identifiées en

détresse au moyen de l'échelle GHQ. Enfin, l'association entre la première entrevue et le questionnaire postnatal suggère qu'il est facile d'identifier les femmes à risque pour prévenir le trouble (Des Rivières-Pigeon et *al*, 2004).

La même conclusion fut déjà rapportée par Evins et *al*. (2000) lorsqu'ils ont appliqué l'échelle EPDS à 391 femmes dans un centre d'évaluation clinique de routine après la naissance. En effet, selon Barclay et Lie (2004) l'EPDS complété par n=1154 femmes, à 2-3 jours après la naissance peut dépister les cas à risque de DP (évaluée à six semaines après la naissance). Une corrélation positive ($r=0.59$) entre les scores de l'échelle EPDS complété à 4-6 semaines après la naissance et, les scores obtenus à 2-3 jours après la naissance est, entre autres l'argument expliquant la facilité de la détection précoce (Barclay et Lie, 2004).

L'utilisation de l'échelle EPDS dans les visites prénatales de routine permet d'obtenir une détection très élevée des problèmes de santé mentale des femmes inclus, le risque de DP tel que constatent Harvey et Pun (2007). Donc, la détection du risque de DP avant ou tout de suite après la naissance au moyen de l'EPDS semble très efficace.

Plus du double des femmes dépistées avec l'échelle EPDS à six semaines après la naissance ont fait l'objet d'un diagnostic de DP par la suite (Georgiopoulos et *al*, 2001). L'EPDS est une échelle spécifique adaptée au dépistage des dépressions du post-partum ; élaborée par Cox et *al* (1987), l'EPDS paraît l'instrument de dépistage le plus efficace (Chabrol, 1998); il devient un instrument auxiliaire en clinique très efficace pour le diagnostic de la DP (Evins et *al*, 2000). Et, il est aussi un bon instrument de dépistage autant pour l'anxiété que pour le risque de dépression (Stuart et *al*, 1998 ; Adouard et *al*, 2005). De plus, l'échelle EPDS n'a pas besoin d'être administrée par des spécialistes en santé mentale, les sages-femmes peuvent l'appliquer ; d'ailleurs, il a été noté que, quand les sages-femmes utilisent l'EPDS dans leur routine de soins prénatals, ces soins se voient améliorés par le nombre de cas référés aux services de santé mentale, par les visites avec les médecins et par le soutien que ces professionnelles offrent au moyen de l'échelle (Wickberg et *al*, 2005). C'est

pourquoi cette échelle devrait être utilisée en soins primaires pour augmenter l'identification, le diagnostic et l'évaluation du traitement de la DP, et ce, même chez les femmes dont la grossesse est considérée à haut risque. En effet, la validation de cette échelle appliquée à un groupe de futures mères à risque permet de noter son efficacité avec un point de césure de 11,5 (Se : 80% / Sp : 80%) tel que noté par Adouard et al (2005). Les auteurs Agoub et al (2005) notent que le point de césure de l'EPDS= 12 indique une sensibilité de 92% et une spécificité de 96% lorsqu'appliqué à six semaines, six et neuf mois après la naissance chez des femmes du Maroc.

Afin d'éviter l'apparition de la symptomatologie dépressive ou tout au moins l'atténuer, il faut compter sur un outil de dépistage validé qui permettrait d'identifier les femmes qui auraient davantage besoin d'aide. Et, lors d'une intervention préventive sélective pour une population à risque de DP, il est nécessaire d'identifier les femmes à risque avec une méthode validée (Kumar et Oyebode, 2005). Différents auteurs ont construit un outil autre que l'EPDS, voici des exemples.

En 1978, Braverman et Roux élaborèrent l'un des premiers outils de dépistage qui tenait compte de variables telles que la relation de couple, le désir d'enfant, la planification de la grossesse, l'état civil de la femme (célibataire, mariée, divorcée, etc.) et la santé mentale de la femme avant et pendant la grossesse. Cet auto-questionnaire bref permettait de détecter les sujets à risque de DP. À leur suite, se fondant sur les facteurs suivants: perturbations émotionnelles, anxiété pendant la grossesse, planification de la grossesse, antécédents de dépression chez la femme, dépression prénatale et rôle des événements du quotidien porteurs de stress, Petrick's (1984) et Boyer (1990) élaborèrent, chacun de leur côté, un semblable outil de dépistage. Alors que Boyer (1990) considère les questions relatives à l'état émotif actuel de la mère et à son histoire psychiatrique plutôt qu'à celle de sa famille, seul Petrick's (1984) retient comme éléments significatifs de la dépression postnatale la préparation au rôle maternel, la difficulté à vivre les changements du quotidien, la relation

de la femme avec sa mère, l'intention de la mère d'allaiter ou non et l'histoire psychiatrique familiale. Ces deux instruments seraient bien applicables au moment de la grossesse.

À partir d'une analyse des variables de prédiction présents dans vingt-six études sur la dépression postnatale au sujet desquels elle a appliqué la corrélation de Pearson, Beck (1998b) a développé un autre outil de dépistage qui couvre huit variables : la dépression prénatale, le stress attribuable aux soins donnés à l'enfant, le stress généré par les événements du quotidien, le manque de soutien social, l'anxiété prénatale, le *maternity blues*, l'insatisfaction conjugale et les antécédents de dépression de la femme avant la grossesse (Beck, 1998b ; Beck, 2001).

D'autres échelles de détection du risque de dépression postnatale ont été développées par la suite. Ces instruments incluent des questions concernant des facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux (Appleby et al, 1994; Cooper et al, 1996; Posner et al, 1997; Rigueti-Veltema et al, 1998; Jacquemain et al, 2000).

L'instrument de dépistage pourrait s'avérer un complément efficace à la surveillance clinique exercée au moyen d'entretiens suivis qui permet effectivement d'identifier les cas à risque de DP (Manzano et al, 1997). De tels entretiens auraient, selon Chardeau (2000), un effet psychothérapeutique. Cependant, le dépistage systématique doit se faire en prêtant attention au moment adéquat pour créer un lien avec le réseau de soins (Holzer, 1997). Enfin, malgré les efforts utilisés dans la prévention de la DP à ce jour il n'y a pas encore un instrument prénatal de dépistage du risque de DP recommandé.

2.6.1 La détection du risque de dépression postnatale à partir des symptômes somatiques

La tristesse n'est pas le symptôme principal chez toutes les mères affectées par une dépression postnatale car un certain nombre de mères souffrant d'une dépression montrent plutôt d'autres symptômes tels que l'anxiété et l'irritabilité (Beck et Indman, 2005). Des signes révélateurs d'un état dépressif tels que le reproche envers soi-même, le sentiment de solitude, les troubles de sommeil, les troubles de nature somatique et l'anxiété ne se traduisent pas forcément par un sentiment de tristesse (Manzano et *al*, 1997).

Les femmes ayant formulé plus de plaintes somatiques pendant la grossesse (maux de tête, démangeaisons, frissons et étourdissements) figurent parmi les mères déprimées à la période postnatale dans l'étude longitudinale de Riguetti-Veltema et *al*. (1998).

Lors d'une autre étude longitudinale, Sugawara et *al*. (1999) rapportent une corrélation positive entre la présence de symptomatologie somatique en période prénatale et de symptomatologie dépressive en période postnatale évaluée à 18 mois après la naissance. Ces auteurs ont relevé divers symptômes prénatals chez les mères déprimées : diminution de l'appétit et de la libido, perte de poids ou faible gain de poids, constipation et tachycardie pendant la grossesse. Ces symptômes, considérés de nature physique attribuables au fait même d'être enceinte, sont pourtant exclus des questionnaires. Toutefois, en observant certaines composantes de type affectif et cognitif de la symptomatologie prénatale, les auteurs ont pu établir des liens autres que ceux considérés auparavant entre la période prénatale et la période postnatale en rapport au risque de DP.

Différents facteurs d'ordre social et culturel semblent influencer la reconnaissance de la souffrance maternelle chez certaines femmes déprimées puisque généralement la maternité est associée à la normalité et au bonheur. Par crainte d'être considérées dans l'anormalité, certaines femmes auraient tendance à minimiser ou à nier leurs manifestations

psychologiques (Riguetti-Veltema et *al*, 1998). C'est justement pour bien identifier les troubles émotionnels de la femme enceinte que Bydlowski et Pons (1998) ont conçu un modèle de consultation conjointe, obstétricien/psychiatre. Les résultats de leur étude montrent que 30% des femmes enceintes présentaient des problèmes de santé physiques : 10% des troubles émotionnels graves tels que l'anorexie, la toxicomanie, la psychose ; 25% ont signalé une histoire obstétricale considérée à risque en raison d'avortements répétés, de naissances prématurées et finalement, un pourcentage de 25% de femmes présentaient un pathologie de type somatique (Bydlowski et Pons, 1998). Ce dernier pourcentage est assez notable pour soulever des questions à propos des symptômes somatiques.

Pour Cooper et Murray (1998), la relation de couple, la situation économique et le soutien social qui marquent la vie d'une femme enceinte sont des variables associées à l'adaptation de la femme à sa grossesse, à l'accouchement et à la naissance. Ces facteurs constituent des sources d'anxiété pour la femme et, de ce fait, ils la prédisposent à la symptomatologie dépressive prénatale. Et cette symptomatologie peut présenter différentes formes non nécessairement spécifiques à la dépression.

Riguetti-Veltema et *al*. (1998) ont identifié comme « marqueurs » certains facteurs de risque de dépression postnatale présents durant la grossesse entre autres, le fait d'avoir présenté plus de plaintes somatiques. En effet, les nausées prolongées au-delà du 4^{ième} mois, le faible gain de poids et une hyperactivité somatique à la présence du fœtus ont été déjà signalés par Saucier et *al*. (1993) comme facteurs annonçant une symptomatologie dépressive prénatale. Enfin, dans une étude plus récente publiée par Riguetti-Veltema et *al*, (2006) les auteurs constatent que 14% des femmes présentent des démangeaisons moyennes à très importantes, 38% ont eu des douleurs dorsales moyennes à très importantes et 43% des femmes ont présenté des troubles du sommeil moyens à très importants pendant la grossesse.

Il semblerait logique que, lorsque différents facteurs de risque interfèrent durant la période prénatale et que la femme souffre d'une symptomatologie somatique ou clairement dépressive, une symptomatologie dépressive puisse apparaître après la naissance ; surtout, si ces problèmes n'ont pas été résolus et que la situation de la femme soit encore plus fragile en raison du stress naturel créé par une naissance. Il reste à vérifier dans quelle mesure certains symptômes de type somatique peuvent cacher une dépression chez des femmes qui, à cause de leurs caractéristiques personnelles et sociales présentent davantage une symptomatologie dépressive somatique (plus acceptée durant la période prénatale) et une symptomatologie clairement dépressive à la période postnatale, évidente seulement quelques mois après la naissance lorsqu'elle ne peut plus être dissimulée en raison d'une accumulation de stress, de fatigue et d'une baisse des résistances internes.

2.6.2 Éléments à considérer dans un programme de prévention de la dépression postnatale

Selon Mamelle et al (1992, 1997), à la base de toute intervention prénatale chez les femmes qui éprouvent des difficultés psychologiques pendant la grossesse, il faudrait inclure une fonction maternante. Cette fonction pourrait prendre l'allure d'un travail d'écoute, de soutien et de soins psychothérapeutiques accompagnés d'exercices de relaxation.

Pour Kumar et Oyebode (2005) des interventions psychologiques et psychosociales peuvent prévenir la DP. L'intervention psychologique correspondrait à un ensemble de modalités susceptibles de renforcer la barrière de protection contre le stress, l'anxiété et la dépression prénatale. Le contact téléphonique, le suivi à domicile, les rencontres de groupe, le travail corporel et l'utilisation des ressources communautaires feraient partie de ces modalités (Mamelle et al 1992). Cependant, certaines femmes préfèrent l'approche de soutien à l'approche clairement psychothérapeutique. Cette dernière risque d'être vécue

comme une menace pour certaines femmes à cause de leurs antécédents psychologiques et d'une fragilité pour établir des liens avec les professionnels soignants (Toubin et al, 2006).

L'aide matérielle, l'assistance dans les tâches quotidiennes, une information adéquate et un bon soutien émotionnel constitueraient selon Neter et al (1995) des facteurs susceptibles de prévenir la dépression maternelle. Ainsi, les femmes qui auraient retiré le plus de satisfaction de l'aide reçue durant la grossesse sembleraient moins déprimées d'après l'étude de cet auteur.

Les rencontres de groupe constitueraient un autre type de soutien social. Le degré de soutien social dispensé aux femmes aurait un effet protecteur sur leur santé mentale (Dwenda et al, 1994). Comme le font observer Norbeck et Anderson (1989), la présence d'un bon soutien social tout au long de la période périnatale serait associée à un meilleur ajustement psychologique et à une meilleure relation avec le nourrisson. Enfin, le soutien entre pairs montre des résultats significatifs sur le risque de DP évalué avec l'EPDS, quand il est offert après la naissance par d'autres mères ainsi que constaté par Dennis (2003).

Pour Whiffen (1992), les interventions visant à l'amélioration de la relation du couple et de la transition au rôle parental seraient efficaces. En effet, la sensibilité nécessaire pour apporter à l'autre, au moment opportun, l'appui dont il a besoin serait, note Cutrona (1996), une composante très importante du maintien du contact avec l'autre et permettrait de réduire l'isolement émotionnel du couple.

Enfin, l'attachement mère-enfant est aussi un facteur à considérer pour la prévention de la DP. En effet, Priel et Besser (1999) ont démontré que les mères ayant expérimenté un lien traduisant l'attachement prénatal mesuré avec le AEAQ (*Antenatal Emotional Attachment Questionnaire*) étaient protégées davantage des réactions psychopathologiques pré- et postnatales. Selon ces auteurs, la capacité de créer un lien avec le fœtus augmenterait l'estime de soi et le sentiment de compétence maternelle de la femme, éléments qui à leur

tour, auraient un effet protecteur face à la dépression maternelle, mesurée avec le DEQ et le CES-D (Priel et Besser, 1999).

Des études portant sur différentes interventions préventives, appliquées aux périodes prénatales basées principalement sur un modèle d'orientation biologique ou non biologique pour améliorer la santé mentale de la mère à la période postnatale sont décrites ci-dessous.

2.6.3 Programmes préventifs d'orientation biologique

Parmi les études de prévention de la dépression des mères, les auteurs choisissent principalement un des deux types d'orientation: biologique ou non biologique. Nous présentons d'abord les études du premier groupe.

Les programmes de prévention basés sur les théories biologiques utilisent surtout des hormones, des antidépresseurs et la thérapie au niveau thyroïdien. La plupart des auteurs administrent ces traitements à la période prénatale, ou bien immédiatement après la naissance, chez des femmes ayant déjà un antécédent de dépression. Les études suivantes constituent quelques exemples.

La prévention hormonale de la DP fut préconisée par Dalton. La chute hormonale qui suit la naissance serait accompagnée de changements de l'humeur, dont la symptomatologie dépressive serait le reflet (Dalton, 1994). C'est la raison pour laquelle on propose d'administrer des hormones dans un but préventif. Un traitement à base de progestérone est appliqué en injection mono-dose, 48 heures après la naissance chez 180 femmes ; puis, ces mères sont évaluées à 1, 6 et 12 semaines postnatales au moyen de l'EPDS et du MADRS ; les résultats n'indiquent aucune efficacité du traitement lors de l'évaluation à 6 semaines post-partum (Lawrie et *al*, 1998).

Les femmes ayant déjà souffert d'un épisode antérieur de DP seraient plus vulnérables à une récurrence à la naissance d'un autre enfant selon Wisner et Wheeler, (1994). C'est pourquoi l'effet préventif des antidépresseurs fut testé chez un groupe de sujets à risque, ayant des antécédents de DP. Les antidépresseurs ont diminué les récurrences par rapport à un groupe de contrôle non traité (Wisner et Wheeler, 1994). Cependant, le faible échantillon de $n=23$ et, la méthode d'étude non randomisée ne permettent pas de se fier à ces résultats. Lors d'une étude postérieure, Wisner et *al.* (2001) appliquent à nouveau un traitement antidépresseur à la période prénatale chez 51 femmes et, cette fois-ci, n'obtiennent pas de résultats significatifs. Enfin, dans un essai clinique plus récent, Wisner et *al.* (2004) effectuent une étude randomisée chez des femmes à risque de dépression postnatale. Dans cette dernière étude, ils montrent une différence significative entre les femmes traitées avec *sertraline* et les femmes traitées avec placebo immédiatement après la naissance pendant une période de 17 semaines. L'évaluation effectuée avec le *Hamilton Rating Scale* à 20 semaines après la naissance montre que 7% ($n=1$) des cas traités avec *sertraline* souffre de DP, alors que 50% ($n=8$) des cas traités avec placebo indiquent une DP. Cependant, la taille de l'échantillon étudiée ($n=25$ femmes) et le système de randomisation peu spécifié par les auteurs, nous indiquent que l'interprétation de ces résultats serait sujette à caution.

Certaines études suggèrent que les femmes ayant des anticorps anti-thyroïdiens positifs pendant la grossesse sont à risque de développer une symptomatologie dépressive à la naissance (Pop, 1993). La fonction thyroïde est l'objectif principal de l'étude menée par Harris et *al.* (2002). Ces auteurs appliquent leur traitement de thyroxine chez 446 femmes ayant des anticorps positifs, et ce, à six et à vingt-quatre semaines postnatales. L'évaluation de la DP à 6, 12, 16, 20 et 24 semaines avec l'EPDS, le MADRS et le GHQ ne donne pas de différences significatives entre le groupe d'intervention et le groupe de contrôle.

En conclusion, à ce jour les résultats des programmes d'orientation biologique ne permettent pas de faire une recommandation pour prévenir la DP. Les interventions psychopharmacologiques qui sembleraient logiques n'ont pas montré l'évidence de son

application (Kumar et Oyebode, 2005). En l'absence d'études randomisées et de résultats significatifs, ces programmes préventifs demeurent encore peu pertinents.

2.6.4 Programmes préventifs d'orientation non biologique

Les programmes d'orientation non biologique sont plus nombreux que les précédents et ils constituent la référence de base pour la présente étude. Ils seront donc exposés en détail.

Deux types d'actions pourraient aider les mères à éviter la DP selon une étude réalisée en Suisse par des infirmières et sages-femmes (Pichon, 2000).

- Organiser un relais de soutien chez les femmes à risque : avec aide à domicile pour faciliter l'intendance de la maison et avec une liste d'adresses des services d'aide du quartier disponibles;
- Travailler sur les compétences: il s'agit de valoriser et soutenir les capacités des parents et d'être là dans les moments difficiles.

Il est à noter que ces deux aspects sont peu abordés ensemble, et, seul le soutien social fait partie de certains programmes préventifs. À l'intérieur de ces programmes de prévention de la DP d'orientation non biologique, les auteurs utilisent principalement: le soutien social, la psychothérapie interpersonnelle, la thérapie cognitivo-comportementale, les cours prénatals adaptés au problème, les groupes avec des stratégies éducatives et la relaxation. Étant donné que la présente étude s'effectue dans une période prénatale, seuls les programmes de cette période sont retenus à l'exception des programmes de soutien social. Ces derniers seraient très adéquats mais ils n'ont été que rarement abordés en période prénatale. Ils sont exposés d'abord car ils s'appliquent surtout à la période postnatale, à cause de ce fait, ils figurent séparés des autres programmes.

A) Soutien social

Il existe diverses manières d'offrir un soutien social aux futures mères tels que les visites à domicile, les groupes d'entraide, les groupes de parents, etc. Etant donné que le soutien social protège les femmes de l'impact du stress, ce soutien devrait éviter une symptomatologie dépressive.

En effet, les programmes offrant un soutien ont des résultats significatifs sur la DP lorsque les mères ayant reçu l'intervention sont évaluées à six semaines après la naissance au moyen de l'EPDS (Amstrong *et al*, 1999). Des femmes à risque (n=181) ont été recrutées immédiatement après la naissance puis, elles ont été randomisées. Ces participantes ont reçu entre 6 et 12 visites hebdomadaires à domicile effectuées par des infirmières. Cependant, il n'y a pas eu de différence constatée entre le groupe contrôle et l'expérimental lors d'une deuxième évaluation à 16 semaines postnatales (Amstrong *et al*, 1999). Seulement 63% des femmes ont bien complété le questionnaire de sélection.

Reid *et al* (2002) proposent deux stratégies, un groupe de soutien local dirigé par une sage-femme et un manuel visant l'obtention de soutien, ce matériel fut distribué deux semaines après la naissance. Le programme appliqué à 1004 mères primipares, évalué à 12 et 24 semaines avec l'EPDS ne montre pas de différences entre le groupe contrôle et le groupe ayant reçu le soutien. Seulement 40% des femmes du groupe d'intervention ont reçu au moins six visites, les autres femmes ont reçu un soutien social très faible. De plus, les groupes étaient peu comparables au niveau de la classe sociale des femmes.

Un programme axé sur la continuité des soins et le soutien social fut appliqué par six sages-femmes qui, en plus d'offrir l'intervention préventive ont fait une détection précoce du risque de DP pour procéder à un transfert rapide des femmes aux services de santé mentale. Lors de l'évaluation des participantes avec l'échelle EPDS à 4 semaines après la naissance les résultats montrent une différence de 10,1 ($\pm 5,9$) au groupe contrôle vs 8,6 ($\pm 4,2$) au

groupe expérimental. Ces différences disparaissent complètement lors de l'évaluation à 3 mois de la naissance dont 23% des femmes indiquent un risque de DP dans les deux groupes (Marks *et al*, 2003).

L'effet du soutien des pairs (mère à mère) évalué sur la symptomatologie dépressive postnatale s'est relevé significatif à 4 semaines dont 40,9% des femmes du groupe contrôle vs 10% des femmes du groupe expérimental ($p=0,02$) ont indiqué un score ≥ 12 de l'EPDS et à 8 semaines (52,4% vs 15% : $p=0,01$) après la naissance, lors d'une étude randomisée effectuée chez 42 femmes identifiées à risque de DP (Dennis, 2003). Cette étude utilise une méthodologie d'une qualité élevée mais la taille de l'échantillon est faible.

Programmes de prévention de la DP offrant un soutien social

Auteurs	N	Méthode d'intervention	Méthodologie de l'étude	Résultats	Limites
Amstrong et al, 1999	181	Soutien social au moyen des visites à domicile	Étude randomisée au moyen informatique	Résultats sig. à 6 semaines mais non sig. après	Groupes non comparables, faible détection
Reid et al, 2002	1004	Soutien social	Étude randomisée <i>Intent to treat</i>	Sans différence significative	Faible participation et faible dosage de l'intervention
Marks, 2002	87	Soutien social et détection	Étude randomisée	23% des mères déprimées aux deux groupes	Le besoin de soutien n'a pas été identifié
Dennis, 2003	42	Soutien des pairs (les mères)	Étude randomisée	Différence de $p= 0,01$	Faible taille de l'échantillon

Ainsi que cela est décrit, la plupart de ces programmes basés sur le soutien social sont appliqués à la période postnatale, ils sont inclus dans la présente révision à cause de

l'importance du soutien social pour prévenir la dépression postnatale. Notons que le choix de cette approche est peu utilisé dans les études de prévention de la DP.

B) Psychothérapie interpersonnelle:

Spinelli (1997) constate l'efficacité de la psychothérapie interpersonnelle (ITP) pour traiter la symptomatologie dépressive anténatale et prévenir la DPP. Cet auteur applique jusqu'à 16 séances thérapeutiques de 50 minutes, une fois par semaine et utilise les échelles Hamilton, BDI et EPDS pour évaluer la symptomatologie dépressive à chaque séance. L'auteur constate une amélioration des scores comparables sur toutes les échelles trois mois suivant la naissance. Cependant, ces résultats sont peu significatifs à cause du nombre très réduit de sujets à l'étude ($n=13$) et le manque d'un groupe de contrôle, entre autres. Plus tard, Spinelli et Endicott (2003) reprennent une étude similaire avec $n=38$ femmes à risque de DP auxquelles s'appliquent 16 séances hebdomadaires de ITP individuelle. Dans cette dernière étude randomisée, l'évaluation effectuée à l'aide d'un diagnostic clinique (critères du DSM-IV), l'échelle Hamilton (HRS), le Beck et l'EPDS permet d'obtenir un résultat significatif; une femme sur 8 du groupe expérimental présente une dépression postnatale comparativement à deux femmes sur 3 du groupe témoin ($RR=0,19 : 0,03-1,39$). La taille de l'échantillon demeure cependant faible pour un résultat concluant.

Dans une autre étude la ITP a été appliquée à la période anténatale chez 37 femmes dont 77% étaient seules, à raison de 60 minutes par séance de groupe pendant quatre semaines (une séance par semaine). En évaluant les participantes avec le BDI et le SCID à douze semaines après la naissance, les chercheurs constatent des différences significatives par rapport au groupe contrôle; Un nombre de six femmes (sur 18) du groupe contrôle montrent une DP comparativement à une femme (sur 17) du groupe intervention (Zlotnick et *al*, 2001). Toutefois, la taille de l'échantillon étant faible et la méthode de randomisation non spécifiée, ces résultats sont sujets à caution. Plus tard, Zlotnick et *al* (2006) effectuent une nouvelle étude similaire à l'antérieure mais sur un nombre un peu plus grand de femmes défavorisées ($n=99$) et cette fois-ci, l'étude est randomisée. Lors de l'évaluation effectuée

avec une entrevue diagnostique à trois mois après la naissance, ces auteurs montrent une différence entre les cas identifiés de dépression au groupe contrôle (20%) et les cas de dépression au groupe expérimental (4%). La conclusion de ces résultats permet de penser qu'il est possible de diminuer la dépression postnatale chez des femmes défavorisées par une approche de thérapie interpersonnelle.

D'autre part, Grote et *al.* (2004) obtiennent un résultat également positif avec la ITP appliquée sur 18 femmes. Ils appliquent 8 séances hebdomadaires dans un groupe ouvert; L'évaluation postnatale effectuée avec l'EPDS, le Beck et l'échelle Hamilton Rate montre une différence significative ($p < 0,001$) quand à la diminution de symptomatologie dépressive évaluée 2 mois après la naissance comparativement à l'évaluation prénatale. Toutefois, le faible nombre de participantes étudiées et le manque d'un groupe de comparaison ne permet pas de se fier à ses résultats.

C) Thérapie cognitivo-comportementale

Pour sa part, Saisto et *al.* (2001) utilisent la thérapie cognitivo-comportementale pour prévenir la DP chez 176 femmes à la fin de leur grossesse dans une étude randomisée. Les participantes effectuent 4 à six séances non axées spécifiquement sur le risque de DP. Les auteurs n'obtiennent pas de résultats sur les symptômes dépressifs des mères lors de leur évaluation à douze semaines postnatales avec le BDI. Le risque de DP est plus élevé chez les femmes ayant des antécédents de dépression indépendamment du groupe d'étude.

Chabrol et *al.* (2002) obtiennent des résultats positifs lors de leur étude quasi-expérimentale visant 241 femmes à risque. En effet, une fois évaluées avec le EPDS à quatre et six semaines après la naissance, les participantes ayant reçu une séance prénatale de thérapie sont moins déprimées. Cependant ces résultats sont biaisés d'une part, par la faible méthode de randomisation utilisée, par le seuil 8/9 utilisé pour identifier les femmes à risque et

d'autre part, par le seuil 10/11 choisi pour indiquer la DP alors que les seuils recommandés sont de 9/10 et 12/13 respectivement.

La thérapie cognitivo-comportementale fut appliquée par Austin et *al* (2008) chez n=277 femmes à très faible risque de DP. Un psychologue clinique et une sage-femme effectuèrent 6 séances de 2h de durée sans obtenir une différence entre groupes contrôle et intervention de la réduction de scores de l'EPDS ni STAI ; échelles utilisées à 2 et à 4 mois après la naissance. Cette étude est randomisée avec pré et post-test et respecte *l'intention to treat*. Toutefois, 60% des femmes ont refusé leur participation. De plus, les participantes ont signalé un faible risque de DP lors de l'évaluation prénatale.

D) Intervention psychosociale

Une faible diminution de la fréquence de DP fut constatée par Stamp et *al* (1995) chez 144 mères évaluées avec l'EPDS à 6, à 12 et à 24 semaines après la naissance. Dans cette étude contrôlée et randomisée, les auteurs avaient sélectionné les femmes vulnérables en période anténatale pour leur offrir une intervention psychosociale incluant des cours de préparation à la maternité et un soutien social. La faiblesse de l'intervention (3 séances) et la faible adhésion des femmes au traitement auraient influencé ces résultats non significatifs.

Dans l'étude de Matthey et *al.* (2004) les auteurs ont recruté des parents à partir de la première séance des cours prénataux afin de les impliquer dans la prévention de la dépression postnatale. L'objectif principal visant l'amélioration des programmes prénatals, les auteurs ont distribué les participants de façon aléatoire en trois groupes : cours ordinaires (groupe contrôle 1), préparation psychosociale (groupe expérimental) enfin, cours centrés sur l'enfant (contrôle, 2). Les résultats de cette intervention de type interpersonnel montrent que pour les femmes ayant montré une faible estime de soi pendant la grossesse, l'ajustement à la naissance et le sentiment de compétence sont meilleurs dans le groupe expérimental, et cela, une fois évaluées six semaines après la naissance (n=202).

Ces résultats sont cependant un peu biaisés par la motivation des sujets à l'étude, car la sélection s'est produite uniquement avec des participants déjà inscrits aux cours prénataux.

Une plus récente intervention intégrant des approches du contrôle mental, de la conscience du présent et du corps à partir de la pratique de la méditation et de la contemplation a été étudiée par Vieten et Astin (2008). L'intervention appliquée pendant huit semaines chez 31 femmes au troisième trimestre de leur grossesse a donné un résultat positif ; les femmes ayant reçu l'intervention ont présenté moins d'anxiété mesurée avec le State-Trait Anxiety Inventory (STAI) et une diminution d'affect négatif évalué avec le CES-D comparativement aux femmes du groupe témoin ($p < 0,05$). L'étude était randomisée. Toutefois, le recrutement étant volontaire suggère un biais à cause de la motivation des participantes. Et le faible nombre de participants de cette étude suggère la précaution dans la conclusion de ces résultats.

Les interventions psychosociales seraient efficaces chez les femmes à risque de DP dont l'approche psychosociale peut apporter des bénéfices plus évidents (Kumar et Oyeboode, 2005). Cependant, peu d'études qui font le choix de ces interventions considèrent les femmes à risque, ou bien les auteurs interviennent plus souvent à la période postnatale.

E) Cours prénatals

Des cours prénatals semblent efficaces pour éviter la DP chez des mères primipares selon les résultats de l'étude quasi-expérimentale de Elliot et *al.* (2000). Ces auteurs ont offert cinq séances prénatales et six séances postnatales à 99 femmes identifiées vulnérables. Ces femmes furent évaluées 12 semaines après la naissance avec l'EPDS. Malheureusement, les sujets n'ont pas été distribués de façon aléatoire.

Par contre, Buist et *al.* (1999) n'obtiennent pas de résultats significatifs. Ils appliquent huit cours prénataux et deux postnataux dirigés par une sage-femme à 44 femmes identifiées à

risque par une échelle de dépistage. Puis, ils évaluent la DP à 6 et 24 semaines avec l'EPDS et le BDI sans obtenir un résultat favorable.

Un programme de cours prénatal composé de 12 séances fut appliqué chez 41 femmes à risque de DP par Muñoz et *al.* (2007). Dans cette étude randomisée, les auteurs constatent une différence non significative entre les participantes une fois évaluées avec le CES-D et l'EPDS : 14,29% des femmes du groupe expérimental et 25% des femmes du groupe contrôle présentent des épisodes dépressifs. Toutefois, l'échantillon utilisé est faible et la participation aux séances est également faible ($\bar{x} = 6,7$ de 12 séances).

F) Stratégies éducatives

Un programme psycho-éducatif de groupe composé de six séances de 2h de durée plus une réunion initiale a été appliqué à 209 participantes. Le focus du programme étant social et émotionnel a traité des problèmes de la grossesse, des habilités visant l'obtention de soutien et de la résolution de problèmes. L'étude étant randomisée au moyen informatique et les analyses effectuées respectant la condition de *l'intention to treat* permettent de se fier aux résultats non significatifs obtenus par Brugha et al (2000): 24/94 des femmes du groupe contrôle et 21/96 des femmes du groupe expérimental ont marqué un score ≥ 11 de l'EPDS. Toutefois, seulement 45% des participantes effectuent toutes les séances.

Les auteurs Hayes et *al.* (2001) ont offert des informations préventives à 206 femmes primipares, entre leur 28^{ème} et 36^{ème} semaine de grossesse lors d'une étude randomisée au moyen informatisé. L'évaluation entre 8 et 12 semaines, puis entre 16 et 24 semaines après la naissance ne montre pas de différences significatives par rapport au groupe contrôle. L'échelle d'évaluation utilisée *Profile of Mood States* (POMS) n'étant pas d'une fiabilité suffisante aurait pu influencer ces résultats. Ces auteurs reprennent une deuxième fois une étude randomisée appliquée à 184 femmes primipares qu'ils évaluent avant (12 à 28 semaines prénatales) et deux fois après la naissance (8 à 12 semaines et 16 à 24 semaines) avec l'échelle *Assessment of Depression and Schizophrenia-modified* (SADS-M); ils notent

une diminution de la sévérité des symptômes dépressifs dans la comparaison avant et après la naissance. Toutefois, la différence entre les groupes à l'étude n'est pas significative ; la courte durée de l'intervention pourrait être la cause (Hayes et Muller, 2004).

Dans l'étude randomisée de Webster et *al.* (2003) les auteurs ont sélectionné des femmes ayant un risque de DP signalé par le type de soutien donné par le conjoint, les antécédents psychiatriques personnels, les antécédents psychiatriques familiaux, une DP antérieure ou une histoire de DP chez la propre mère. Ces femmes ont reçu des informations préventives sur le trouble postnatal ainsi que le recours à utiliser en cas de nécessité. Cette stratégie est plutôt un système d'alerte pour aviser les femmes du risque qu'elles courent, l'aide offerte est informative alors qu'il s'agit de femmes à risque psychosocial indiquant un manque de soutien. N'ayant pas travaillé sur les compétences ni sur le soutien du conjoint ne fût-ce que pour la sélection, les auteurs n'ont pas obtenu de différences significatives entre le groupe contrôle et le groupe expérimental évalués avec l'EPDS à 16 semaines après la naissance. De plus, parmi les 371 femmes qui ont conclu l'étude, 67 sujets du groupe expérimental et 71 sujets du groupe contrôle n'ont pas retourné le questionnaire postnatal.

Pour leur part, Tam et *al.* (2003) utilisent une approche psycho-éducative de counseling effectuée par une infirmière entraînée à la technique. L'évaluation de ce programme préventif au moyen de l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) et du General Health Questionnaire (GHQ) à six et vingt-quatre semaines après la naissance ne permet pas d'obtenir une conclusion favorable. L'étude étant randomisée au moyen d'enveloppes cachetées contenant les sujets participant à l'étude permet de se fier aux résultats et suggère que cette intervention n'est pas un bon choix pour prévenir la DP. De plus, 32% des femmes éligibles auraient refusé leur participation à l'étude. Et, *l'intention to treat* n'a pas été bien clarifiée dans la description de la méthode.

Finalement, Hegarty et *al.* (2007) évaluent un programme d'éducation à la santé effectué par cinq médecins et 32 sages-femmes et appliqué à 584 femmes; l'intervention de groupe

basée sur des aspects psychosociaux s'est déroulée sur six séances aux périodes de 15 jours utilisant le jeu de rôle et le feed-back. Ils n'obtiennent qu'une très faible diminution des symptômes dépressifs (22,3% à 20,6%) entre l'évaluation prénatale et l'évaluation postnatale mesurées avec l'EPDS. La sélection n'a pas été faite au hasard et les auteurs n'ont pas utilisé un groupe témoin.

G) Relaxation

Le recours à la relaxation est très peu utilisé. Toutefois, Rees (1995) constate des différences significatives chez les femmes primipares ayant bénéficié de la relaxation pendant 15 minutes par jour, et cela, durant une période de quatre semaines. Cependant, l'évaluation des 60 sujets quatre semaines après la naissance au seul moyen du CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), sans aucun groupe de comparaison, suggère qu'il faudrait juger ces résultats avec certaines réserves.

D'autre part, le massage procure une relaxation et un état de bien être à la femme enceinte. Ainsi, Field et *al.* (2004) prouvent que les scores d'anxiété (mesurés avec le STAI) et de dépression (évaluée avec le CES-D) diminuent chez les n=84 femmes qui ont bénéficié d'un programme prénatal basé sur la thérapie des massages. Le groupe d'intervention a reçu les massages pendant 16 semaines à raison de 2 séances de 20' par semaine au deuxième trimestre de grossesse. À la fin de l'étude les femmes du groupe d'intervention ont signalé un niveau plus élevé de dopamine et sérotonine ainsi qu'un plus faible niveau de cortisol et moins d'activité fœtale comparativement aux femmes du groupe contrôle ; ces aspects ont contribué à diminuer la prématurité et les naissances de faible poids au groupe d'intervention. La qualité de cette étude randomisée dont les femmes du groupe contrôle ont reçu les soins prénataux ordinaires permet d'assumer ces résultats.

Finalement, il est à noter qu'un programme de soins qui ne répond pas aux autres types d'intervention utilisées et qui proportionne les soins des sages-femmes avant et pendant l'accouchement ne donne pas de résultats significatifs (Waldenström et *al.*, 2000). Le

groupe de comparaison utilisé est formé par des femmes qui reçoivent les soins habituels et la sélection s'effectue sans une méthode rigoureuse. L'évaluation a eu lieu à deux mois de la naissance avec l'échelle EPDS sans noter de différences entre les groupes d'étude.

En résumé, les études de prévention de la DP permettent d'apprécier que :

- a) Les objectifs visés par les programmes préventifs d'orientation non biologique ne gardent qu'une faible relation avec les facteurs de risque connus ;
- b) Le soutien social est peu présent dans les interventions prénatales. Il y aurait lieu d'explorer les voies de l'intervention de groupe avec différentes formes de soutien: social, affectif, instrumental, formatif ou même, récréatif ;
- c) Les études effectuées avec des femmes à risque de DP montrent des résultats plus positifs. En effet, il est préférable d'inclure les femmes à risque de DP dans les interventions préventives que d'étudier la population générale (Kumar et Oyebode, 2005). Et lors d'un dépistage efficace du risque de DP il convient de considérer les facteurs psychosociaux en plus des symptômes dépressifs;
- d) Les interventions qui révèlent un résultat plus positif sur les mères sont : la thérapie interpersonnelle et la relaxation obtenue par le massage thérapeutique ;
- e) Les différentes méthodes d'intervention évaluées ne permettent pas d'observer des résultats trop concluants en raison du faible nombre de participants, du recours à une étude non randomisée, de la faible participation des femmes ou de la faible rigueur de la méthode de sélection des femmes.

Dans l'ensemble, la plupart des programmes préventifs effectués à ce jour (d'orientation biologique ou non biologique) présentent des résultats peu concluants. Cependant, à l'intérieur des programmes d'orientation non biologique il semble y avoir un peu plus d'espoir car au moins, certaines études montrent un résultat positif. Enfin, malgré les efforts de cette dernière décennie, une stratégie préventive efficace n'a pas encore été identifiée.

Tableau A :

Programmes prénataux d'orientation non biologique et prévention de la DP					
Auteurs	N	Méthodes d'intervention	Type d'étude	Résultats	Limites
Rees, 1995	60	Relaxation	Quasi expérimental	Amélioration à 4 semaines post	Sans groupe de comparaison
Stamp et al, 1995	144	Intervention psychosociale	Étude randomisée	Pas de résultats significatifs	Faible participation
Spinelli, 1997	26	ITP Thérapie Interpersonnelle	Quasi expérimental Pré/post test	Amélioration à 3 mois P< 0,001	Sans groupe témoin, faible échantillon
Buist et al, 1999	44	Psychoéducatif	Quasi expérimental	Pas de résultats significatifs (0/20 vs 0/16)	Sans groupe de comparaison
Elliot et al, 2000	99	Cours prénatal et postnatal	Quasi expérimental	Amélioration 9/47 vs 19/51 RR:0,51 (0,26-1,02)	Sans groupe de comparaison
Waldenström et al, 2000	1000	Soins prénatals et au moment d'accoucher	Quasi expérimental	Pas résultats sig. 51/333 vs 46/285	Utilise groupe témoin sans un choix au hasard
Brugha et al, 2000	209	Programme psychoéducatif	Étude randomisée au moyen informatique An. Intention to treat	Pas résultats significatifs (24/94 vs 21/96)	Faible participation séances (45%)
Hayes et al, 2001	206	Programme Psychoéducatif	Étude randomisée au moyen informatique	Pas de résultats significatifs P= 1	Instrument d'évaluation non adéquat
Zlotnick et al, 2001	37	ITP Thérapie Interpersonnelle	Étude randomisée, étude pilote	11/17 vs 16/18 RR=0,73	Femmes sans conjoint ; méthode de rand. non spéc

<p align="center">Programmes prénataux d'orientation non biologique et prévention de la DP (continuation)</p>					
Saisto et al, 2001	176	Thérapie CBT	Étude randomisée avec enveloppes serrées, Anal. Intention to treat	Pas de résultats significatifs sur la DP L'histoire de DP ↑ risque	Pas focalisé sur la DP. Courte durée de l'intervention
Chabrol et al, 2002	241	Thérapie CBT 1 séance prénatale	Quasi expérimental. Méthode de randomisation faible	EPDS ≥ 11 dans 30,2% vs 48,2% (p=0,006)	Point de césure non adequat. Faible méthode de randomisation
Webster et al, 2003	600	Intervention éducative	Étude randomisée, enveloppes serrées, Anal. intent to treat	Non différences signif. 46/192 vs 50/177 RR=0,85 (0,60-1,20)	Qualité élevée mais sans résultats
Spinelli et Endicott, 2003	38	ITP Thérapie Interpersonnelle	Étude randomisée Femmes à risque	Résultat + 1/8 vs 2/3 P=0,005	Qualité élevée, Faible échant.
Tam et al, 2003	516	Counseling	Étude randomisée	Différence non sig. 26(9,8%) vs 35(14%)	32% femmes refusent
Grote et al, 2004	18	ITP Thérapie interpersonnelle	Pré-test/Post-test, Quasi-expérimental	Différence sig: p<0,001	Faible taille échantillon
Matthey et al, 2004	202	Intervention Psychosociale	Étude randomisée avec 2 groupes C	Meilleure adaptat. à la naissance	Biais de sélection
Field et al, 2004	84	Massages	Étude randomisée	Diminution de : dépression, anxiété, activité fœtale et de prématurité	Qualité élevée
Hayes et Muller, 2004	184	Intervention éducative	Étude randomisée Pré-test/post-test	Diminution de la tendance dépressive, pas dif. entre groupes	Courte durée de l'intervention

<p align="center">Programmes prénataux d'orientation non biologique et prévention de la DP</p> <p align="center">(continuation)</p>					
Zlotnick et al, 2006	99	ITP Thérapie interpersonnelle	Étude randomisée Sél. femmes à risque	Diagnostique DP:20% vs 4%	Qualité Élevée
Muñoz et al, 2007	41	Cours groupe pré et postnatal	Étude randomisée Sélection de femmes à risque	Pas de dif.sig 14,29% vs 25%	Faible participation aux séances
Hegarty et al, 2007	584	Programme d'éducation à la santé	Quasi-experimental:prétest-posttest	Diminution des symptômes 22,3% à 20,6%	Biais de sélection, sans groupe témoin
Austin et al, 2008	277	Thérapie CBT	Étude randomisée, pré/post-test. Intention to treat	Pas de réduction scores EPDS	Participants à faible risque Interv. brève
Vieten et al, 2008	31	Méditation et observation de soi (Mindfulness)	Étude randomisée, pré/post-test	16,2% (7,3) vs 17,2% (7,4) (p=0,06)	Biais dans la sélection, faible échantillon

CBT: Thérapie cognitivo-comportementale

En conclusion, les résultats de l'évaluation de ces interventions non biologiques sont variés mais ne permettent pas de se prononcer en faveur d'une méthode préventive prénatale. La méthodologie utilisée pour prévenir le trouble postnatal devrait être plus élaborée : la période et la durée des séances ainsi que le contenu spécifique de l'intervention préventive sont importants pour déterminer l'efficacité (Stallard, 2001). Les interventions incluant un soutien individuel intensif qui semblent être efficaces pour la prévention de la DP sont peu utilisées. Si l'intervention préventive ne vise pas spécifiquement le soutien social, l'estime de soi et/ou les compétences parentales entre autres variables déjà considérées comme pertinentes pour protéger les sujets, il est difficile d'obtenir un résultat concluant. Entre autres, les interactions entre les facteurs de risque biopsychosocial et les aspects plus individuels des femmes devraient être examinés (Dennis et al, 2004). Enfin, les études randomisées s'utilisent de plus en plus mais parfois le nombre de sujets étudiés n'est pas assez élevé pour permettre de se fier aux résultats.

2.7 Justifications du travail de recherche

Tel que revue en détail dans cette recension des écrits, la DP est un des grands problèmes de santé publique chez les femmes de diverses cultures (Affonso et *al*, 2000), problème dont la priorité est signalée par les aspects suivants :

- a) une prévalence de 12 à 14% (O'Hara et Swain, 1996 ; Ortiz et *al*, soumis) ;
- b) un risque important de chronicité (Cox et *al*, 1993 ; De La Gandara et *al*, 2004) ;
- c) des répercussions sur la santé de la femme, de l'enfant, de la famille (Wisner et Wheeler, 1994 ; Tammentie, 2004 ; Goodman, 2004) et, du tout petit bébé (Diego et *al*, 2005) ;
- d) des répercussions économiques et sociales (Petrou et *al*, 2002).
- e) une difficulté dans la reconnaissance du problème de la part des femmes (symptômes niés), une faible détection et un faible taux de traitement de la part des professionnels (Seyfried et Marcus, 2003 ; Hanna et *al*, 2004 ; Riguetti-Veltema et *al*, 2006).

La dépression postnatale est devenue trop souvent un problème caché ou nié car non reconnu par les femmes, par leurs conjoints, et encore pire, faiblement considéré par les professionnels de la santé (Wickberg-Johansson et *al*, 1996 ; Bâgedahl-Strindlund et Monsen, 1998; Seimyr et *al*, 2004 ; Hanna et *al*, 2004). D'ailleurs, très souvent cette dépression maternelle n'est pas diagnostiquée ni traitée (Whitton et *al*, 1996 ; Evins et *al*, 2000 ; Georgiopoulos et *al*, 2001). De nombreuses femmes souffrent d'une symptomatologie dépressive déjà pendant la grossesse mais elles ne reçoivent aucun traitement. En effet, selon une étude effectuée sur 3.472 femmes enceintes, il a été noté que 20% d'entre elles avaient des symptômes dépressifs importants mais, seulement 13,8% ont reçu un traitement où une aide quelconque (Marcus et *al*, 2004).

Un grand nombre de femmes enceintes montrent des problèmes de santé mentale qui méritent d'être soignés. En accord avec le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'American Psychiatric Association (2000), Harvey et Pun (2007)

constatent que 36,5% des femmes enceintes ont un trouble d'adaptation, 13% ont une dépression majeure, 10% ont une dysthymie, 8% ont un trouble dépressif récurrent, 2% ont un trouble de stress post-traumatique et 2% ont un trouble du type personnalité borderline. Seulement, 12% des femmes évaluées ne présentaient aucun trouble psychiatrique. L'évaluation avec l'échelle EPDS a permis d'identifier les femmes à risque de dépression pour les référer ensuite au professionnel de la santé mentale qui, au moyen d'une entrevue clinique a constaté les faits suivants : les femmes diagnostiquées de dépression ont été identifiées avec un score moyen de l'EPDS de 15,4 alors que, le score moyen des femmes avec un trouble d'adaptation était de 17,2. Plusieurs femmes ayant une dépression modérée, une dépression récurrente, ou un trouble mixte d'anxiété et de dépression ont été identifiées grâce à l'utilisation de l'échelle EPDS (Harvey et Pun, 2007).

Nous faisons face à un élément de la santé des mères pouvant se manifester à partir d'une symptomatologie mineure, parfois avec rémission spontanée mais pouvant mener souvent à une situation de chronicité. Et, ce sont les dépressions persistantes qui affectent le plus les enfants des mères affectées (Murray, 1992 ; Brennan et *al*, 2000 ; Kurstjens and Wolke, 2001). Heureusement, les cas de symptomatologie dépressive majeure sont moins fréquents. En effet, dans une étude de n= 3472 femmes, Marcus et *al* (2004) notent 28% de cas de dépression majeure comparés à 42% de cas de dépression mineure. Parmi les cas les plus graves, certaines femmes en arrivent à une situation de danger faute d'une reconnaissance et d'un traitement psychiatrique approprié (Spinelli, 2004). Et, parmi toutes les mères, les femmes défavorisées présentent des taux de prévalence plus élevés de DP (Glasser et *al*, 1998 ; Cryan et *al*, 2001). Or, elles sont rarement recrutées dans les programmes de prévention et de traitement car elles fréquentent moins les lieux de soins.

Il est connu que certains problèmes de santé mentale trouvent une amélioration considérable dans leur évolution grâce à une détection précoce. En conséquence, le plan de santé catalan propose d'orienter les actions vers la prévention, surtout en cas de risque

(Plan de santé, 1998)¹. Et cela, autant chez les adultes que chez les enfants (Plan de santé, 1998)². Comme tout problème de santé mentale, la dépression postnatale devrait être une des priorités de travail des Plans de santé des pays occidentaux. Par exemple, en Catalogne (Espagne), lieu de mise en œuvre du présent travail de recherche, la santé mentale figure parmi les priorités du plan provincial de santé depuis 1996, et surtout en ce qui concerne la prévention. Le plan de santé catalan montre que la notion de suivi intégral en soins de santé est et continue d'être encore peu développée ; c'est pourquoi, elle doit être mise en avant (Plan de santé 1998, 2000, 2002, 2004).

En parallèle, le conseil international des infirmières (CIE, 1997) et les commissions d'infirmières pour la recherche proposent de travailler sur trois priorités, dont deux d'entre elles sont : la santé mère-enfant et la santé mentale (REUNI, 1997 ; Pape, 2003).

Ainsi que cela apparaît dans la recension des écrits, le développement et l'adaptation sociale de l'enfant sont influencés par l'état émotionnel de sa mère. Donc, il s'avère important de prendre soin des mères. En effet, nous faisons face à une étude qui touche la santé mentale de la mère et par ricochet, la santé du bébé. Cette étude implique principalement les infirmières des unités de santé mère-enfant, unités qui travaillent avec les femmes pendant la grossesse. Cette période est une opportunité pour faire la détection et la prévention des groupes à risque, actions pouvant diminuer le coût des soins. En effet, le problème de la DP implique des coûts pour lesquels la prévention serait justifiée (Petrou et *al*, 2002). D'autre part, le fait de dépister implique déjà un procès qui permet avancer dans la connaissance du problème. Parmi les femmes à risque destinées à un groupe contrôle d'une étude de prévention, la prévalence de la DP observée varie de 10% à 40%. En effet, un taux de 10% résulte de l'évaluation au moyen de l'EPDS ≥ 12 à 6 mois de la naissance (Stamp et *al*, 1995) ; 15% résulte selon l'évaluation avec l'EPDS ≥ 12 à douze semaines après la naissance (Stamp et *al*, 1995) ; 17% selon l'évaluation avec l'EPDS ≥ 12 à six

¹ Plan de santé catalan, *Objectius i intervencions del Pla de salut en problemes de salut mental ; PLA DE SALUT DE CATALUNYA* 1998-2000, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social p: 373.

² Plan de santé catalan, *ibi*, p: 375.

semaines après la naissance (Stamp et *al*, 1995) ; un pourcentage de 24% résulte de l'évaluation effectuée avec le *Research Diagnostic Criteria* (RDC), le *major depressive disorder* (MDD) et le *Hamilton Rating Scale for Depression* (HAM-D) étudiés par Wisner et *al* (2001) à 17 semaines de la naissance ; le taux de DP est de 33% selon l'étude de Zlotnick et *al* (2001) et finalement, dans l'étude de Elliot et *al* (2000) le taux de DP des femmes du groupe contrôle évaluées à 3 mois après la naissance avec le *Present State Examination* (PSE) est de 39%. Tous ces cas de DP ont été identifiés grâce aux programmes de prévention qui ont effectué une détection précoce pour intervenir avec des femmes à risque.

La détection précoce de la DP s'avère une priorité afin d'augmenter l'accès au traitement pour réduire les conséquences de ce trouble. La prévention de la DP constitue un objectif adéquat pour la santé publique (Boyd et *al*, 2002). L'identification d'une symptomatologie dépressive chez les femmes à l'aide de l'échelle EPDS ou de tout autre instrument validé est de plus en plus utilisée lorsque le problème existe. Toutefois, le dépistage du risque avant que le trouble ne se manifeste est moins exploré. Et pourtant, à ce jour il existe plusieurs échelles pour déceler le risque de souffrir d'une DP (Appleby et *al*, 1994 ; Cooper et *al*, 1996 ; Beck, 1998b ; Jacquemain et *al*, 2000 ; Rigueti-Veltema et *al*, 2006) or, ces instruments sont moins souvent utilisés. Les plus importants facteurs de risque de la DP peuvent être identifiés pendant la grossesse et les études de prévention qui effectuent une détection précoce du risque de DP avant d'intervenir suggèrent que le dépistage est effectif (O'Hara et Gorman, 2004). Ce sont là des éléments qui justifient une priorité d'étude pour un problème fréquent, une morbidité importante dont les coûts sont considérables. De plus, il s'agit d'une population de personnes souffrantes sans être identifiées ni traitées. Et, malheureusement, en l'absence d'un critère diagnostique formel, il y a des traitements parfois inadéquats qui méconnaissent la réalité ou la gravité de certains cas.

Dans plusieurs Centres de santé, la fonction de reconnaissance et de mise en place d'un traitement de la dépression des mères appartient aux psychiatres. Cependant, ils n'ont pas

de contact direct avec les femmes, à l'exception des grands hôpitaux et certaines cliniques privées bien équipées (Spinelli, 2004). Toutefois, avant d'arriver à se développer, les troubles postnataux peuvent être prédits, identifiés et abordés par d'autres professionnels non psychiatres. Il suffit de disposer de programmes à cette fin. Certains auteurs ont montré un impact favorable de leur programme sur la diminution de la symptomatologie dépressive postnatale (Elliott et al, 2000; Zlotnick et al, 2001; Zlotnick et al, 2006 ; Field et al, 2004 ; Urizar et al, 2004). D'autres études ont échoué dans leur objectif de prévenir ce problème (Brugha et al, 2000; Hayes et al, 2001). Et, d'autres ont noté un impact favorable de leur programme préventif sur l'estime de soi des mères (Matthey et al, 2004).

Enfin, à ce jour les programmes de prévention sur la dépression postnatale nécessitent d'avancer, d'améliorer leur méthodologie (Dennis, 2005) et les interventions prénatales doivent tenir compte des besoins des deux parents (Polomeno, 1999 et Polomeno, 2000). Il a été noté que les parents sont des personnes actives qui, en cas de risque psychosocial, préfèrent la discussion au traitement d'un cours traditionnel ; la participation du père avec des messages directs sur son rôle; des activités qui suscitent la communication et l'entraînement pour développer des capacités liées au parentage ; ils souhaitent des thèmes relatifs à l'enfant : soins, besoins du bébé, alimentation, pleurs, adaptation du conjoint et de la fratrie ou allaitement ; enfin, ils souhaitent parler des besoins psychoaffectifs du post-partum tel que constaté par l'étude de Bélanger (1997).

C'est afin de tenir compte de besoins moins identifiés chez des parents de milieux défavorisés, des pères, des aspects plus particuliers concernant la dépression postnatale, ainsi que des orientations de la santé publique que nous avons décidé de faire cette étude. Une étude qui s'intègre dans un programme de périnatalité nationale plutôt qu'un programme spécifique du trouble postnatal. Le partage entre parents qui se préparent à la naissance semble moins menaçant que d'autres interventions thérapeutiques auxquelles échappent les personnes plus à risque. Tout au moins, ce travail s'intéressera de près aux parents et au bébé.

Chapitre III

Le cadre théorique

L'étude de différentes théories sur la dépression nous a permis d'avoir une idée résumée facilitant l'écriture du présent chapitre. L'élaboration d'un article à l'appui de ces théories et des conclusions effectuées tout en comparant notre perspective psychosomatique de la dépression postnatale aux théories connues fait partie de cette thèse. Le lecteur curieux de connaître plus en détail les éléments de ce cadre théorique est invité à lire l'article présenté à l'Annexe 1.

La recension des écrits concernant les facteurs associés à la dépression postnatale nous conduit à l'idée d'un problème résultant d'interactions entre des variables de différentes origines. Le présent travail se limite à l'étude de la symptomatologie dépressive sans entrer dans le diagnostic de dépression ; cependant, pour l'intervention et la recherche proposées nous nous sommes orientés vers la prise en considération de différents facteurs de vulnérabilité à la DP. Des liens avec le stress et avec l'approche psychosomatique seront expliqués plus loin.

Une femme dont la situation comprend des facteurs de vulnérabilité est à risque de DP mais, elle peut développer ou non des symptômes dépressifs ; par exemple, elle est moins à risque si sa situation comprend des facteurs de protection. Des variables de protection telles que le soutien social peuvent diminuer l'impact du stress sur la symptomatologie dépressive chez certaines femmes, surtout si cette vulnérabilité est la conséquence d'un stress psychosocial. À cela il faut ajouter la vulnérabilité de type cognitif considérée comme plus fréquente chez les femmes. Au départ, le choix du modèle dit « *diathesis stress* » (Abramson et al, 1988, Alloy et al, 1988) semblait bien adéquat pour comprendre ces aspects psychosociaux du problème. Cependant, au fur et à mesure de la progression du présent projet, les études publiées ont actualisé nos connaissances. À ce jour, il paraît finalement que le modèle dit « *cognitive Vulnerability-Transactional Stress* » (Hankin et Abramson, 2001) est plus près de notre conception du problème. Cette théorie et le modèle qui y est associé permettent d'aboutir à une conception de la symptomatologie dépressive vue comme la réponse possible de nombreuses mères face à l'existence d'événements

stressants dans leur contexte. Voici la formulation du problème telle qu'elle sera développée dans la présente étude.

Si, pour la définition de la DP, on s'inspire de celle des modèles médical et social, la vulnérabilité à la dépression postnatale serait attribuable au fait d'être femme, célibataire, sans partenaire, à faible ou sans revenu, mais ayant surtout des antécédents psychiatriques. Ces facteurs de vulnérabilité expliqueraient le problème pour un certain nombre de cas. Cependant, en est-il ainsi pour tous les cas, en particulier pour les cas n'ayant pas d'antécédents psychiatriques?

Dans le modèle biopsychosocial, la vulnérabilité est constituée d'éléments biologiques, génétiques, biographiques ainsi que psychosociaux. Les déterminants sociaux jouent un rôle dans l'évolution du trouble, par la survenue du stress surajouté et la persistance de difficultés (Hayes et *al*, 2000). Les variables biologiques et psychosociales interagissent pour aboutir à la vulnérabilité. Cette vision biopsychosociale semble pertinente pour la compréhension de la DP, bien qu'elle apparaisse complexe et qu'elle ait été peu développée à ce jour. Il s'avère important toutefois de promouvoir la vision biopsychosociale du problème postnatal et de faire le lien en même temps avec l'adaptation du modèle alliant vulnérabilité et stress.

Le modèle cognitif « *Vulnerability-Transactional Stress Depression Model* » (schéma 1, p. 93) explique que, en général, les événements négatifs contribuent à l'augmentation des affects négatifs mais ceux-ci diffèrent de l'humeur dépressive. Cependant, des facteurs cognitifs génériques de vulnérabilité peuvent accentuer ces affects négatifs pour favoriser finalement le risque de dépression. Ce risque serait expliqué par trois éléments: genre, soutien social et, stress. En effet, la vulnérabilité au stress semble être déjà plus élevée chez les filles, celles-ci ayant plus de facteurs de risque, facteurs affectés par l'environnement social tels que les ont expliqués Hankin et Abramson (2001).

Selon la théorie du genre, la femme a des besoins particuliers, par exemple des besoins d'affiliation et de relations interpersonnelles ; ces besoins comportent parfois un risque face à des événements négatifs pour elle ; c'est une des raisons qui la rend plus à risque de dépression. Une autre raison est le soutien social; étant donné que les besoins d'interaction et d'affiliation sont apparemment particuliers chez la femme, il est nécessaire pour elle d'obtenir le soutien provenant de ces interactions (Hankin et Abramson, 2001). Des besoins non comblés d'interaction et de soutien seraient accompagnés d'une humeur dépressive chez la nouvelle mère. D'autre part, il est connu que des facteurs de stress présents à la naissance (changements, pertes, maladie de la mère ou du bébé, maladie du père, appartenance à un milieu défavorisé,...) et vécus en l'absence de soutien font augmenter le risque de dépression.

L'approche psychosomatique sert à expliquer une dépression résultant de certains processus de réaction excessive. Ces processus sont parfois associés à une anxiété traumatique qui apparaît quand la fonction des systèmes organiques devient perturbée parce qu'elle excède les limites de la santé. Certains processus homéostatiques cherchent à contrebalancer les défenses d'urgence pour maintenir l'équilibre de l'organisme et servent de manœuvre défensive pour faire face aux réponses trop intenses (Grinker, 1956).

Face à une menace ou une situation adverse avérée, les mécanismes habituels de réponse se verront réduits chez la femme mère. Le caractère aversif d'un événement négatif provoque un vécu malheureux chez la femme. Ce vécu peut être si aigu qu'elle peut même souhaiter arrêter sa grossesse. Dans cette hypothèse, imaginons la femme enceinte face à une situation d'adversité comportant un facteur de stress. La réponse à ce stress sera problématique car elle ne pourra fuir ni la grossesse ni le bébé; en effet si elle le faisait, elle serait condamnée socialement et moralement; et d'autre part, elle pourrait difficilement avoir une attitude agressive. Par contre, dans certains groupes sociaux, il est fréquent d'observer de la part des hommes soit l'abandon, soit la violence envers les femmes pendant leur grossesse ou après la naissance de leur enfant; ce sont probablement chez eux

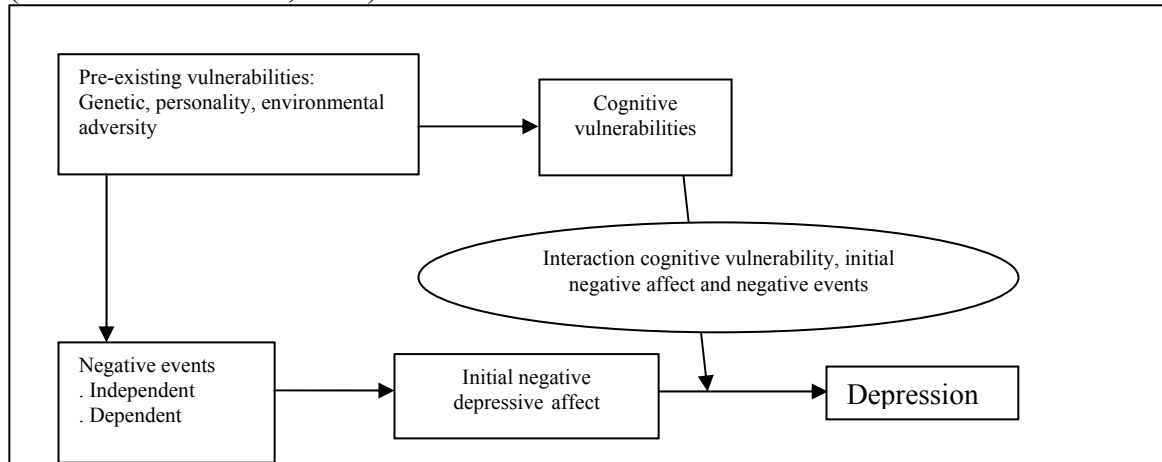
des réactions au stress, de se sentir menacés, par exemple de perdre leur liberté (menace physique ou menace psychique qui est typique des troubles d'anxiété). En fait, si pendant la période de grossesse apparaît une situation de perte d'équilibre dans la relation du couple, l'homme pourra partir, pour fuir la relation conjugale et même fuir le bébé. Comment imaginer la réponse de la femme connaissant la norme sociale d'un tel comportement? L'avortement est condamné par plusieurs cultures. Ce n'est pas une différence génétique entre l'homme ou la femme, c'est plutôt une différence générique qui permet à l'homme les trois réponses possibles face au stress en toute situation hypothétique (réponse agressive, fuite ou inhibition de l'action)³. C'est ainsi que la femme pourra somatiser, c'est-à-dire, exprimer par son corps les conséquences de cette inhibition pour faire face à une situation traumatique.

Selon Hankin & Abramson (2001), l'affectivité négative augmente lorsque survient un événement négatif. Cependant, il est à noter que quand l'on peut soit fuir soit agresser pour faire face à un événement négatif, il est possible que cette affectivité négative soit modifiée quand l'événement est évité ou surmonté. En l'absence de fuite ou d'agressivité, l'affectivité négative intervient du fait de l'inhibition de l'action. Enfin, le modèle « *Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Depression* » postule que la vulnérabilité, causée par des facteurs génétiques, des troubles de personnalité et par un environnement hostile, entraîne une vulnérabilité cognitive. Cette dernière occasionne par ailleurs d'autres événements négatifs impliquant des affects négatifs qui augmentent le risque de dépression.

³ ...La situation agressive engendre deux types de comportements de réponse : la réponse agressive ou la fuite. Chacune est préparée par une réaction organique qui permettra la mise en œuvre des moyens biologiques de l'action. C'est la réponse hypophyso-surrénalienne avec son prolongement cardiovasculaire et métabolique... (*La réaction d'adaptation*) Selye et Bensabat « Le stress ». Hachette, Paris, 1980.

L'inhibition de l'action est la troisième option, il s'agit de l'impossibilité de mettre en œuvre une action efficace pour se soustraire à l'action de l'agent agressif. Le système nerveux se souvient des actions inefficaces ou douloureuses ainsi que des actions punies par la culture sociale. Le stress continu facilite l'apprentissage de l'inefficacité de l'action. Laborit H : « L'inhibition de l'action » Ed. Masson, Paris, 1986

Schéma 1. *Schematic diagram of vulnerability-transactional stress model of depression* (Hankin & Abramson, 2001). Schéma du modèle de stress de vulnérabilité transactionnelle



Dans le modèle original dit « *vulnerability stress* », la vulnérabilité cognitive exerçait un rôle médiateur entre l'événement négatif et la dépression à la première étape de l'enfance ; plus tard, dans une autre période, cette vulnérabilité devenait plutôt un modérateur entre l'événement négatif et la dépression. D'autre part, le second modèle dit *vulnerability-transactional stress* proposé par Hankin & Abramson (2001) postule une idée différente. Pour ces auteurs, la dépression développée après l'enfance est opposée aux épisodes d'anxiété qui se produisent avant; il s'agit du résultat d'une vulnérabilité cognitive à la dépression, spécifique et consolidée. Plus tard, cette vulnérabilité cognitive deviendrait active lorsque l'enfant sera développé au niveau cognitif.

Hankin & Abramson (2001) ont intégré les découvertes de la recherche sur la dépression et le genre, pour articuler une théorie cognitive de la dépression de vulnérabilité transactionnelle. Il s'agit d'une théorie pouvant expliquer le développement des différences de genre dans la dépression. Les objectifs de cette théorie sont: intégrer les découvertes procédant de différentes lignes de recherche sur la dépression (ex. : cognitive, interpersonnelle, de genre...), offrir un modèle capable d'expliquer la vulnérabilité à la dépression au cours de la vie et, expliquer les mécanismes particuliers qui participent à l'émergence de la différence de genre dans la dépression.

En outre, Hankin & Abramson (2001) expliquent qu'il est nécessaire d'incorporer l'affect négatif initial comme une composante de la chaîne conduisant à la dépression. De plus, il est important d'adopter une approche interdisciplinaire intégrant les aspects-clés des théories interpersonnelles dans le modèle « vulnerability stress ». Puis il faut faire la différence entre les événements de vie indépendants pour lesquels le sujet n'a pas de contrôle (ex. : mort d'un parent) et les événements dépendants pour lesquels le sujet a sa part de contribution (ex. : pensées, comportements, personnalité).

Il est à noter qu'il y a plus d'expériences dépressives dans les cas d'événements négatifs dépendants que dans les cas d'événements négatifs indépendants. Les sujets générant plus d'événements négatifs dépendants augmentent leurs expériences dépressives avec des événements interpersonnels négatifs (Kendler et *al*, 1999 ; 2002). De plus, tel qu'indiqué par Hammen et Brennan (2002) ces individus présentent plus souvent des épisodes dépressifs, montrent des traits liés à des troubles de personnalité et ils ont plus souvent des parents présentant une pathologie.

Un modèle plus récent est proposé par Ross et *al*. (2004) ; il s'agit d'un modèle biopsychosocial considérant à la fois les variables biologiques et psychosociales conditionnant la santé ou les troubles de l'humeur en périnatalité. Les auteurs de ce modèle ont évalué les interrelations entre deux variables de risque (stress psychosocial et risque biologique) et deux types de symptomatologie : anxiété et dépression. Le stress psychosocial affecterait directement les symptômes de dépression d'une part alors que, les facteurs de risque biologique auraient un effet direct sur les symptômes d'anxiété et de dépression (Ross et *al*, 2004). Le risque biologique fut identifié à partir de la combinaison de différentes variables : antécédents psychiatriques personnels, antécédents psychiatriques de famille, risque hormonal mesuré par la concentration de cortisol et de progestérone avant et après la naissance et, finalement, antécédents de syndrome prémenstruel avec troubles de l'humeur. Cependant, ce modèle paraît un peu limité, non pas pour l'étude du diagnostic de dépression, mais lors de l'étude de la symptomatologie dépressive postnatale ; celle-ci peut

se présenter sans antécédents psychiatriques personnels ni familiaux, même sans personnalité dépressive. L'intégration d'indicateurs biologiques et psychosociaux, ensemble dans un même modèle, est une idée très intéressante, les deux types d'indicateurs participant d'un tout. Cependant, il est possible d'opter pour une autre manière de présenter la vision biopsychosociale.

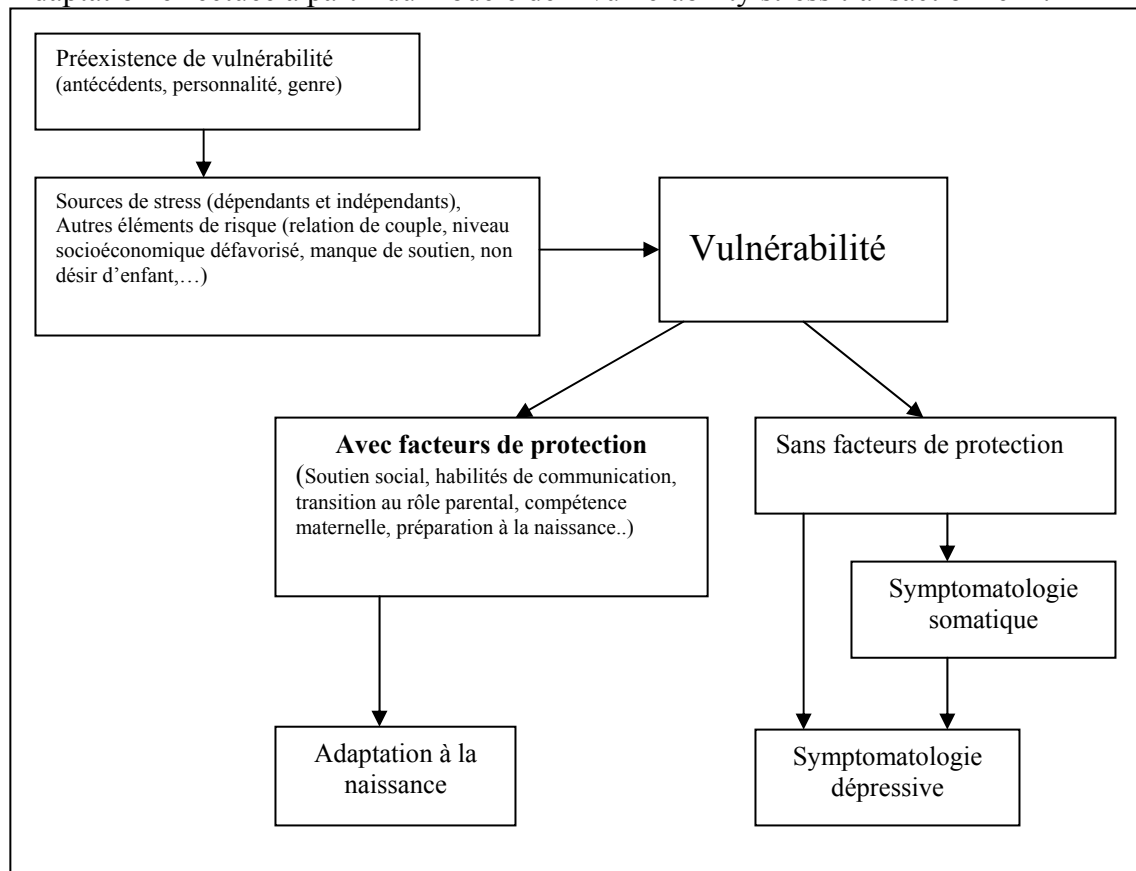
L'individu a deux formes d'environnement, l'un est interne ou biologique; il concerne l'organisme; l'autre est externe ou social et il concerne le psychisme. Le stress psychosocial s'origine au deuxième niveau mais, quand il est chronique ou trop intense, il finit par se manifester par des symptômes somatiques. C'est-à-dire que, en présence d'un stress psychosocial intense, la manifestation de symptômes internes appelés somatiques, serait fréquente. Ces symptômes ont une fonction de signal permettant de faire face au problème. Toutefois, dans une situation dans laquelle les symptômes physiques existent déjà et où, en plus, ils sont interprétés comme normaux, le recours à des symptômes de dépression ne serait-il pas une option alternative permettant d'éviter l'installation d'une pathologie? Si oui, il n'est pas nécessaire de retrouver des antécédents psychiatriques. Autrement dit, certaines femmes auraient une vulnérabilité causée uniquement par des antécédents psychologiques, alors que d'autres deviendraient vulnérables du fait des conditions psychosociales et, enfin, d'autres encore par l'ensemble de problèmes biologiques et psychosociaux.

Selon Halbreich (2005) la vulnérabilité génétique est configurée par les apports de l'environnement externe ou interne. Cette évolution dynamique de la vulnérabilité progresse pendant la grossesse et dans les premières étapes de la vie. Le changement continu sera plus favorable avec des expériences de vie positives. Dans certains périodes du cycle vital, le changement hormonal augmente la vulnérabilité aux troubles. L'évolution de la vulnérabilité peut augmenter quand les états, les épisodes ou les troubles de l'humeur se répètent et qu'il existe des événements socioéconomiques difficiles.

Certaines femmes vulnérables au risque de DP seraient protégées par un environnement favorable et pourraient s'adapter. Mais les femmes vulnérables n'ayant pas de facteurs de protection pourront soit somatiser dans un premier temps et déprimer après, soit présenter directement les symptômes dépressifs. Voici le schéma-2 résultant de l'adaptation du modèle de vulnérabilité transactionnelle construit pour expliquer ces idées.

Schéma 2. Cadre conceptuel de la présente étude

Adaptation effectuée à partir du modèle de « vulnerability stress transactionnel ».



Ce schéma est le résultat du cheminement expliqué dans ce chapitre. Les détails sont présentés dans l'article figurant à l'annexe 1, un travail qui compare les différentes théories de la dépression pour arriver à la conception de ce cadre conceptuel particulier. Un cadre qui est conçu pour cette étude et qui s'explique sommairement de la façon suivante:

- A) La vulnérabilité préexistante nous indique le risque de dépression dans la période précédant la naissance. Les antécédents psychologiques, le rapport de la femme avec sa mère, les idées concernant la naissance sont, entre autres, des éléments inclus dans un questionnaire de détection du risque que nous présentons au chapitre de la méthodologie.
- B) Les événements négatifs, sources de stress pour la femme, mettent en évidence des circonstances probablement suscitées par une vulnérabilité préexistante. En tout cas, ces événements de stress ajoutés à une vulnérabilité préexistante conduisent à une situation de vulnérabilité importante et, par conséquent, de risque de symptomatologie dépressive postnatale. Il est donc important de considérer les événements de stress. En effet, selon Halbreich (2005) la vulnérabilité face aux stimuli externes et internes augmente pendant les périodes de changement ou d'altération dans une des composantes importantes du système. Pendant ces périodes, le moindre stress peut donner des symptômes sévères (Halbreich, 2005). C'est ainsi que la présente étude s'oriente vers une procédure conséquente à ces idées tel qu'il sera détaillé dans la méthodologie du programme d'intervention.
- C) La vulnérabilité à une symptomatologie dépressive peut être vécue en présence d'éléments de protection. Ce sont des facteurs pouvant protéger la femme face à l'humeur dépressive tout en lui procurant l'aide pour s'adapter à la naissance du bébé. C'est pourquoi la variable indépendante de cette étude est une intervention prénatale visant l'adaptation à la naissance telle qu'elle sera expliquée au chapitre suivant.
- D) En l'absence de facteurs de protection, la vulnérabilité conduira à une symptomatologie dépressive. Ou encore, selon la situation personnelle, la femme présenterait plutôt une symptomatologie somatique dans une première étape postnatale. Cette possibilité serait une des raisons expliquant que certains auteurs

constatent des prévalences de dépression postnatale plus élevées quand l'évaluation s'effectue plus tard. C'est-à-dire que, certaines femmes vulnérables peuvent d'abord somatiser après la naissance et présenter ensuite une symptomatologie dépressive quelques semaines plus tard. C'est une option peu explorée à ce jour.

En conclusion, la chaîne conduisant à la dépression comprendrait d'abord une vulnérabilité préalable, accentuée par des circonstances difficiles et ou des événements de stress et, l'absence ou une très faible présence de facteurs de protection pour faire face à la naissance.

Chapitre IV
Le programme expérimental

Le programme prénatal présenté dans cette étude fut conçu par le Dr. Claude-Emile Tourné. Cette préparation à la naissance appelée « préparation des couples à la naissance par une prophylaxie psychosomatique » fonctionne à Perpignan depuis une vingtaine d'années auprès des parents de différentes catégories socioéconomiques. Il ne s'agit pas d'un programme spécifique pour prévenir la symptomatologie dépressive postnatale mais d'un travail pour préparer les parents à la naissance de leur enfant respectant la globalité de cet événement. Il s'agit de donner à la famille un soutien formatif et social permettant de bénéficier du support d'un groupe s'adressant à la fois aux futurs pères et mères. Cette intervention préventive a été développée dans le cadre d'un diplôme universitaire à Perpignan, et elle donne des résultats positifs à l'accouchement (Tourné, 2002). Cependant, les effets de ce programme sur la symptomatologie dépressive postnatale n'ont pas été évalués à date; ils feront donc l'objet de ce travail.

Cette préparation à la naissance est issue d'une conception différente des programmes habituels d'éducation maternelle. Voici les considérations marquant cette différence:

1. C'est une préparation à la naissance^d et non à l'accouchement. L'accouchement n'est qu'un moment de la période de naissance. L'accouchement est évidemment un fait important pour les futurs parents mais il ne constitue pas le thème central des séances.
2. C'est une préparation pour le couple de parents et non pas seulement, une intervention réservée aux femmes.
3. Cette manière de préparer fait appel à la dimension psychosomatique de la naissance et diffère ainsi de la psychoprophylaxie prénatale utilisée habituellement. Cette dernière fut conçue par Lamaze (1953) comme PPO (Psycho Prophylaxie Obstétricale) et elle combinait la relaxation, la respiration et la concentration pour

^d La naissance n'est pas considérée ici comme le moment de la sortie du bébé du ventre de sa mère, mais comme une période du développement global du bébé ainsi qu'une période d'apprentissage à la parentalité.

réduire la perception de douleur à l'aide de la réponse conditionnée aux contractions de l'accouchement.

L'orientation psychosomatique du programme à l'étude consiste à présenter la dynamique de la grossesse et de l'accouchement par rapport à la relation entre le corps et la partie mentale de l'individu, laquelle pourrait expliquer certains symptômes somatiques. D'un point de vue scientifique, les symptômes somatiques sont liés à la réaction totale de l'individu face aux stimuli psychologiques. Il est possible de remédier à ces symptômes à l'aide de traitements psychiques, ce qui explique qu'un trouble puisse être dit psychosomatique (Walker, 1956). Toutefois, il est évident que certains de ces symptômes somatiques résultent d'un trouble organique chez certaines personnes. C'est pourquoi il est important d'en identifier les causes dès l'apparition de certains symptômes intenses ou peu habituels.

Globalement, dans les séances de la présente intervention il s'agit de partager, d'écouter, de répondre aux questions des participants dans un climat détendu. Ce qui arrive parfois en période de grossesse n'a rien à voir avec ce qui était attendu par les parents. Justement, cette forme de préparation à la naissance est l'accompagnement à l'inattendu. Beaucoup de femmes parlent de solitude au cours de la grossesse et de l'accouchement, même si elles sont entourées de soins. La préparation peut servir à faire face à la crainte quelle qu'elle soit. Une souffrance non exprimée peut provoquer une panique. C'est pourquoi cette préparation à la naissance s'intéresse surtout à gérer les difficultés qui peuvent survenir pour chaque participant. Et, à cette fin, la question est plus utilisée que l'affirmation dans la méthode d'intervention des séances de groupe.

Toutefois, pour expliquer en détail ce en quoi cette « préparation à la naissance » diffère de l'éducation maternelle habituelle, et, pourquoi nous l'avons choisie à nos fins de prévention, nous avons besoin de décrire brièvement son origine.

4.1 Les origines des cours d'éducation prénatale

La préparation à l'accouchement (bien connue comme éducation maternelle, « cours pour l'accouchement », etc.) fait partie de l'Ère moderne. Bien que la culture de la grossesse et de l'accouchement a été transmise de génération en génération tout au long de l'évolution humaine, et cela, dans tous les contextes, l'élaboration théorique spécifique à ce sujet est arrivée au même moment que l'Ère industrielle. Une Ère qui éloigne les femmes de leur vocation exclusive à rester au foyer en les impliquant dans le changement des structures familiales, des migrations et de la productivité hors foyer. Les normes et courants culturels modernes ont eu une influence sur l'idée de la douleur à l'accouchement. D'ailleurs cet accouchement douloureux est un fait qui auparavant était considéré normal, intériorisé profondément car annoncé comme une condamnation morale « ... *tu accoucheras dans la douleur ...* »^e

Le concept d'asepsie et, plus tard, dans une autre période, la mise en œuvre d'instruments pour intervenir pendant l'accouchement (vacuum, forceps, spatules,...) ont influé progressivement sur cette idée de douleur sans issue. En 1847 James J. Simpson utilise l'éther en gynécologie^f. Et, en 1853 John Snow utilise l'anesthésie pour assister la reine Victoria d'Angleterre (Aguirre de Cárcer, 1979). L'évolution continue des techniques d'anesthésie a abouti aujourd'hui à l'utilisation de l'épidurale. C'est ainsi que d'emblée, la douleur de l'accouchement n'est plus une fatalité. Toutefois, cela n'implique pas qu'aucune préparation ne soit nécessaire pour la femme.

La période d'application de méthodes de préparation à la naissance commence avec les théories de Mesmer à Vienne (1734-1815) à propos de l'hypnose et, grâce aux travaux de Pavlov en Russie (1849-1936) concernant le réflexe conditionné (Aguirre de Cárcer, 1979).

^e Genesis, 3; 4: 16 « ...con dolor darás a luz los hijos ... » La Bible, version espagnole révisée, La Santa Biblia, Sociedades Biblicas unidas, 1960.

Puis, en Angleterre, Dick-Read (1955) s'interroge à propos de l'existence de la douleur dans un organisme préparé pour accoucher. Dans sa publication sur l'accouchement naturel, l'auteur expose sa théorie :

« ... *la peur stimulant le système nerveux autonome provoque l'augmentation de tension, fait qui favorise la douleur...* » (Dick-Read, 1955). La définition de l'accouchement en tant que fonction physiologique de l'organisme conduira vers la vision de l'organisme total psychosomatique de Tourné (2002).

En France, un autre gynécologue, Lamaze (1891-1957) est considéré comme le père de la méthode psychoprophylactique. Méthode qui est à la base de la plupart des méthodes de préparation actuelles. Lamaze devient disciple de Pavlov et, étudie ses théories directement en Russie. Puis, il s'installe à Paris, lieu où il s'initie à la kinésiologie, technique qui prescrit des exercices physiques permettant aux femmes la prise de conscience de leur corps, conscience pouvant favoriser le déroulement de l'accouchement. À partir des apprentissages effectués lors des cours de préparation à l'accouchement, la femme peut atteindre un état favorisant la sécrétion équilibrée d'hormones, ocytocine et endorphine. De cette façon, se crée une dynamique utérine adéquate ainsi qu'une sensation facilement supportable (Lamaze, 1953).

C'est à partir des années 60 du 20^{ème} siècle que les changements sociaux de l'époque facilitent la connaissance de techniques orientales et de nouvelles idées qui s'ensuivent. Par exemple, Leboyer (1974) centre son attention sur le bébé au moment de l'accouchement et nous met en garde contre l'impact de l'agressivité provenant des lumières, des sons, des techniques qui entourent l'être humain dans un moment si vulnérable et pourtant, dépourvu d'intimité aux hôpitaux modernes.

^f Tel que cité par Aguirre de Cárcer. Del llamado parto sin dolor a la educación maternal, chapitre XIII. Educación maternal. Madrid, 1979: 181-192.

Aux États-Unis, la méthode Bradley (1917-1998) basée sur des techniques de « coaching » s'applique aux parents qui souhaitent devenir les principaux acteurs de la naissance ; cette méthode favorise la participation du père en salle d'accouchement (Bradley, 1962). En Espagne l'école d'Aguirre de Cárcer (1979) enseigne une méthode propre conçue à partir des idées de Lamaze (1953) et des théories de Caycedo (1969) concernant la sophrologie.

Depuis cette période, peu de changements ont émergé concernant la préparation ou l'éducation maternelle. Les exigences de la société actuelle soumises à l'approche technique et aux valeurs matérielles de la production semblent s'opposer aux objectifs proposés par Lamaze (1953) ou par Leboyer (1974). Toutefois, notre période actuelle nécessite la remise en question des objectifs concernant les soins et la préparation à la naissance. Il est un fait indéniable la grande quantité d'information et de connaissances, parmi lesquelles on trouve celles qui concernent directement la mère, le père, le bébé et son environnement social. Ces connaissances demeurent diluées et secondaires par rapport à l'information sur l'accouchement qui, paradoxalement, ne nécessite pas autant de préparation du fait du recours fréquent à l'anesthésie imposée par certains médecins.

La technique évolue mais les aspects psychosociaux de la naissance demeurent encore peu actualisés. Par exemple, les programmes d'éducation prénatale devraient tenir compte du phénomène de la transition à la maternité-paternité, des difficultés de communication qui se produisent entre les parents et du type de soutien émotionnel offert aux deux partenaires, de même que de la justesse de l'information visant à promouvoir la santé familiale et à favoriser l'intimité chez le couple des parents et à leur assurer ainsi une meilleure sexualité tel que le propose Polomeno (2000). Cependant, peu de programmes ont adopté une approche globale du problème et un devis de recherche longitudinal solidement élaboré et capable d'établir des liens entre la qualité des soins prénataux, les réussites à l'accouchement et le développement de l'enfant (Dragonas et Christodoulou, 1998).

La méthode de préparation de Tourné (2002), considère tout le processus de naissance et implique autant le père que la mère depuis le début. Cette méthode utilise une technique non directive permettant aux participants de construire un modèle conscient très adapté aux besoins individuels et différents de notre environnement actuel. Il s'agit d'une intervention visant la compétence parentale à une période où elle se forme. Pour se faire, l'information se présente ouverte sur un plan obstétrical. Il y a aussi un cadre psychologique mais, il est toujours en arrière plan. Le professionnel responsable des séances s'occupe d'animer les groupes avec un thème précis et adopte une forme de travail stimulant la participation et la direction vers l'expérience actuelle de grossesse de chacun des participants.

Enfin, si d'une part l'efficacité de l'éducation prénatale pour le travail de l'accouchement a été reconnue, l'impact de cet enseignement sur les facteurs émotionnels n'a été que très rarement analysé (Dragonas et Christodoulou, 1998). C'est pourquoi la présente étude propose de vérifier l'impact de l'intervention prénatale « psychosomatique » de Tourné sur la symptomatologie dépressive postnatale.

4.2 Les approches du programme expérimental

Le programme expérimental de la présente étude utilise différentes approches, chacune nécessite d'être assumée dans une proportion similaire et en général, cette proportion représente un tiers de la globalité du programme à l'exception de l'approche psychosomatique qui est présente tout au long du programme. Les approches utilisées sont : l'approche humaniste, l'approche psychosomatique, celui de l'attachement et l'approche cognitive. En plus de ces approches, le programme s'oriente aussi vers la transition au rôle parental et à cette fin, figurent des objectifs spécifiques pour aider les participants dans cette transition.

A) L'approche psychosomatique

Le programme de la présente étude est basé sur une orientation psychosomatique. Cette orientation découle de la conception d'un organisme total dont le corps et le psychisme sont une unité associée ; les pensées, les sentiments et les réactions interagissent dans cette unité. Et, les symptômes somatiques font partie de ces réactions (Walker, 1956).

Le principal danger de se fonder sur une approche essentiellement biologique réside dans une pensée réductionniste qui tend à minimiser l'importance des expériences subjectives des personnes et de leurs réactions. Ne pas tenir compte de ces réactions et les événements extérieurs qui ont contribué à eux est de ne pas comprendre la totalité bio psychosociale dans laquelle la plupart de la psychopathologie se développe. Les événements environnementaux affectent la façon dont les personnes pensent et ressentent, la façon dont ils se sentent a de résultats complexes dans le cadre de leurs répercussions sur les systèmes neurohumoraux et immunologiques. Ces derniers ont à leur tour, des conséquences sur la façon de penser, ressentir, et d'interagir avec d'autres personnes et avec leurs situations de la vie. Cette compréhension est indispensable non seulement pour des troubles de santé mentale. Il est tout aussi pertinent pour l'éventail complet des troubles psychosomatiques et d'ordre purement somatiques aussi (Marmor, 1985).

La tension liée aux évènements source de stress peut être allégée par des activités de relaxation, de respiration et de conscience du corps qui s'effectuent pendant les séances prénatales tel qu'on montré Vieten et Astin (2008). C'est ainsi que le corps détendu et la pensée centrée sur cette détente permettent le repos à la totalité de l'organisme. Par ailleurs, les activités de relaxation ont déjà montré un impact sur la réduction du stress des femmes enceintes (Field et al, 2004). D'autres activités pratiques permettent l'observation du corps des femmes et la compréhension de certaines réactions à partir de l'expérience réelle que chaque personne est amenée à faire. La combinaison de commentaires, dessins, exemples de fables et expérimentation de certains exercices corporels doit permettre aux femmes l'adoption de comportements facilitant un accouchement moins tendu, plus naturel, voir même sans douleur pour certaines. De toute façon, l'appellation « psychosomatique » du

programme prénatal considère tous les aspects somatiques qui peuvent apparaître pendant la grossesse et non seulement la douleur de l'accouchement. À cette fin, les participantes sont amenées à exprimer leurs plaintes somatiques, à trouver la cause possible et à chercher des solutions à partir des informations reçues. De plus, elles sont invitées à augmenter leur niveau de conscience des symptômes et à pratiquer les solutions abordées pendant les séances.

B) L'approche humaniste

L'approche humaniste postule que les personnes sont compétentes, capables et possèdent l'intelligence pour résoudre leur vie ; tous ces potentiels peuvent être cachés et ils émergent quand ils sont reconnus (Rogers, 1977). Normalement, dans les cours prénataux habituels quelqu'un enseigne, informe, donne des conseils pour permettre un apprentissage aux participants, d'où l'appellation de cours. Dans le programme expérimental de la présente étude, la tâche principale de l'animateur du groupe est de poser des questions et de les soulever. Il n'y a pas une direction vers l'apprentissage concret, la non directivité permet aux participants de faire des réflexions et de trouver des réponses personnelles. Pour ce faire, le respect, la compréhension empathique, la congruence, l'authenticité et la spécificité qui forment la base d'une approche humaniste sont essentielles.

Les séances de préparation à la naissance permettent une relation de collaboration entre tous les participants et l'animateur du groupe. Cette collaboration est nécessaire pour faciliter l'émergence du plus positif regard de chaque personne (Rogers, 1977). Pendant les séances, s'exposent des exemples à titre d'invitation adressés aux participants qui exposent à leur tour des expériences similaires ou bien, ils formulent des questions. Les séances de préparation sont marquées d'un grand respect des participants, tous les apports sont écoutés. Ils peuvent poser des questions à tout moment, tout commentaire des participants est bien reçu et jamais jugé ainsi que le suscite une approche humaniste. Cet élément devient spécialement évident aux séances sans thème qui s'organisent à partir des besoins

des participants. C'est justement cette manière de procéder qui facilite la création de liens entre les participants.

C) Une approche d'attachement avec le bébé qui est dans le ventre de la mère

La théorie de l'attachement postule l'importance d'établir un lien principal stable avec une personne significative, ce lien d'attachement permet d'obtenir une sécurité de base lorsqu'il se construit d'une manière favorable. L'attachement se produit à partir de la construction d'une représentation interne de relation (Bowlby, 1969). Il est donc important d'avoir un lien étroit entre les deux parents et entre chacun des parents et l'enfant qui se développe. Les activités pratiques de contact avec le ventre de la mère et certains commentaires concrets qui se répètent au long des séances prénatales visent le lien affectif avec le bébé qui se développe dans le ventre des femmes participantes.

Selon Sloman et *al.* (2003), il existe une interaction entre le système d'attachement et la situation sociale. Des mécanismes fixés par l'attachement en lien avec des comportements sociaux peuvent être à la base de certaines formes de dépression surtout celles associées au stress chronique. Les parents sont la source de la régulation primaire des systèmes de menace et de sécurité pour les enfants ; à leur tour, ces enfants développent des modèles de sécurité ou d'insécurité (Sloman et *al.*, 2003). Les femmes ayant un modèle d'attachement ambivalent présenteraient plus de risque de souffrir d'une dépression postnatale ; chez ces femmes l'association entre dépression prénatale et dépression postnatale est médiatisée par les perceptions de soutien du conjoint. Le bien-être émotionnel des femmes très ambivalentes est en dépendance avec leur perception du mari, surtout si elles perçoivent le conjoint comme irritable (Simpson et *al.*, 2003). Pour toutes ces raisons, l'attachement avec le bébé et l'attachement des conjoints figure parmi les objectifs pertinents dans les séances de préparation à la naissance de la présente étude.

D) Une approche cognitive

La théorie cognitive constitue la dernière approche utilisée dans le programme prénatal à l'étude. Cette théorie postule que les idées et les croyances négatives conditionnent des sentiments négatifs sur soi, le monde et l'avenir. Et ces pensées négatives affectent le comportement de manière à attirer des situations difficiles (Abramson et *al*, 1988 ; Abramson et *al*, 1999 ; Zauszniewski et Rong, 1999 ; Abela et *al*, 2002). L'opinion négative englobe l'estime de soi et procure une faible valorisation personnelle. De ce fait, la personne a des difficultés pour prêter attention à ses compétences (Zauszniewski et Rong, 1999). Pour changer les idées en cause il est nécessaire de les exprimer ; une fois exprimées ces idées peuvent être transformées surtout quand on peut expérimenter la réalité ou la fantaisie des idées. Le travail sur les compétences maternelles prends la place dans le groupe prénatal de rencontres quand les fausses idées donnent lieu à une réalité expérimentée et que les idées et croyances des participants sont partagées en groupe. L'utilisation de la mémoire comme un recours (des commentaires qui se répètent de manière intentionnée pour attirer l'attention), l'expression des idées, l'expérience du moment présent et la compréhension de ce qui se passe au niveau corporel sont des éléments cognitifs utilisés dans les séances. La sage-femme qui anime les séances utilise l'expression verbale qu'elle doit combiner avec des activités plus motrices. De cette façon les parents peuvent échanger et comprendre mieux les informations ainsi que l'indiquent Boyd et al.(1997).

E) Transition au rôle parental

La famille est l'unité de soins primaires pendant le période périnatale, pour cette raison le couple de futurs parents devient l'unité d'intervention en promotion de la santé périnatale. Et un programme de préparation à la naissance implique en soi la promotion de la santé. Les trois membres de la famille : mère, père et enfant sont récepteurs des soins de santé parce que les trois sont affectés par le changement qu'une naissance entraîne. Pour ces raisons le présent programme retient la transition au rôle parental dans les objectifs.

La préparation à la naissance objet d'étude est surtout, une préparation pour les couples. Pendant la période de grossesse et naissance d'un enfant le couple de parents se transforme progressivement d'une dyade à une famille à trois. Cette transformation peut enrichir l'expérience affective du couple mais, il arrive parfois que le couple vit une expérience si difficile qui se termine en séparation ou divorce. C'est pourquoi les programmes de préparation à la naissance peuvent jouer un rôle important aidant les parents à vivre cette transition (Polomeno, 2000).

Un programme périnatal visant une meilleure transition parentale focalise l'intervention sur l'écoute de chacun des partenaires, l'intimité, le soutien entre conjoints et le soutien entre participants (Polomeno, 2000). Le père est très important pour la mère, quand il s'implique avec elle dans le processus de naissance la mère se sent accompagnée et soutenue. Et ainsi que montré dans la récitation des écrits, le soutien du père a une influence sur le bien-être de la femme. Il est donc pertinent que l'intervention prénatale s'adresse aussi au père.

La préparation à la naissance objet de la présente étude se sert de l'approche humaniste, psychosomatique, de l'attachement et de l'approche cognitive pour donner lieu à un environnement le plus favorable possible dans le groupe. Cependant, l'application de ces approches dépend en partie de la femme, du couple et du groupe qui par sa participation module le contenu des séances.

4.3 Objectifs du programme expérimental

Le programme d'intervention prénatale de Tourné (1996) s'applique aux deux parents, avec l'objectif d'aider les participants à développer leurs ressources personnelles pour mieux vivre le processus de préparation à la naissance. Il s'agit d'une intervention de groupe qui prend en considération les apports des participants, apports suscités par des questions précises et par une dynamique non directive. En outre, le contenu de l'intervention de groupe vise à offrir aux participants les éléments d'expérimentation d'un type de sécurité proportionnel à leurs capacités ; cela veut dire que la sécurité psychologique obtenue par les parents est le résultat de leur investissement personnel dans l'acquisition des compétences indispensables à la naissance. De plus, cette préparation est susceptible de leur permettre de faire face au nouveau rôle parental, aux réactions psychosomatiques possibles au cours de la période prénatale et, enfin, d'éviter des complications au moment de la naissance du bébé.

Le but du groupe de rencontres est de **faire de la naissance un événement heureux, social et normal malgré des circonstances potentiellement difficiles de risque, tout en espérant que cette approche contribue à atténuer les réactions maternelles de type dépressif.**

4.3.1 Objectif général de la « préparation psychosomatique à la naissance » dans le contexte du groupe expérimental utilisé dans la présente étude

- Expérimenter dans un cadre observable et mesurable, une série de rencontres de groupe visant la diminution de la symptomatologie dépressive chez les mères de niveau socioéconomique défavorisées et identifiées à risque de DP à l'aide d'une orientation psychosomatique de la naissance.

Les couples qui participent au groupe de rencontres de préparation à la naissance, reçoivent un type d'information qui a été identifiée dans les écrits sur les programmes prénatals comme une aide efficace. Ces contenus réfèrent à l'information générale sur le processus de la grossesse et de la naissance, le soutien psychologique et le réseau social, la prise de conscience et le développement des capacités personnelles et la compréhension des difficultés qui se présentent dans la période de transition au rôle parental. Ces éléments sont retenus dans les objectifs spécifiques suivants:

4.2.2 Objectifs spécifiques

a) Favoriser le soutien du couple de parents

- Aider les couples à maintenir, prendre soin, et développer au besoin leur niveau d'intimité conjugale. Un entraînement à certaines attitudes de soutien et à une communication ouverte peut assurer cet objectif. Par exemple, chaque partenaire devra pouvoir identifier des ressources de soutien pour lui-même et pour son partenaire; il devrait reconnaître que les besoins de chacun sont différents et ceci pourra les amener à s'aider mutuellement.

b) Favoriser la transition au rôle parental

- Aider les parents à vivre la naissance d'une façon satisfaisante et aplanir les difficultés liées à la transition au rôle parental. L'intervention viserait à sensibiliser les couples à la transition à la maternité-paternité, à les informer sur le processus normal et universel de changement qui se produit durant cette période, à les amener à développer une attitude responsable vis-à-vis de leur santé et à utiliser les services et les ressources de soins médicaux de façon adéquate.

- Permettre aux participants de faire face au nouveau rôle parental au moyen du soutien social et du soutien formatif. La dynamique non directive facilite l'échange entre participants.
- Souligner l'importance du rôle du père, différent du rôle de mari et ses implications dans le processus de naissance. Objectif qui est proposé par une indication toujours présente aux posters affichés et, abordée spécifiquement à partir de la moitié du programme (séance n.5).

c) Développer le lien d'attachement avec le bébé in utero

- Favoriser un lien d'attachement avec le bébé in utero grâce au contact des parents avec leur bébé à travers la voix, le toucher, la pensée, la visualisation, le dessin. Ceci se fait tout en aidant les parents à percevoir la réponse que le bébé est capable de fournir à travers la paroi abdominale de sa mère.

En effet, une approche affective-tactile sert à réguler le tonus corporel (Veldman, 1986). Le stimulus affectif-tactile favorise la perception de l'enfant et de la mère tout en facilitant un processus d'apprentissage. Ce processus contribuerait au développement moteur de l'enfant in utero. De cette façon, se créent les bases de l'attachement (Veldman, 1986).

d) Normaliser les processus de la naissance

- Stimuler la participation active des acteurs principaux de la naissance tout en facilitant l'accès de la femme à sa maternité, de l'homme à sa paternité et du bébé à son humanité (Tourné, 1996). C'est à partir de l'idée que l'organisme est une entité psychosomatique globale que les parents sont invités à vivre les sensations, les perceptions et les douleurs d'une façon consciente.

- Expliquer l'apparition possible de problèmes pendant tout le processus de grossesse et de naissance. Les parents sont avertis des complications possibles qu'ils sont ainsi en mesure d'éviter ou d'y pallier (ex. : problèmes de circulation sanguine).
- Offrir aux participants des éléments d'expérimentation précis permettant un type de sécurité proportionnel à leurs capacités et ceci, à l'aide de la pratique individuelle à l'intérieur et à l'extérieur des séances (on est plus rassuré lorsqu'on connaît, on connaît mieux ce qui a été expérimenté). L'expérimentation permet de passer du savoir transmis à la connaissance utilisable en pratique.
- Aider les participants à développer leurs ressources personnelles pour mieux vivre le processus de préparation à la naissance ; et cela à l'aide de la dynamique non directive. La notion de responsabilité est soulevée tout au long des séances, notion visant surtout les ressources internes.
- Permettre aux participants de faire face aux réactions psychosomatiques possibles au cours de la période prénatale et postnatale au moyen du soutien formatif[§]. La transmission de l'information est accompagnée de dessins au tableau et d'un film vidéo.
- Promouvoir l'idée d'universalité et d'unicité à la fois ; idées concernant la même situation de préparation sociale pour tous les participants et la singularité des perceptions corporelles différentes pour chaque femme. La normalité et le droit à

[§] Le soutien social réfère normalement à des fonctions d'aide procurées par des personnes significantes. Ces fonctions sont l'aide socio-émotionnelle, l'aide instrumentale et l'aide informative. Le soutien émotionnel concerne les affirmations et les expressions d'affections, d'estime de soi, de soins, de sympathie et d'empathie. Le soutien instrumental fait référence aux actions et aux objets matériels ainsi qu'au partage de responsabilités concernant les activités au foyer, les finances, les obligations professionnelles, les tâches quotidiennes envers les enfants, etc. L'aide formative est facilitée par la communication, par l'avis ou l'orientation facilités à la personne, par l'aide médicale ou par l'assistance permettant l'accès aux soins, etc. (Thoits, 1984).

l'unicité sont mis de l'avant et valorisés en même temps à partir des commentaires des participants.

- Centrer le débat sur l'importance des soins à la mère, telles que la nutrition, le repos ou l'élimination, en comparaison du fonctionnement d'un moteur à combustion. Et ceci, à l'aide de l'information donnée par des dessins et recueillie à partir des questionnements suscités par le groupe des participants. Le soutien informatif et le soutien social sont ici en conjonction.
- Tenir compte du bébé tout au long du processus de préparation à la naissance. Objectif proposé par des questions précises posées aux participants dès la première séance et par la prise de conscience des manifestations du bébé in utero ; manifestations pouvant atteindre chacun des deux parents grâce à l'expérimentation aussi bien au cours des séances qu'en dehors d'elles. Différentes formes de soutien, informatif, social et émotionnel sont bien rejoints ici.

4.4 Description du programme

Le programme habituel de cette préparation particulière est composé de 10 séances de partage en groupe et 7 séances de kinesthésiologie. Cependant, la présente étude ne peut considérer que les dix séances principales pour en faire une intervention adaptée à notre recherche, intervention plus courte et plus concentrée à laquelle s'ajoutent vingt minutes d'activités pratiques par séance. Le programme est donc composé de 10 séances de 2 heures et vingt minutes de durée. Les deux premières séances sont surtout d'exposé et de débat. À partir de la troisième séance les participants ont en plus du débat, environ vingt minutes d'expérimentation en lien avec l'orientation psychosomatique selon le thème du jour. Cette intervention sera décrite en détail dans l'annexe 2.

4.4.1 Structure du programme expérimental

Certains aspects du format du programme expérimental sont susceptibles d'affecter à l'efficacité de l'intervention. Par exemple le nombre ou le contenu des séances, le monitoring, etc. Ces aspects sont mentionnés dans les rubriques suivantes :

Lieu des séances :	salle de cours prénataux de chaque hôpital à l'étude
Nombre de séances :	10 séances en total
Durée des séances :	2 h et 20 mn
Périodicité :	Hebdomadaire
Ressources humaines :	À l'exception des séances des premiers groupes d'intervention prises en charge par le docteur Tourné, les séances étaient animées par une sage-femme. Une deuxième personne intervenait en qualité d'observateur pour le tournage des séances et pour la vérification des absences.

4.4.1.1 Distribution selon la méthode de travail

Les deux premières séances sont différentes car elles introduisent le travail et la méthode, dans ces deux premières rencontres il n'y a pas d'activité pratique. Tout le temps est occupé en utilisant l'approche cognitive et psychosomatique. Par la suite, dans toutes les autres séances le temps s'organise comme il suit : 20 minutes environ pour introduire et faire un rappel des séances précédentes ; 1h 30 pour développer le thème du jour et, 30' pour les exercices ou les activités pratiques. Le temps alloué pour chacune de ces activités varie au fur et à mesure que les séances progressent. L'information prend beaucoup plus de place aux premières séances tandis que la discussion et les exercices pratiques deviennent les activités centrales aux séances finales. Dans certaines séances l'activité pratique se prolonge et prend la place de la communication verbale. Et, pour d'autres séances l'ordre du travail est inversé, la séance débute par l'activité pratique qui est suivie du développement du thème.

Monitoring : Les séances ont été filmées avec l'intention d'effectuer une postérieure évaluation de l'implantation. Ce tournage permet de vérifier la réalisation des objectifs.

De manière globale, le programme prénatal contient 60% d'échange de communication verbale (information et discussion du groupe) tout en facilitant le partage d'idées et les questions des participants, 20% d'exercices pratiques ou d'activités de type motrice et 20% d'autres activités (vidéos, visite dans la salle d'accouchement).

Le contenu de chaque séance est noté dans un cahier de bord de même que les questions et les exemples proposées aux participants, ce qui permet d'assurer que tous les groupes reçoivent la même information. Chaque sage-femme aura rédigé ce cahier au cours de la période de formation. Les objectifs de la séance sont révisés au préalable.

4.5 Couverture du programme

L'application du programme couvre 10 semaines donc 2 mois et demi de grossesse. Pendant cette période les séances sont hebdomadaires. Les participants reçoivent un appel téléphonique entre chaque séance pour prendre des nouvelles au cas où ils auraient manqué la séance précédente et pour confirmer la prochaine.

Comme le programme s'applique entre les semaines 20-26 à 30-36 de grossesse et qu'il est possible d'avoir accepté des femmes avec une date de gestation plus précoce, les naissances se produisent normalement, quelques semaines après la fin de l'intervention. Il est fréquent d'observer que malgré le temps sans aucun contact établi, les participants nous appellent pour annoncer les naissances.

Il s'agit donc d'une couverture limitée dans le temps d'application, l'intervention est très intense et le moment où elle s'applique est également intense et d'une grande sensibilité pour les participants. Les liens qui se produisent à l'intérieur de la brève période de deux mois et demi d'intervention se prolongent au-delà de la naissance dans plusieurs cas.

4.6 Conditions du groupe

- Il s'agit d'un groupe fermé, choisi au hasard à partir des cas à risque. Une fois établie la condition de participant expérimental, les sujets peuvent abandonner le groupe à tout moment ; aucune condition est imposée à ce moment. Cependant, il est très rare d'observer un abandon une fois le programme initié.
- Le conjoint et les enfants du couple sont encouragés à participer.
- Les groupes à l'étude, bien que différents quant à la culture, l'âge et les habitudes, comprennent des couples de classe socioéconomique identique.

- La compréhension du langage utilisé est un pré requis.
- Les femmes du groupe ont environ 20 à 28 semaines de grossesse
- Nombre de participants par groupe : 7 à 9 couples

4.7 Matériel nécessaire

Un tableau

Une camera vidéo

Un projecteur de diapositives

Des chaises

Un matelas étroit pour les exercices au sol

Du matériel de relaxation : oreillers, coussins, couvertures, etc.

Une poupée

Un bassin anatomique

Des posters (les phrases principales des messages sous-jacents sont affichées dans la salle)

Il est essentiel de compter sur un professionnel formé à la méthode. Il est souhaitable d'avoir deux personnes responsables du programme dans la salle : idéalement un homme et une femme. L'un pour assumer la responsabilité de conduire la séance et l'autre pour animer aux moments précis de débat, ou bien pour soutenir le groupe juste en qualité d'observateur.

Chapitre V
La méthodologie

PRÉMISSES ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La revue de la littérature concernant la prévalence et les conséquences de la DP nous a fait constater l'importance de la prévenir chez les femmes à risque, surtout les femmes provenant de milieux défavorisés. La promotion de la santé mentale en périnatalité auprès des familles à risque préoccupe les professionnels effectivement et il s'avère pertinent de trouver une alternative pour les intervenants œuvrant dans ce domaine.

Ainsi l'objectif général de cette étude **est d'évaluer les effets d'un programme prénatal de groupes de rencontre, composé de 10 séances hebdomadaires appliquée dans la présente étude chez des couples de classe sociale moins favorisée dont les femmes sont identifiées comme à risque de DP.**

Cet objectif est formulé dans le but de diminuer la symptomatologie dépressive postnatale des femmes par le biais de la préparation à la naissance, en utilisant l'approche psychosomatique proposée par Tourné.

Objectifs spécifiques

- Conséquences du programme d'intervention chez les femmes

Évaluer et comparer deux groupes de femmes (un groupe expérimental et un groupe témoin) par rapport aux effets du programme prénatal sur les symptômes de dépression postnatale mesurés à partir de la 4^{ème} semaine après l'accouchement avec l'EPDS.

- Apport des variables indépendantes sur la symptomatologie dépressive postnatale

Évaluer la contribution des variables prénatales de risque telles que le soutien social, le stress, la relation du couple, et la symptomatologie dépressive prénatale sur la symptomatologie dépressive postnatale des participantes.

HYPOTHÈSES DE RECHERCHE :

L'étude de la dépression postnatale, de la problématique qu'elle représente, des éléments nécessaires pour sa prévention, et, le choix d'une intervention de groupe nous a conduit à la formulation de l'hypothèse suivante.

Hypothèse à l'étude

Comparées à un groupe de femmes n'ayant pas participé au programme, *les femmes du groupe d'intervention prénatal, composé de dix séances hebdomadaires et basé sur une orientation psychosomatique présenteront au moins, un taux 6% inférieur de cas à risque de DP, une fois évaluées 4 semaines après leur accouchement avec l'échelle EPDS au point de césure ≥ 12 .*

5.1 Méthodologie de l'étude

Le développement de ce travail prend en compte les connaissances sur les facteurs de risque de la DP, l'étude des articles portant sur l'évaluation des interventions préventives de la DP et, utilise l'approche psychosomatique dans l'intervention de groupe proposée par Tourné (1996, 1999). La méthodologie sera détaillée sous les rubriques suivantes:

- Devis de recherche
- Population
- Échantillon et procédures d'échantillonnage
- Recrutement
- Déroulement global de l'étude
- Procédure de collecte des données
- Matériel et méthode
- Considérations éthiques

5.1.1 Devis de recherche

La présente étude évaluative est un essai clinique randomisé fondé sur un protocole expérimental dont les sujets sont répartis de façon aléatoire. Un schéma longitudinal étalé sur une année a permis de suivre les participants dès le premier trimestre de la grossesse et jusqu'au troisième mois postnatal. La validité interne d'une recherche expérimentale est une garantie de l'efficacité de la variable indépendante sur la variable dépendante ; le fait de procéder à la randomisation des sujets permet d'éviter les biais produits par l'influence des variables étudiées (Contandriopoulos et al, 1990) et facilite l'obtention d'une validité interne. C'est pourquoi, il était important d'utiliser un protocole expérimental. Comme toute recherche évaluative adéquate, la présente étude utilise une méthode scientifique pour

formuler un jugement « avant et après » sur l'intervention, pour bien évaluer les effets (Contandriopoulos et al, 1990, p. 21).

Cette recherche a eu comme cible un groupe d'intervention expérimental et un groupe témoin, lequel bénéficiait des services dispensés couramment, à savoir la possibilité de suivre des cours prénataux au choix. L'intervention expérimentale a consisté en la mise en place d'un programme précis de préparation à la naissance. Ce programme, adapté aux besoins d'une population à risque, a été offert comme une option complémentaire aux services de périnatalité. La méthode et le moment d'application du traitement étaient contrôlés par l'investigatrice.

Dans une recherche évaluative différents types d'analyse sont pertinents: l'analyse des effets, du rendement, de la productivité, de l'implantation, de l'intervention ou l'analyse stratégique. Idéalement, l'ensemble de ces analyses serait souhaitable dans une évaluation complète; toutefois, dans la présente étude nous nous limiterons à l'analyse des effets.

5.1.2 Population

Dans le cadre de la présente étude, nous avons choisi d'étudier un échantillon de femmes enceintes présentant des variables associées à la dépression postnatale. Seulement les femmes enceintes présentant un risque de DP ont été retenues ; le risque concernant les variables socio-économiques et psychologiques de vulnérabilité était identifié au moyen d'un outil de dépistage construit et validé par Rigueti-Veltema et al, (2006). De cette façon, les sujets à l'étude sont un nombre prédéterminé de 200 femmes considérées à risque de DP qui effectuent leur suivi de grossesse de l'année 2003 à 2004 dans trois centres

hospitaliers publiques de trois villes soit, deux villes catalanes au Nord de l'Espagne (Barcelone et Figueres) et une ville située au sud de la France (Béziers). Un hôpital central à Barcelone et le seul hôpital de Figueres et de Béziers ont été choisis. Ce sont tous des hôpitaux publics dont l'accès est ouvert aux femmes de toutes les catégories socioéconomiques, parmi lesquelles on trouve surtout de nombreuses femmes immigrées. Ces trois centres ont été choisis en fonction des critères suivants : couverture totale de soins aux sujets de classe défavorisée, disponibilité pour participer à une étude externe, connaissance de l'orientation psychosomatique de préparation à la naissance, acceptation de l'étude et, situation géographique adéquate. L'étude a été refusée par deux autres centres de santé qui n'acceptaient pas des études dirigées par des professionnels externes. L'hôpital de Barcelone a constitué un premier choix en raison de sa réputation en matière de qualité des soins et de disponibilité pour la recherche appliquée. L'hôpital de Figueras (situé dans la province de Gerona près de la frontière française) s'est avéré adéquat à cause, d'une part, de la motivation des sages-femmes face à l'orientation psychosomatique proposée et, d'autre part, du fait que la population desservie est majoritairement immigrante. Enfin, l'hôpital de Béziers, au sud de la France, qui dessert une population très hétérogène, a constitué un précieux apport à notre étude.

5.1.2.1 Sujets à l'étude

- a) Les femmes enceintes de catégorie socioéconomique défavorisée et considérées à risque modéré ou élevé de dépression postnatale qui effectuent leur échographie à l'hôpital de la Maternité de Barcelone, à l'hôpital de Figueres et à l'hôpital de Béziers.
- b) Les conjoints des femmes étudiées. La relation de couple est évaluée chez les deux partenaires.

5.1.2.2 Sélection des sujets

Toutes les femmes répondant aux critères d'inclusion aux périodes et aux endroits précis de recrutement ont été retenues. Et, seules les femmes ayant un risque de DP qui acceptaient de participer à l'étude ont été sélectionnées.

Critères de sélection des sujets

- a) Primipare ou multipare de moins de 3 enfants.
- b) Un revenu familial \leq 30 000 \$Ca, évalué à partir du type d'emploi.
- c) La présence de facteurs de risque de dépression postnatale évalués au premier trimestre de la grossesse (utilisation d'un instrument spécifique de dépistage validé en Europe par Rigueti-Veltéma et al, 2006).
- d) La présence du partenaire parental.

Critères d'exclusion

- a) La présence de toxicomanie au moment de la grossesse*.
- b) La présence d'une psychopathologie maternelle qui obligerait la femme à recevoir des soins psychologiques particuliers au cours de la grossesse*.
- c) La non-compréhension de la langue (espagnole ou française).
- d) L'appartenance à une classe sociale privilégiée

(*) Le problème de toxicomanie et de psychopathologie, qui représente en soi un facteur de risque, pourrait biaiser les résultats de l'étude, sans compter que les femmes affectées de ce problème reçoivent des traitements qui sont également susceptibles de biaiser les résultats.

5.1.2.3 Échantillon

Le sous-ensemble d'individus de la population cible des trois hôpitaux à l'étude est composé d'un nombre déterminé de 220 femmes enceintes et leurs conjoints. La détermination de la taille de l'échantillon à l'étude a été décidée à partir d'une procédure qui est exposée sur les rubriques suivantes.

5.1.2.3.1 Calcul de l'échantillonnage

Nous avons calculé au préalable l'échantillon de femmes nécessaire pour poursuivre cette recherche, de façon à ce qu'il nous soit possible d'en évaluer les résultats avec la puissance statistique souhaitable. Afin d'établir la taille minimale de l'échantillon, nous avons considéré le taux de prévalence de la DP ainsi que la valeur prédictive de l'outil de dépistage du risque de DP (sensibilité et spécificité). Et nous avons fixé les éléments suivants pour un calcul précis de l'échantillon :

- Afin de travailler avec un pourcentage arrondi de la DP nous avons pris en compte le 13% de prévalence indiqué par O'Hara et Swain (1996).
- Nous avons fixé le niveau de signification ($\alpha = 0.05$) soit à 5%. De cette façon nous avons choisi une petite probabilité d'erreur de rejet de l'hypothèse nulle, au cas où elle serait vraie.
- La puissance statistique de 80% ($1-\beta = 0.8$) nous assure que la capacité du test pour rejeter l'hypothèse nulle, au cas qu'elle serait fausse, est élevée.

De cette façon, les résultats sont les suivants :

$$H_0 : p_2 = 0.13$$

$$H_1 : p_2 \leq 0.06$$

Lecture des hypothèses en rapport à trois contrastes:

Premier contraste

Hypothèse nulle : Les sujets du groupe contrôle présentent un taux de DP habituel, soit :

$$p_1 = 0.13$$

Hypothèse alternative : Les sujets du groupe contrôle présentent un taux de DP non habituel, soit : $p_1 \neq 0.13$

Deuxième contraste

Hypothèse nulle : Les sujets du groupe expérimental présentent un taux de DP habituel, soit: $p_2 = 0.13$

Hypothèse alternative : Les sujets du groupe expérimental présentent un taux de DP inférieur à l'habituel, avec un *effet force* assez grand pour être considéré comme cliniquement important, soit : $p_2 = 0.06$

Troisième contraste

Hypothèse nulle : Les sujets du groupe contrôle et du groupe expérimental présentent un taux de DP équivalent, soit $p_2 = p_1$

Hypothèse alternative : Les sujets du groupe expérimental présentent un taux de DP inférieur à celui du groupe contrôle. Les sujets du groupe contrôle présentent un taux de DP supérieur à l'habituel, et cela avec un *effet force* assez grand pour être considéré cliniquement important, $p_2 = 0.06$

En conclusion, dans cette étude, pour un échantillon composé de 200 sujets, la puissance obtenue est de 94%. Et pour un échantillon composé de 150 sujets la puissance obtenue est de 88%. Enfin, pour obtenir une puissance de 80% il faut un échantillon de $n= 119$. Tous ces calculs ont été effectués à l'aide du logiciel statistique PASS.

Toutefois, étant donné la difficulté de cibler toutes les femmes à risque de DP, et d'évaluer correctement les chances de la prévenir, il serait souhaitable que nous atteignons un nombre de femmes plus important. Néanmoins, dans les circonstances présentes, l'investigatrice s'est vue forcée d'adopter un protocole de recherche applicable à un groupe restreint, tel que celui que nous avons calculé, de femmes enceintes considérées comme à risque modéré ou élevé; et ceci, à partir de toute la population des femmes enceintes rencontrées, lors de la première ou deuxième échographie de grossesse. Un nombre limité de participants (pas plus que 10 couples) dans chaque groupe d'intervention apparaît comme essentiel à la qualité de cette recherche. En conséquence, pour respecter ce nombre limite de sujets, nous avons dû effectuer la même intervention à neuf reprises (notons que nous avons supprimé un groupe à cause du trop faible nombre de participants).

5.1.3 Recrutement

La pratique des services de périnatalité à Barcelone se prêtant tout particulièrement à une telle expérience, la poursuite de la présente étude à Barcelone même s'avère pertinente. L'hôpital « La Maternité » reçoit d'ailleurs tous les cas de grossesses à risque d'un grand secteur de la ville. Cet hôpital enregistre entre 2500 à 2800 naissances par an. Un certain nombre de sages-femmes exerçant dans cet hôpital ont reçu une formation axée sur l'approche psychosomatique de la préparation à la naissance de Tourné (1996, 1999) avant

de participer à l'étude. Pour ces dernières, la formation proposée au sein de ce travail constituera un complément aux connaissances déjà acquises.

Quant à l'hôpital de Figueras (900 naissances par an), il se trouve que l'infirmière cadre de l'unité d'obstétrique connaît bien le programme d'intervention objet d'étude grâce à sa propre formation avec le docteur Tourné. En fait, elle a motivé l'équipe de sages-femmes à participer à la présente étude. Il est important de noter que l'hôpital de Figueras dessert une population frontalière qui vit surtout de l'agriculture et du tourisme, importantes sources d'emploi dans la région. Ce fait explique l'accumulation de nouveaux arrivants, de femmes immigrées et aussi de femmes espagnoles de milieu défavorisé. Dans cette province, les services publics et privés cohabitent à 50% et les femmes non défavorisées sont soignées préférentiellement dans les centres privés.

Finalement, l'hôpital de Béziers, situé au Sud de la France a des particularités similaires à l'hôpital de Figueras, quant au volume de naissances provenant de femmes immigrées. De plus, il faut souligner que le chef du service d'obstétrique a mis à notre disposition toutes les facilités de travail. De fait, nous avons reçu un encouragement significatif suite à la présentation du projet aux professionnels de cette maternité. Il nous a même été accordé un financement. Enfin, autant le Dr. Cararach, chef du service d'obstétrique de « La Maternité » à Barcelone, la Dr. Vila, coordinatrice de l'Unité maternelle de l'hôpital de Figueras et le Dr. Leblanc, chef du service d'obstétrique de l'hôpital de Béziers ont fort bien accepté cette recherche touchant un domaine auquel ils portent tous un intérêt particulier. Cette recherche permettra en outre d'élargir un type d'activité professionnelle déjà en pratique dans ces hôpitaux.

5.1.3.1 Distribution du recrutement par Centres à l'étude

Nous avons procédé à un recrutement prospectif et par cohortes à partir d'une population d'environ 50 à 70 femmes enceintes dans chaque cohorte, en fonction des critères de sélection préalablement établis, et cela, au moment de leur première ou deuxième échographie à l'hôpital. Chaque cohorte a permis de regrouper les femmes nécessaires pour former un groupe expérimental et un groupe contrôle en parallèle et distribuées de manière aléatoire respectant le risque de DP. Dans l'ensemble, nous avons approché environ 550 femmes desquelles nous avons retenu pour l'étude 529 (260 à Barcelone, 199 à Figueras et 70 à Béziers) excluant celles n'ayant pas les critères d'inclusion. À la suite de la première entrevue pour compléter le questionnaire de sélection nous avons rejeté 302 cas n'ayant pas obtenu le critère de risque selon le résultat de l'entrevue mentionnée ; le risque est défini par un point de césure ≥ 3 selon l'évaluation de l'entrevue de sélection de Riguetti-Veltema et al (2006). Si les ressources disponibles l'avaient permis, il aurait été souhaitable de garder les femmes sans risque pour étudier la variable facteur de risque prénatal dans le modèle final. Malheureusement, il n'a pas été possible de suivre toutes ces femmes.

Notons que parmi le total de sujets recrutés, un nombre de 227 femmes ont été identifiées à risque. Nous avons perdu par la suite 6 femmes pour les raisons suivantes: 2 cas par avortement spontané ; 3 femmes victimes de violence conjugale dont la participation à l'étude a été refusée par leur conjoint ; et 1 femme qui a quitté la ville et l'hôpital de référence suite à sa première échographie.

C'est ainsi qu'il a été possible d'obtenir un nombre limité de $n=221$ couples, les femmes étant toutes considérées à risque de DP. Enfin, le hasard a permis de choisir les participantes du groupe contrôle et du groupe expérimental à l'intérieur de ces 221 couples, lesquels étaient éligibles au programme d'intervention proposé. La randomisation de ces groupes a eu lieu à partir d'un programme informatique effectué par un statisticien qui n'a

jamais connu les participantes de l'étude étant complètement étranger aux milieux hospitaliers impliqués. La totalité des sujets de cet échantillon final ont été appelés à remplir tous les questionnaires mais les déménagements fréquents ont créé un obstacle ; un grand nombre de questionnaires a été perdu.

Chaque hôpital participant à l'étude a été représenté dans l'échantillon total puisqu'il y a eu une allocation distribuée selon le volume de naissances et selon les possibilités de perdre des sujets : à Barcelone de (100 :10), à Figueras de (100 :22), et à Béziers de (100 :9). L'hôpital de Barcelone ayant 2500 naissances/an nous a fourni un grand nombre de sujets, soit 10%. Puis, à Figueras dont les naissances sont d'environ 900/an et où le risque de perte de participants est élevé, la proportion de participants est de 22%. Finalement, à Béziers les naissances arrivent à environ 900/an et le risque de perte de participants est faible car le fonctionnement des services est très bien structuré et, en général la satisfaction des personnes est élevée, donc nous avons étudié 9%. Cette proportion a été considérée à la période de recrutement, au moment d'établir les groupes par cohorte en sachant que pour former une cohorte il fallait recruter entre 50 à 80 femmes. En fait, la population globale de 529 femmes recrutées initialement représente 12,4 % de la population totale par année des mères des trois maternités étudiées. Le recrutement et la sélection sont exposés dans le tableau ci-joint :

Tableau n.1 Le recrutement
Répartition des sujets selon les trois maternités participantes

Centres	sujets	cohortes
Hôpital de Barcelone	n= 260	5
Hôpital de Figueras	n= 199	3
Hôpital de Béziers	n= 70	1
Recrutement total	n= 529	9

Tableau n.2 : **Sélection selon les critères de risque**

Nombre de sujets rejetés (sans risque)	n= 302	(57,09%)
Nombre de sujets sélectionnés (avec risque)	n= 221	(41,78%)
Nombre de cas perdus (justifiés)	n= 6	(1,13%)
Nombre total de sujets recrutés (N)	n= 529	(100%)

5.1.3.2 Procédure de recrutement des sujets

Afin de faciliter le recrutement de l'échantillon général composé du plus grand nombre possible de femmes enceintes, nous avons abordé les femmes au fur et à mesure qu'elles arrivaient au service de radiologie diagnostique. La procédure employée était la suivante: 1) expliquer l'étude à chaque femme inscrite pour une première ou une deuxième échographie de grossesse; 2) proposer une entrevue dans un bureau à part, mis à la disposition par le service; 3) demander de signer le formulaire de consentement à celles qui ont accepté de participer et à leur conjoint^h; et, 4) compléter le formulaire de dépistage du risque de dépression postnatale dans tous les cas sujets aux critères de sélection. Chacune des femmes intéressées à faire partie de l'échantillon final a été avisée des étapes suivantes.

Tous les questionnaires de dépistage complétés ont été envoyés par colis recommandé à un statisticien de l'Université de Barcelone n'ayant aucun contact avec les hôpitaux. Cette personne analysa les questionnaires de sélection aussitôt remplis, puis, elle distribua pour les femmes évaluées à risque les groupes contrôle et expérimental tout en respectant la proportion de risque pour chaque groupe. Le hasard a réparti ces participantes en deux groupes, un groupe contrôle et un groupe expérimental à partir d'un programme informatisé spécifique appliqué par le statisticien. Il nous a fourni les codes des femmes assignées au groupe contrôle et au groupe expérimental à chaque étape de recrutement. Nous avons pris contact ensuite avec les femmes; nous en avons profité pour faire un rappel des conditions

^h Une copie du formulaire de consentement figure à l'annexe 2.

de notre étude, puis nous les avons informées de leur allocation concernant le groupe, à condition qu'elles répondent toujours aux critères de sélection. Au cours de cet appel téléphonique, elles nous ont indiqué les éventuels changements d'adresse ou autre. Un certain nombre de femmes ont avoué alors un suivi psychologique ou un autre aspect faisant objet d'exclusion à l'étude.

Nous avons commencé le recrutement initial dans des centres de santé de première ligne, à Barcelone. À ce moment là, les sages-femmes avaient reçu les instructions pour passer le test de dépistage pendant la deuxième consultation de grossesse. Nous avons essayé de travailler avec ces professionnelles, de discuter pour perfectionner le fonctionnement pendant huit mois pour n'obtenir qu'un échantillon de sujets jamais suffisant à Barcelone; différentes circonstances ont interféré avec ce recrutement. D'une part, une faible disponibilité des sages-femmes pour faire passer le questionnaire à toutes les femmes; de ce fait seule 1 femme sur 10 était interviewée. Et les femmes à risque n'ont jamais été rejointes car tous les questionnaires analysés en cette période ont indiqué une absence de risque. D'autre part, des difficultés de coordination interne entre les services de périnatalité concernés nous ont fait obstacle (ils avaient d'autres recherches imposées en parallèle, différents horaires, aucune personne externe non engagée ne pouvait faire passer un test, etc.). Finalement, il a fallu opter pour le moment des échographies.

Ainsi le recrutement s'est fait dans le département de radiologie de l'hôpital de référence ; où toutes les échographies sont passées le matin, fait qui simplifiait le travail. Puis, on nous a permis de travailler là. De plus, ce choix nous donnait la possibilité de contacter toutes les femmes car, indépendamment de la condition socioéconomique ou de santé, une « photo » du bébé se fait chez toutes les femmes enceintes. C'est ainsi que le recrutement définitif a démarré en février 2003 à Barcelone pour finir au printemps 2004 à Béziers. Nous avons constitué 10 cohortes avec deux groupes (contrôle et expérimental) de 8 à 12 femmes à risque par groupe d'intervention à chaque fois (16 à 24 femmes/cohorte), pour arriver progressivement au nombre de participantes à risque souhaité. Malheureusement, un des

groupes d'intervention a été éliminé à cause du faible nombre de participants sélectionné. C'est pourquoi le nombre de cohortes a été réduit à 9.

5.1.4 Déroulement global de l'étude

Le travail central de la présente étude s'est développé sur la longue période de quatre ans. Des interruptions à différentes étapes du déroulement ont prolongé le processus. D'abord, à l'étape de la prise de contact avec l'hôpital de Barcelone, nous avons dû attendre pendant six mois la réponse du comité d'éthique ; puis, une période encore plus longue pour obtenir l'autorisation de l'activité à l'hôpital en tant que professionnels invités. Ce document nous assurait une identification absolument nécessaire car nous étions extérieurs au personnel et non engagés par l'hôpital. Des irrégularités administratives non liées à notre étude nous ont fait obstacle avec une attente supérieure à un an pour obtenir ces réponses. Puis, notre première tentative de recrutement dans les centres de première ligne ayant échoué, nous avons été obligés d'annuler les cas recrutés alors et de tout recommencer huit mois plus tard. Il a fallu doubler le temps prévu pour la mise en œuvre car le processus a été très complexe ainsi que nous allons le montrer dans ce chapitre. Nous allons présenter ce processus selon les activités menées à terme. D'abord, le déroulement de la prise de contact avec le milieu et les accords entre les différents niveaux d'implication : directeur d'hôpital, responsable de l'obstétrique, responsable des infirmières, coordinateurs entre services et responsables de recherche enfin, la formation des sages-femmes et les ressources utilisées.

a) Prise de contact avec le milieu

Le projet de cette recherche fut accepté par le comité de thèse à l'Université de Montréal en mai 2001. En juin, nous avons travaillé sur la structure et nous avons effectué les premières demandes de subvention. Et c'est à l'automne 2001 que nous avons donné suite aux formalités nécessaires à la bonne conduite du travail expérimental. Dans un premier temps, nous avons demandé une entrevue avec les responsables des unités d'obstétrique des

centres visés, Barcelone en premier. Ce premier contact nous a permis d'expliquer le projet de façon individuelle mais formelle. Une fois obtenu le consentement des responsables principaux, nous avons présenté le projet au Centre de recherche attaché à l'hôpital de Barcelone et en lien à l'Université du même nom. La réponse des Comités de recherche et d'éthique attachés à l'hôpital de Barcelone nous a facilité la présentation de l'étude à tous les professionnels de l'obstétrique (voir à l'annexe 3 ces lettres). Cette présentation a eu lieu à l'intérieur de leur session clinique. Ainsi, nous l'avons présentée à l'hôpital Maternité de Barcelone, l'hiver 2002; à l'hôpital de Figueras, le printemps 2003 et à l'hôpital de Béziers, l'automne 2003. De plus, nous avons eu des entrevues individuelles avec chaque coordinateur ou responsable des services impliqués à l'étude afin d'assurer l'acceptation de la recherche par tous les professionnels concernés: l'équipe de l'éducation maternelle (ou préparation à la naissance) appartenant à un département différent de celui des échographies, l'équipe de l'obstétrique et le département de psychiatrie, celui-ci étant absolument nécessaire pour cette recherche. Il a donc fallu impliquer tous les professionnels, toutes les équipes et tous les niveaux administratifs affectés par l'étude. C'est pourquoi, cette étape de gestion a été longue et complexe. Cependant, toutes ces démarches ont protégé l'étude contre la possible résistance des professionnels, celle-ci étant souvent causée par la perception de notre demande comme une intrusion menaçante par des étrangers procédant à l'évaluation de la qualité de leur travail.

b) La structure adoptée

Grâce aux échanges avec les professionnels impliqués dans l'étude, nous avons compris qu'il fallait plutôt situer le recrutement aux endroits où se réalisait l'exploration échographique afin d'approcher le plus de sujets possible. Ainsi, toutes les femmes inscrites pour effectuer leur première ou deuxième échographie ont été abordées en salle d'attente sur indication de la secrétaire de l'accueil. Tous les questionnaires de sélection complétés ont été envoyés au statisticien chaque semaine. À son tour, cette personne nous a indiqué les codes des sujets acceptés pour l'étude et le groupe assigné (expérimental ou contrôle).

On a terminé une cohorte de recrutement au moment où le nombre de participants a été suffisant. Cette procédure a été suivie dans chacun des trois hôpitaux.

À la fin de l'entrevue de sélection, chaque femme a reçu les questionnaires du pré-test ; elle a eu le choix de les remplir sur place ou à la maison, à condition de les rapporter lors du rendez-vous suivant. Pour celles qui préféreraient rapporter les questionnaires un autre jour, nous avons placé une boîte à l'accueil et en avons informé la secrétaire du Service. Un contrôle hebdomadaire nous a permis de vérifier le contenu de la boîte et d'appeler les femmes, au besoin, de façon à récupérer les questionnaires manquants. Aucune intervention n'a été faite par la suite auprès des femmes du groupe contrôle. Elles ont reçu les soins habituels de l'hôpital de référence (les mêmes que ceux dispensés aux autres femmes ayant la possibilité de suivre un cours prénatal au choix). Par contre, le groupe expérimental a reçu un appel hebdomadaire entre les séances pour assurer la participation du couple.

Un registre des dates prévues d'accouchement (DPA) nous a permis par la suite, de téléphoner aux femmes des deux groupes (expérimental et contrôle) pour vérifier les naissances et les coordonnées et avertir de l'envoi des questionnaires post-partum. Pour certaines femmes, il a fallu rappeler à plusieurs reprises; les mères ont avoué le manque de temps pour s'asseoir et écrire les réponses. Les questionnaires post-partum furent envoyés par la poste avec une enveloppe timbrée prête au renvoi.

c) La formation de sages-femmes

Nous avons développé un programme de formation à l'intention des sages-femmes participant à l'étude ou intéressées à recevoir de l'information. La formation a d'abord été proposée à toutes les sages-femmes, puis nous avons choisi trois d'entre elles pour assister à des séances d'observation auprès des groupes d'intervention. En fait, elles ont pu observer directement la dynamique du groupe, au moins une fois, pour ensuite animer un groupe. De cette façon, elles pouvaient assurer la suite du travail dans leur propre milieu. Le docteur Tourné a dirigé les deux premiers groupes de l'intervention effectuée à

Barcelone, le premier groupe de celle effectuée à Figueres et, enfin, le seul groupe de l'intervention effectuée à Béziers. Les cinq groupes restants ont été confiés à des sages-femmes formées à cet effet. Dans chaque groupe, la personne en charge a animé toutes les séances. Le programme de formation des sages-femmes figure à l'annexe 4.

d) Les ressources utilisées

L'envergure de ce projet nous a mené à utiliser des ressources matérielles et humaines. Au niveau du matériel, l'Université de Gerona attachée à l'hôpital de Figueras a facilité le soutien logistique de : caméra vidéo, films, photocopies, enveloppes, crayons de couleur, salle de réunion, etc. Puis, nous avons bénéficié d'une bourse pour les déplacements à Barcelone et d'une bourse pour payer les frais des services dispensés par une personne externe, le statisticien. Une copie des bourses obtenues figure en l'annexe 5.

Quant aux ressources humaines, deux sages-femmes participant à l'étude ont veillé à la stratégie d'échantillonnage ainsi qu'au respect du protocole, à Figueras et à Béziers. Nous n'avons pas eu d'aide pour le recrutement à Barcelone. Ensuite, trois sages-femmes formées par le programme mis en place ont collaboré à l'établissement de l'expérimentation dans leur milieu. Elles ont facilité la réalisation de l'étude grâce à leur intervention comme animatrices de groupe. Leur implication fut essentielle à la bonne marche de cette étude ainsi qu'à ses retombées dans les milieux d'intervention. Enfin, Claude-Emile Tourné, médecin en obstétrique et co-directeur de ce travail s'est chargé de la formation des sages-femmes lors d'un cours préalable à l'application de l'expérimentation. Il a également assumé la supervision du programme d'intervention (y compris l'animation directe des premiers groupes) tout en assurant le respect des postulats.

Comme candidate au doctorat, l'investigatrice responsable a assumé l'organisation et la coordination de toute la structure, la passation des questionnaires, la surveillance des présences ou des absences des participants à l'expérimentation, l'enregistrement des

séances par vidéo et les appels hebdomadaires entre séances. De plus, elle a assuré le recueil des données, l'organisation de l'analyse statistique et l'élaboration de tous les documents requis pour la réalisation de cette étude. Finalement, nous avons obtenu la collaboration d'un statisticien pour la première étape de l'étude dont nous avons déjà expliqué la tâche assignée. Un deuxième statisticien s'est chargé du traitement des données.

Schéma n.3 Représentation schématique du déroulement

1) Prise de contact avec le milieu (printemps 2001 au printemps 2002)

- . Présentation du projet
- . Demandes de subvention
- . Gestion d'accréditation

2) Préparation des partenaires et premier essai (mai à décembre, 2002)

- . Recrutement préliminaire et rejeté
- . Formation des sages-femmes à Barcelone

3) Recrutement définitif et intervention (janvier, 2003 à juillet 2004)

- . Janvier/novembre, 2003 (recrutement); avril/décembre (intervention): à Barcelone
- . Sept 2003 à nov. 2004 (recrutement); nov. 2003 à déc. 2004 (intervention): à Figueras
- . Mars/avril, 2004 (recrutement) juin, juillet 2004 (intervention): à Béziers

4) Recueil des données (août 2003 à mars 2005)

- . Questionnaires post test, après la naissance
- . Finalisation des groupes d'intervention

5) Rédaction et mise à jour des connaissances (janvier à décembre 2005)

- . Introduction des données
- . Rédaction du travail

6) Période d'analyse (janvier à novembre 2006)

- . Analyse des données
- . Interprétation des résultats et rédaction des rapports

7) Conclusion (décembre 2006 à juin 2007)

- . Communication des résultats aux centres impliqués
- . Élaboration des conclusions et recommandations

5.1.5 Procédure de collecte des données

Dans un premier temps, nous avons prévu de tenir compte des caractéristiques socioéconomiques, physiologiques et psychologiques ainsi que de la présence de stress et de soutien social de la femme au moment de la grossesse. Pour ce faire, des questions relatives à l'éducation et au niveau socioéconomique des femmes ont été ajoutées à l'instrument de sélection (le questionnaire validé par Rigueti-Veltema et al, 2006). Cette partie de la collecte des données s'est produite à l'hôpital ; après l'entrevue de sélection, les femmes recevaient le reste des questionnaires prénataux pour les compléter sur place. Cependant, un grand nombre de femmes ont apporté ces questionnaires à la maison afin de les rapporter complétés lors de la prochaine visite à l'hôpital.

Les variables soutien social, événements de stress, relation de couple et symptomatologie dépressive furent évaluées à nouveau après la naissance, entre la 4^{ème} et la 12^{ème} semaine postnatale sous la forme autorapportée. Cette fois-ci, les femmes ont reçu les questionnaires par la poste ordinaire et ont utilisé le même système pour les envoyer une fois complétés. Un appel téléphonique a servi pour confirmer les naissances et annoncer l'envoi des questionnaires postnataux. Un cadeau de remerciement accompagnait les questionnaires.

5.1.6 Matériel et méthode

Pour les différentes évaluations effectuées au long de cette étude il a été convenu d'utiliser des instruments avant d'intervenir et après la naissance des enfants. Tous les instruments utilisés étaient validés. Les versions en français et en espagnol figurent à l'annexe ainsi que référée dans la description de chacun. Ce sont les suivants:

- Questionnaire de détection du risque de DP développé et validé par Rigueti-Veltema et al (1998, 2006).
- Échelle développée par Cox et al (1987) et validée par Murray (1990), « *Edinburgh Postnatal Depression Scale* » (EPDS).
- L'échelle d'ajustement dyadique « *Dyadic Adjustment Scale* » est un questionnaire élaboré et validé par Spanier (1976).
- Une version adaptée du « *Functional Social Support Questionnaire* » de Broadhead et al (1988).
- L'évaluation du stress développé par Holmes et Rahe (1967).
- Un questionnaire postnatal pour évaluer la satisfaction des parents quant à l'intervention prénatale qu'ils ont reçue.

L'analyse des données s'est effectuée dans la considération du critère « *intention to treat* ». Certaines femmes assignées au groupe d'intervention n'ont pas participé aux séances prénatales établies parce qu'elles ont fait le choix d'autre cours prénatal. Cependant, elles ont été considérées dans leur groupe d'assignation initiale aux fins d'analyse. L'analyse des données, pour cette étude, a été limitée à analyse quantitative.

5.1.6.1 Définition des variables

La variable dépendante de la présente étude est la symptomatologie dépressive postnatale. La variable indépendante est le programme d'intervention de groupe. La définition opérationnelle des variables à l'étude est exposée dans l'ordre dans lequel chacune des variables s'applique dans la présente étude, avant ou après l'intervention. La définition et les détails de la variable indépendante ont déjà été exposés au chapitre IV.

A) Instruments préalables à l'intervention

La première entrevue a permis d'évaluer la situation générale des parents relativement à l'attente de la naissance du bébé, et ce, à l'aide d'un questionnaire de dépistage du risque de DP et de quatre autres questionnaires se présentant sous forme autoadministrée. Une copie de ces instruments figure à l'annexe 6 ; ils sont les suivants :

5.1.6.1.1 Dépistage du risque de dépression postnatale

Nous avons choisi l'outil développé et validé par Rigueti-Veltema et al (1998, 2006). Il s'agit d'un questionnaire simple formé de 14 questions, dont sept portant sur l'âge, la parité, la nationalité, la scolarité, les relations de la femme avec sa mère, le choix de cours prénatals avec une sage-femme, la perception du vécu de la grossesse actuelle, et finalement sept questions portant sur des symptômes somatiques. Pour ces dernières questions la répondante avait quatre options: beaucoup (3), moyennement (2), un peu (1), non (0), puis, la femme devait cocher celle qui lui correspondait. Ce questionnaire incorpore aussi les antécédents de traitement avec antidépresseurs.

Cet outil a été validé dans une première étape à Genève. Une deuxième étape multi-centre a été poursuivie avec la participation de trois pays : la Suisse, la France et l'Espagne, ayant obtenu une sensibilité de 84,5% et une spécificité de 73%. La possibilité d'obtenir une version espagnole et une version française validées ont déterminé le choix de cet outil. Mais surtout, ce questionnaire est apparu intéressant pour cette étude car il contient d'autres éléments de risque en plus des principaux symptômes dépressifs signalés par l'échelle EPDS ; de ce fait, le nombre de femmes identifiées peut s'élargir. De plus, il peut être appliqué facilement en entrevue par des professionnels non psychiatres. Un système de pondération des questions situe la présence de risque de DP au point de césure ≥ 3 (0 à 9).

Nous avons choisi de sélectionner tous les sujets identifiés à risque ≥ 3 indépendamment du résultat de l'EPDS car ce questionnaire a été construit dans le but de dépister les femmes enceintes à risque de faire une DP. Une copie de cet instrument figure dans l'annexe 7.

5.1.6.1.2 Évaluation de la symptomatologie dépressive

L'échelle développée à Edinburg par Cox et al (1987) et validée par Murray (1990), l'« *Edinburgh Postnatal Depression Scale* » (EPDS) permet une identification rapide de la vulnérabilité à la dépression postnatale chez les femmes au cours des semaines suivant l'accouchement ; la même échelle peut s'appliquer aussi au cours de la grossesse. Cette échelle ne donne pas de diagnostic psychiatrique de dépression ; cependant, un score égal ou supérieur à 12 est fréquemment utilisé pour indiquer un trouble dépressif. C'est un questionnaire auto-rapporté comportant 10 questions auxquelles les auteurs ont alloué un score de 0 à 3. Le score total est coté de 0 à 30. Étant donné que cet instrument, facile d'application, a démontré un degré de sensibilité de 86% et une spécificité de 78%, il est devenu un instrument standard pour diverses recherches dans nombreux pays. En fait, il existe deux versions validées en français ; Des Rivières-Pigeon et al. (2000) ont rédigé la traduction française pour le Québec et Guedenay et al (1995, 1998), pour la France. De plus, Adouard et al (2005) ont validé la même échelle avec femmes à risque. Nous avons obtenu la version espagnole validée par l'équipe de psychiatrie de l'hôpital participant à l'étude à Barcelone (Ascaso et al, 2003). D'ailleurs, cet instrument est déjà utilisé à l'hôpital « Maternité » de Barcelone. Une copie de cette échelle figure dans l'annexe 7.

5.1.6.1.3 Évaluation de la relation de couple

Nous avons choisi à cet effet l'échelle d'ajustement dyadique « *Dyadic Adjustment Scale* ». Ce questionnaire élaboré et validé par Spanier (1976) comprend 32 énoncés représentatifs des différences non assumées du couple, de la satisfaction, de la tension intra et interpersonnelle, de la cohésion et du consensus des partenaires au sujet du fonctionnement de leur couple. Ce questionnaire n'autorise qu'un seul choix de réponse. Le score total oscille entre 0 et 151 points. Plus le résultat est élevé, meilleur est l'ajustement. Les sujets peuvent soit répondre à ce questionnaire au cours d'une entrevue, soit remplir eux-mêmes ce questionnaire, le temps alloué étant de 5 à 10 minutes. Cet instrument est à la fois simple à remplir et facile à corriger. Cet avantage, ajouté au fait que l'échelle mesure les quatre éléments suivants pour chacun des membres du couple, soit le consensus, la satisfaction, la cohésion et l'expression affective, en fait un instrument recherché. Sa validité concomitante a été établie à l'aide du *Short Marital Adjustment* et les corrélations obtenues entre les scores totaux des deux échelles sont de 0.86, 0.88, et 0.96. La fidélité de l'échelle totale est de 0.96, évaluée avec le coefficient *Alpha de Cronbach* (Spanier, 1976). Il a été choisi étant donné qu'il existe une version française (Baillargeon et al, 1986) et une version espagnole (Pérez, 2001) les deux ayant été validées. Il a été complété par les femmes et les hommes participant à l'étude. Une copie de l'instrument figure à l'annexe 7.

5.1.6.1.4 Évaluation du soutien social

La présence d'un soutien social adéquat exerce une protection contre les répercussions du stress tout en exerçant un impact quant aux effets dépressifs. C'est pourquoi cette variable est pertinente dans cette étude. Le soutien social traduit le degré d'aide sociale présente dans l'entourage des participantes étudiées.

Nous avons utilisé une version adaptée du « *Functional Social Support Questionnaire* » de Broadhead et al (1988) ; l'accès à une version espagnole validée et la simplicité de cet outil en ont déterminé le choix. Il s'agit d'une échelle auto-rapportée incluant 11 énoncés qui concernent l'opinion du sujet quant à la relation avec des personnes lui procurant de l'aide instrumentale, sociale et affective. En général ce questionnaire retient deux dimensions du soutien fonctionnel: confidentiel et affectif. Chaque énoncé est évalué sur une échelle de *Likert* graduée de 1 à 5 ; le chiffre 1 représentant l'apport et le chiffre 5, le manque de soutien. Le point de césure se situe à 32. La validité de l'adaptation espagnole de cet instrument fut obtenue par la méthode des groupes extrêmes (Bellón et al, 1996) avec la confirmation des hypothèses formulées. Puis, lors d'une étude espagnole de validité interne menée avec 656 sujets, on a observé une valeur $\alpha = 0,90$ pour le total de l'échelle et 0,88 et 0,79 pour les aspects du soutien confidentiel et soutien affectif (Bellon et al, 1996). Ce questionnaire s'inscrit d'ailleurs dans le protocole mené par l'hôpital de « La Maternité » de Barcelone. Il est donc à la fois bien connu et déjà mis en application. Une copie de cet instrument figure en l'annexe 7.

5.1.6.1.5 Évaluation du stress

Enfin, l'évaluation du stress s'est effectuée au moyen d'un formulaire traitant les événements sources de stress ; cet outil est adapté de celui développé par Holmes et Rahe (1967). L'échelle adaptée retient 43 événements dont le pointage se situe dans l'ordre d'importance supérieure à inférieure et réfère aux changements de vie. Les répondantes doivent encercler les événements responsables du stress qu'elles vivent au moment de répondre, ou bien qu'elles ont vécus au cours des derniers six mois. Il a été constaté que cet instrument sert à prédire le risque de maladie psychiatrique (Guerrero Torre et Fernandez-Argüelles, 1980 ; Civeira et al, 1982) ; plus est grand le nombre d'événements stressants, plus importante est la symptomatologie psychiatrique. Les pertes et les événements

indésirables auraient un rôle précipitant dans la dépression (Guerrero Torre et Fernandez-Argüelles, 1980). L'adaptation espagnole de cette grille (González de Rivera et Morera, 1983) se retrouve également dans le protocole dont nous venons de parler à l'hôpital de Barcelone. De cette façon, notre évaluation s'ajuste à une routine et utilise des instruments validés dans la langue d'application. Une copie de cet instrument figure dans l'annexe 7.

B) Mesures et instruments postérieurs à l'intervention

Nous avons procédé à une deuxième évaluation des participants au cours des 4 à 12 premières semaines suivant la naissance du bébé. À ce stade de l'évaluation, nous avons repris le questionnaire EPDS pour mesurer la symptomatologie dépressive de la mère; l'échelle d'ajustement dyadique, pour vérifier les effets de l'intervention sur la relation du couple et le questionnaire du soutien social pour identifier les changements à ce niveau. De plus, nous avons ajouté une grille de questions portant sur des aspects postnataux non retenus dans les questionnaires antérieurs (santé du bébé à la naissance, prématurité, symptômes somatiques de la mère, implication du père) et, finalement, un questionnaire pour évaluer la satisfaction des parents face à la préparation prénatale.

TABLEAU N. 3: Les mesures d'évaluation

Mesure I (pendant la grossesse)		Mesure II (après la naissance)
<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation du niveau de risque de DP ; • Symptomatologie dépressive; • Relation de couple ; • Soutien social; • Stress 	Application de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Symptomatologie dépressive; • Relation de couple; • Soutien social; • Stress; • Questionnaire postnatal • Évaluation de la satisfaction des parents

Moment de la mesure

Mesure I : entre la 10^e et la 16^e semaine de la grossesse, avant l'intervention.

Mesure II : à partir de la 4^e semaine post-natale. Effet après l'intervention.

5.1.7 Considérations éthiques

Le recrutement des participantes à cette recherche s'est effectué dans le respect des règles déontologiques. Aucune femme n'a été forcée de participer à cette recherche évaluative. Elles ont été avisées qu'elles pouvaient se retirer du projet à tout moment sans préjudice d'aucune sorte. Elles ont eu la garantie de la confidentialité des informations livrées, puis elles ont été assurées que l'utilisation de cette information serait exclusivement pour les

fins de cette recherche et que les résultats seront traités en respectant l'anonymat. Les femmes ont été informées qu'elles pouvaient contacter l'investigatrice ou la coordonnatrice de la recherche (une sage-femme dans chaque centre) pour toute question soulevée par leur participation à l'étude.

Ce projet de recherche a été soumis au Comité d'éthique de l'hôpital « La Maternité » de Barcelone et au Centre de recherche du même hôpital à l'automne de 2001. L'approbation a été reçue en mai 2002 sans corrections, puis transmise au directeur et au co-directeur de recherche ainsi qu'au directeur du programme en sciences biomédicales de l'Université de Montréal, programme duquel relève l'investigatrice. L'autorisation du Comité d'éthique de l'Université de Montréal n'a pas été requise compte tenu de notre situation hors territoire. Cependant, le recrutement a souffert d'un certain retard en raison des formalités administratives inhérentes à notre étude en Espagne. La lettre du Comité d'éthique du Centre de recherche affichée à l'Université Centrale de Barcelone a garanti le travail aux deux Centres de santé catalans (Maternité de Barcelone et hôpital de Figueres). Également, les lettres du Comité d'éthique et du Centre de recherche de Barcelone ont constitué la garantie nous autorisant à poursuivre la recherche à l'hôpital de Béziers.

La formation des sages-femmes était un préalable au recrutement. Or, elle n'a eu lieu qu'après la réponse du Comité d'éthique et du Comité de recherche de Barcelone. Il a été nécessaire d'attendre ces documents car ils étaient la carte d'entrée permettant l'accès à la recherche pratique dans chaque hôpital à l'étude. C'est durant cette période d'attente que nous avons reçu la première subvention.

Chapitre VI

Les résultats

Dans ce chapitre seront présentés les résultats de l'étude de la symptomatologie dépressive avant et après la naissance des femmes suivies à l'hôpital « La Maternité » de Barcelone, à l'hôpital de Figueres au Nord de la Catalogne et à l'hôpital de Béziers, au sud de la France. Etant donné que l'objectif général de cette étude est d'évaluer les effets d'un programme d'intervention préventive de groupes de rencontre appliquée chez des couples de classe socioéconomique défavorisée dont les femmes sont identifiées comme à risque de DP, l'impact de cette intervention sur la symptomatologie dépressive postnatale des femmes est le point principal. Nous présenterons donc un ensemble de données centré sur cette variable principale, le risque de DP identifié à partir de l'entrevue de sélection et la présence de symptômes dépressifs identifiés par l'échelle EPDS. Des analyses complémentaires apporteront une compréhension de ces premiers résultats. Enfin, nous donnerons les conclusions à cette thèse dans l'espoir que ce travail fournira l'information correspondant à cette finalité sans pour autant considérer que nos recherches soient achevées. Toutes les analyses se sont effectuées avec le *Statistic Packet for Social Sciences* (SPSS).

Pour situer les résultats dans le contexte sociodémographique spécifique où ils ont été obtenus il est pertinent de décrire d'abord le milieu dans lequel la collecte des données a eu lieu. Ensuite, nous décrivons la variable condition socio-économique des sujets à l'étude. Nous avons travaillé dans un territoire fortement affecté par l'immigration, aspect qui a sans doute une influence notable sur tous nos résultats. Une fois vus les aspects contextuels, nous évoquerons l'âge, le pays d'origine, le niveau de scolarité, le nombre d'enfants nés (parité) et le nombre de grossesses (gestations) de chaque femme participante à l'étude. Finalement, dans cette partie descriptive seront présentées ensemble, les variables principales: risque de DP détecté à l'étape de sélection à l'aide de l'entrevue validée et symptomatologie dépressive prénatale, évaluée à l'aide de l'échelle EPDS ainsi que toutes les autres variables prénatales : soutien social, stress et relation de couple. Cela permettra d'avoir un portrait complet des participantes.

6.1 Profil sociodémographique

La présente étude a été effectuée dans trois villes différentes quant à leur dimension mais avec un point commun: ce sont des villes habitées par un grand nombre de personnes appartenant à la classe sociale moins favorisée, à la classe ouvrière et à la classe moyenne. Par exemple, Barcelone avec une population de 1.600.000 habitantsⁱ est une ville industrielle avec une offre d'emploi considérable. Et, Figueres avec seulement 38.800 habitants^j offre diverses possibilités d'emploi tant dans le secteur primaire comme dans le secteur des services, secteur nourri par le tourisme. Enfin Béziers, une ville de 69.600 habitants^k est de plus en plus abandonnée par les jeunes français préférant les grandes villes. La ville compte 7,7% d'immigrés identifiés et présente une situation similaire à Figueres quant à la population et les opportunités d'emploi, surtout pendant l'été.

Barcelone est considérée comme la deuxième ville d'Espagne après Madrid, la capitale. Cette ville est baignée par la Méditerranée, au centre d'un dense réseau de communications, décorée par l'art de l'architecture et la peinture et, dotée d'un climat privilégié. Les différentes voies d'accès à Barcelone : par mer, par air, par train ou bien par autoroute facilitent l'entrée permanente d'étrangers de passage (direction au Nord) ou bien, en vue d'obtenir un emploi et d'établir une résidence. C'est pourquoi le nombre d'immigrants augmente vite et très progressivement à Barcelone, fait ayant un impact sur toute l'organisation des services, surtout les services sociaux et de santé, sérieusement affectés par l'augmentation et la complexité de la demande, surtout dans certains secteurs. Cette ville catalane est organisée par secteurs géographiques quant à la distribution des services de santé. Chaque secteur possède un hôpital public de référence parmi lesquels l'hôpital appelé « Maternité de Barcelone », est un des neuf hôpitaux publics. Il fait partie de la « *Corporació sanitària Clínic* » (Corporation de santé Clinique) impliquant différentes

ⁱ Source : idescat, 2007 ; banque de statistiques des villes et régions catalanes

^j Source : idescat, 2007 (ibid).

^k Source : recensement, INSEE, 2007.

spécialités de la médecine, principalement la psychiatrie et l'obstétrique. Ces services d'obstétrique ont d'ailleurs une réputation nationale.

Figueres est la ville principale de l'*Alt Empordà*, une région dotée d'un terrain et d'un climat facilitant la productivité de différents types de fruits et de légumes presque toute l'année. L'agriculture, l'apiculture, la pisciculture et l'élevage (ex.: poules, cochons, lapins, moutons, vaches) occupent beaucoup de travailleurs; et l'emploi temporaire fourni par le tourisme procure une activité à d'autres personnes. L'hôpital de Figueres est le seul hôpital public de la région *Alt Empordà*, une région composée de 118.950 habitants, desquels 18,7% sont des immigrants¹. La plupart des immigrants et des espagnols non catalans installés à Figueres appartiennent à la classe ouvrière; ils habitent dans les petits villages de la région où le logement est moins cher et, en plus, l'accès au marché du travail est plus facile grâce à l'agriculture et au tourisme. Leur problème est cependant le déplacement, qui est faiblement assuré par des services de bus très limités et chers. Les visites à l'hôpital sont parfois sujettes à la difficulté que représente le déplacement ; fait qui favorise un certain « lâcher prise » des gens qui habitent en dehors de la ville. Enfin, il est connu que les personnes étrangères au pays, qui découvrent le fonctionnement des services de santé aussi « étrange » et peu accessible, utilisent peu ou moins ces services et participent aux études très difficilement. Nous avons eu des surprises à cet égard.

Quant à l'hôpital de Béziers, il dessert la population de la région formée par l'arrondissement de Béziers-Saint-Pons, région composée de 255.700 habitants^m. Le nombre total de naissances à Béziers a été de 2695 en 2005 dont 1400 ont eu lieu à l'hôpital, et le reste en clinique privée. Indépendamment de la condition socioéconomique, les personnes logent un peu partout, en ville, en banlieue ou dans les villages de la région. Le climat méditerranéen de cette région favorise la vie à l'extérieur presque toute l'année, fait qui protège les gens de l'isolement social. De plus, le réseau des services sociaux et de

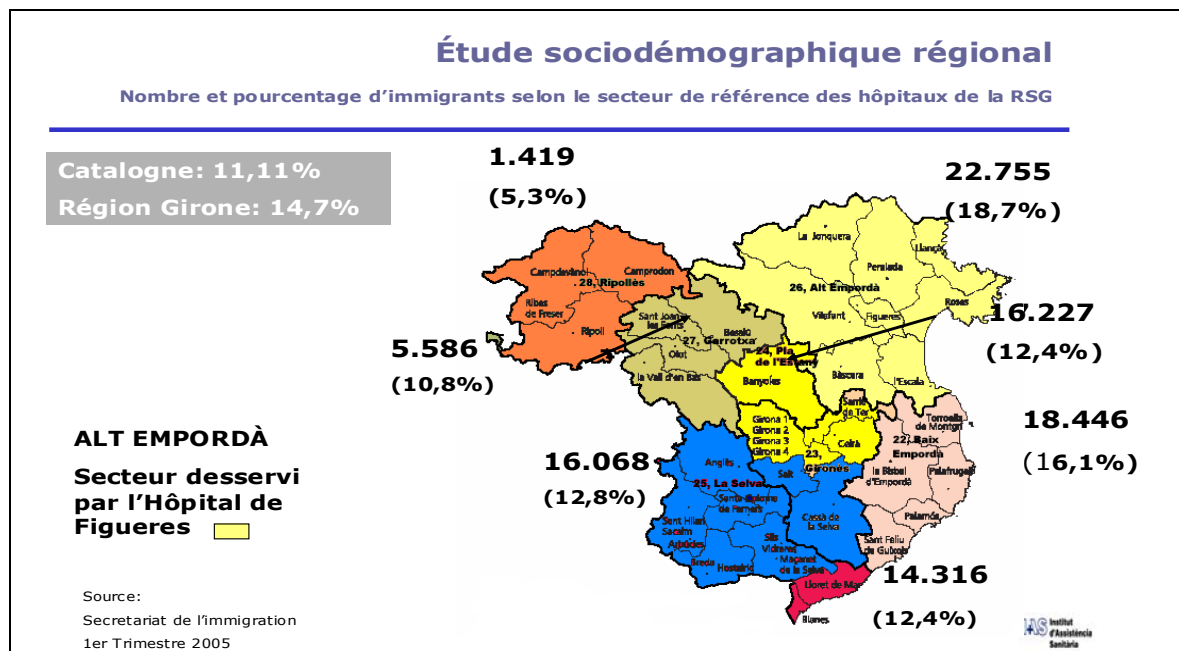
¹ Source : idescat, 2007. Banque de statistiques des villes et régions catalanes : www.idescat.net

^m Source : recensement, INSEE : www.recensement.insee.fr

santé propose toute une variété de moyens pour les gens plus démunis ou en difficulté. Par exemple, le service français « PMI » (Protection Maternelle et Infantile) procure des soins à domicile pour les mères et les bébés présentant des problèmes d'ordre social et/ou de santé. De ce fait, en général les mères et leurs petits enfants sont bien soignés.

Ces trois hôpitaux considérés de santé publique desservent autant la population originaire du secteur, que la population immigrante demeurant dans la région. Un fait marquant est que les trois centres de santé étudiés ont observé une augmentation de la natalité qui semble avoir été influencée par l'immigration. Par exemple, la natalité à Barcelone se situe actuellement à 13.931 naissances desquelles 2.232ⁿ sont issues de mères étrangères. Pour donner une idée rapide et claire de la situation particulière de l'immigration que nous avons déjà décrit autant à Barcelone qu'à Figueres, nous présenterons une carte montrant les pourcentages d'immigrants de la région la plus affectée à ce jour, Alt Empordà.

Figure n. 1 : Étude sociodémographique régionale de « l'Alt Empordà »



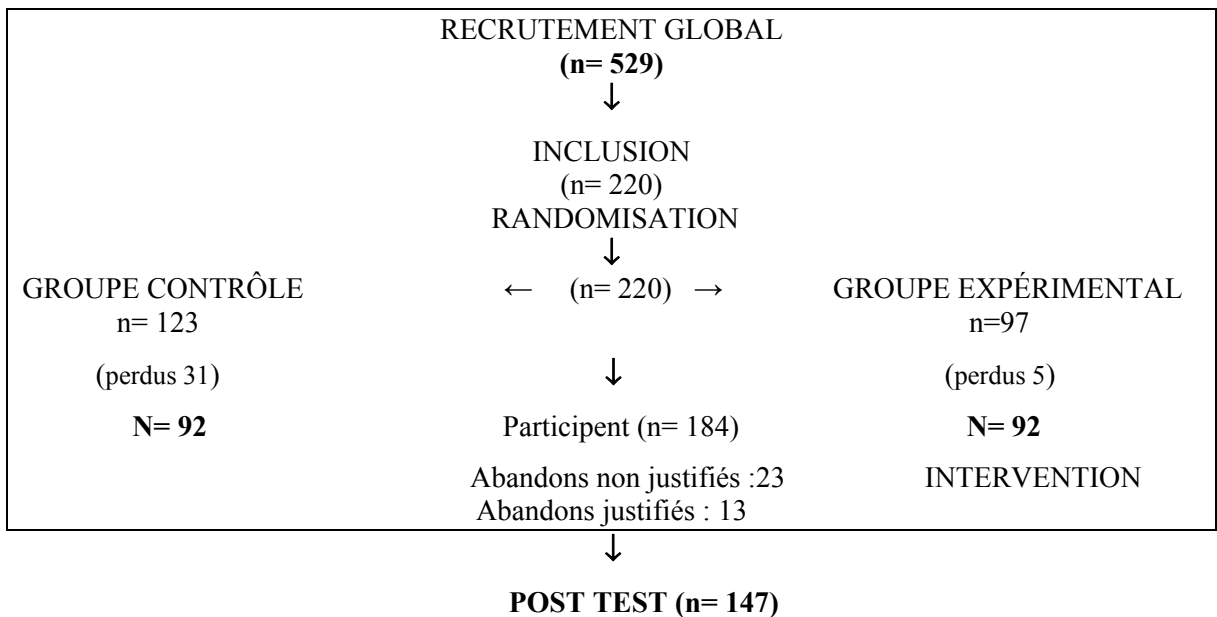
ⁿ Source: **idescat**, banque de statistiques des villes et régions catalanes : www.idescat.net

** Source : recensement, INSEE : www.recensement.insee.fr

La description des résultats de notre étude permettra de prendre en compte ces informations provenant du secrétariat à l'immigration. L'augmentation rapide et non prévue de l'immigration conditionne d'une part la représentativité de l'échantillon à l'étude calculé suivant les données de 2002-2003. D'autre part, cette immigration nouvelle présente des variables difficiles à contrôler ici ; entre autres, des problèmes sociaux graves de précarité vont influencer sans doute sur la santé et le vécu émotionnel des mères participant à l'étude. Une méthodologie qualitative aurait permis d'observer ces variables difficiles à cibler par la méthode quantitative. Cependant, nos limites de disponibilité nous ont obligé à retenir seulement les données traitables par des instruments quantitatifs validés.

Finalement, pour la présentation de cette partie descriptive de l'étude il était pertinent d'utiliser autant les données du recrutement (n=529), pour avoir un portrait des femmes abordées avec l'entrevue initiale, que les données de la sélection (n=184) qui permettent une vision de la globalité des participantes sélectionnées et, enfin, les données des femmes dont les questionnaires sont complétés à la fin de l'étude (n=147) car la perte de participants peut expliquer certains aspects des résultats des analyses finales (schéma 4).

Schéma n. 4 : Composition de l'échantillon à chaque phase



6.1.1 **Portrait socioéconomique de la population à l'étude**

Cette étude fut conçue pour s'adresser à une population à un niveau socioéconomique moins favorisé. Nous avons défini ce facteur particulier à partir du revenu calculé en fonction du type d'emploi de la femme et de l'homme. Ces aspects ont été mentionnés dans les critères d'inclusion et d'exclusion décrits au chapitre de la méthodologie. C'est pourquoi il s'avère pertinent de présenter tout d'abord un portrait socioéconomique de l'ensemble de la population interviewée.

Pour analyser le portrait socioéconomique de la population étudiée, nous avons choisi la classification de Feito (1995) adaptée du schéma élaboré auparavant par Goldthorpe (1993). Il a été un choix justifié par le fait que la question du revenu est mal vécue dans le contexte objet de l'étude. Certaines personnes se sentent gênées de manifester une situation de chômage ou de bas salaire qui pourrait les identifier dans d'autres irrégularités sociales ; les sujets sont méfiants même si la confidentialité est assurée, c'est un aspect connu. Pour cette raison, c'était moins direct poser la question sur l'emploi et suivre la classification de Feito. La modification de Feito basée sur Goldthorpe présente sept catégories différentes en rapport avec le type d'activité professionnelle. L'auteur organise sa classification ainsi :

- Classes I, II. Tous les professionnels de niveau supérieur, directeurs, grands propriétaires, techniciens de haut niveau qui effectuent des travaux non manuels. Il s'agit d'une classification qui correspond à la classe privilégiée.
- Classe III. Employés de travail non manuel de l'administration et du commerce, employés des services publics et de sécurité, personnel vendeur et autres travailleurs de services.
- Classe IV. Petits propriétaires, superviseurs des employés, techniciens de niveau inférieur, artisans autonomes, travailleurs et artisans autonomes avec ou sans employés sans appartenance au secteur primaire.

Les classifications III et IV correspondent aux personnes de classe moyenne ; il est à noter que la classe IV est sujette à des divisions en sous catégories selon le salaire et le statut social. Pour simplifier notre étude, nous n'avons pas considéré ces divisions.

- Classes V, VI, Ce sont les employés qualifiés, des techniciens de niveau moyen, contremaîtres et travailleurs manuels qualifiés. S'incluent aussi les travailleurs et artisans autonomes du secteur primaire. Ici, certaines personnes peuvent être considérées dans un seuil de classe moyenne inférieure alors que d'autres non.
- Classe VII. On regroupe ici d'autres travailleurs qui n'ont pas été inclus dans les autres classifications et d'autres employés sans qualification ; des agriculteurs ou employés dans l'agriculture ; ce sont aussi tous les employés du secteur primaire et travailleurs manuels. Lorsque les employés appartiennent au secteur primaire, ils sont considérés de classe VIIb et, ceux qui n'appartiennent pas au secteur primaire entrent dans la catégorie VIIa. Il s'agit toujours de la classe ouvrière et nous les avons considérés ensemble.

Pour étudier les différentes catégories des personnes participant à la présente étude nous avons inclus dans le premier instrument de sélection, des questions sur l'activité professionnelle aussi bien des femmes que de leurs partenaires pour les classer ensuite dans une des catégories. Si la femme avait un emploi à temps partiel et son conjoint un emploi à plein temps, nous avons décidé la classe sociale par l'activité du conjoint. Nous avons constaté qu'en général, lorsque le couple travaille régulièrement à temps plein, ils sont tous les deux dans une catégorie similaire. Le cas échéant, nous avons pris la catégorie la plus élevée. D'autre part, nous avons interviewé des sujets dont l'activité n'est pas spécifique à une seule catégorie ; il s'agit de personnes qui travaillent en fonction des opportunités dans tout type d'emploi qui se présente, ce sont des sujets habituellement très mal payés. De plus, nous avons inclus les personnes au chômage, avec ou sans revenu d'aide sociale. En Espagne, les sujets sans aucune qualification professionnelle, lorsqu'ils sont au chômage

peuvent recevoir un revenu d'environ 300 à 900 € par mois ou bien ne reçoivent rien du tout, un fait qui les situe tous au dessous du seuil de pauvreté. C'est pourquoi nous les avons mis ensemble. Comme il n'y avait pas de classe pour toutes ces personnes, nous les avons classifiés dans une huitième catégorie : les personnes qui effectuent différents types de travaux irréguliers et les personnes toujours sans qualification professionnelle mais sans emploi, avec ou sans revenu social. En général, ils sont tous en situation de pauvreté.

Etant donné que la présente étude porte sur des sujets de condition socioéconomique moins favorisée, nous avons exclus les cas appartenant aux classes I et II et nous avons accepté les sujets à partir de la troisième catégorie. Puis, les participants à l'étude ont été classifiés selon les catégories III, IV, V, VI, VII, et, la 8^{ème} catégorie a été ajoutée afin de pouvoir inclure les sujets vivant au dessous du seuil de la pauvreté.

Ainsi, tel que observé dans la figure n°2 ci-après, la classe identifiée comme moyenne représente la partie signalée en bleu clair. Quant aux classes V, VI et VII, nous avons constaté qu'elles représentent une source de confusion car le salaire et les conditions de vie peuvent varier beaucoup selon l'employeur, le milieu d'emploi ou la ville. C'est-à-dire, que le type d'emploi n'est pas toujours un bon indicateur de la condition socioéconomique. Par exemple, en Espagne un employé du secteur des services, qui est considéré dans la catégorie III reçoit un salaire brut de 1578 €/mois, salaire qui est comparable a celui d'un employé de la construction (1541 €/mois : salaire brut). Et, un travailleur qualifié du secteur industriel peut recevoir un salaire brut de 1849 €/mois^o alors qu'un enseignant reçoit un salaire de 1200€ à 1500 €/mois. Bien que beaucoup de sujets s'identifient bien à la classe moyenne, plusieurs cas considérés de cette catégorie sont en réalité d'une classe inférieure ou autrement dit, vivent comme les ouvriers. Enfin, nous constatons qu'il y a beaucoup de cas classifiés dans la classe ouvrière pouvant s'ajouter aux cas plus défavorisés, au dessous du seuil de la pauvreté. Les coûts actuels des habitations très disproportionnés aux revenus sont entre autres des causes de perte de statut social. Selon les dernières statistiques

^o **idescat**: Institut de statistique catalane, banque de données des régions et villes de Catalogne, 2005.

nationales, deux familles sur dix vivent au dessous du seuil de la pauvreté en Espagne. Enfin, nous avons regroupé les sujets identifiés avec un revenu provenant d'un emploi irrégulier, les sujets ayant un revenu social, et les sujets sans salaire. Ils se retrouvaient tous habitant une seule pièce dans un appartement partagé, au dessous du seuil de la pauvreté. C'est pourquoi ils sont tous dans la classe VIII (orange).

Figure n.3

Classification de l'échantillon initial par catégories socioéconomiques

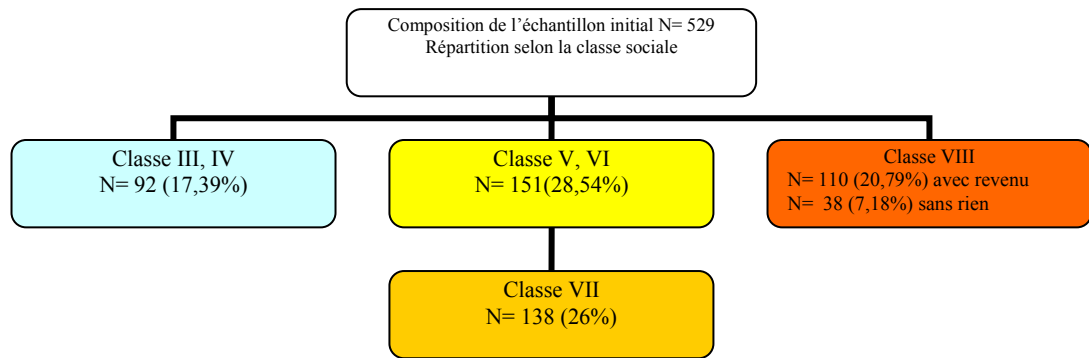
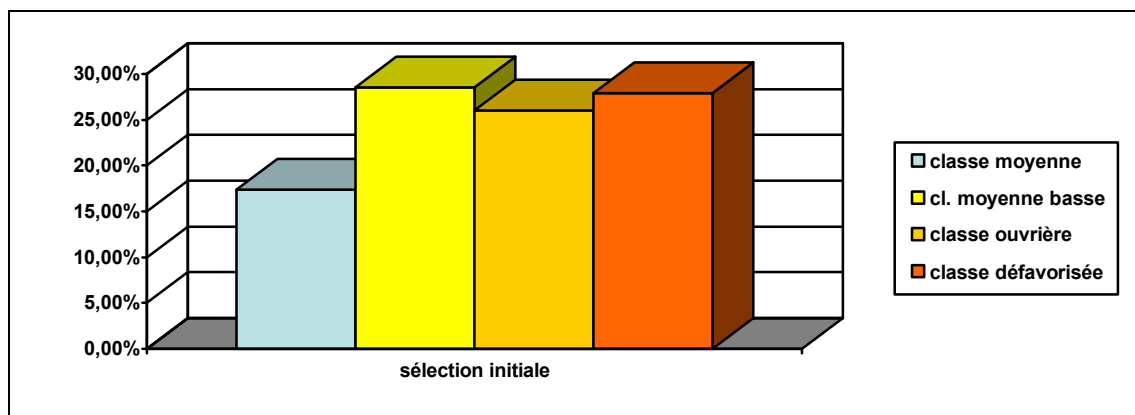


Figure n.4

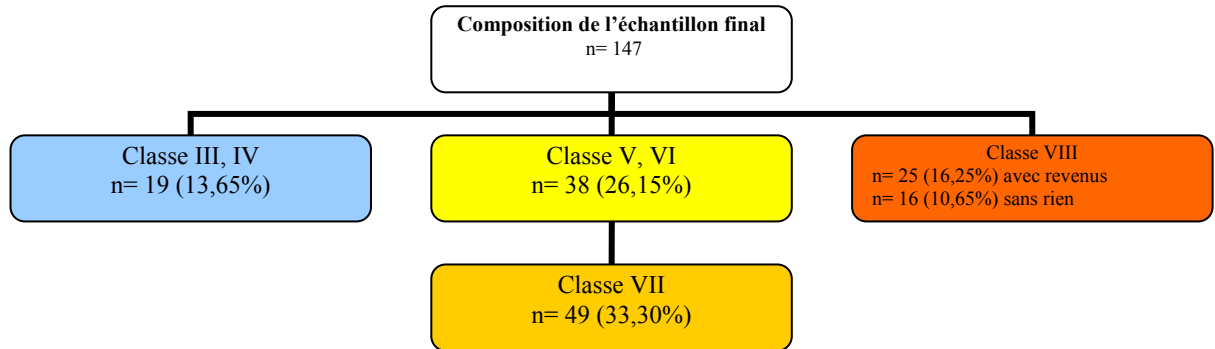
Présentation graphique de l'échantillon initial en comparant les catégories socioéconomiques



Lorsque les catégories se présentent regroupées, nous pouvons constater que la majorité de participants sont d'une classe moyenne inférieure ou à la limite de la classe ouvrière et, d'une classe bien identifiée comme ouvrière qui forment $n= 289$ ($151+138$) cas. Puis, il y a une quantité importante de personnes de classe plus défavorisée de $n= 148$ ($110+38$) cas. Dans cette dernière catégorie, la plupart des sujets vivent au dessous du seuil de la pauvreté, dans des conditions de grande précarité.

La perte de participants et la procédure de notre méthodologie nous ont conduit à poursuivre l'étude avec uniquement une partie de l'échantillon de la sélection initiale. Nous avons choisi de présenter d'abord le profil complet de toute la population recrutée ($N=529$) pour mieux comprendre le profil sociodémographique de l'échantillon final composé de $n=147$ femmes qui ont complété tous les questionnaires pré et postnatal. Contrairement aux idées préconçues sur la perte des sujets les plus démunis, il est à noter que les cas perdus ici ne sont pas forcément les plus défavorisés. Malheureusement, des difficultés d'organisation interne des hôpitaux à Barcelone et à Figueres ainsi que les mauvais services de la poste régionale, difficultés hors de notre contrôle, nous ont fait perdre beaucoup de données pré ou postnatales. Nous évoquerons les pertes à la page 176.

Afin de visualiser la réalité de l'échantillon final, nous présentons maintenant la description des femmes qui ont participé jusqu'au bout. Nous reprenons les catégories sociales décrites auparavant avec la couleur bleue pour la classe moyenne, jaune pour une classe un peu plus inférieure dont une partie de la classe ouvrière, orange pour la classe clairement ouvrière et finalement, rouge pour la classe la plus défavorisée. De cette façon, en comparant ce tableau avec celui de la première sélection, nous pouvons noter que la perte de sujets se situe d'une façon proportionnelle. La classe ouvrière, est celle qui comparativement aux autres présente une moindre perte de participants.

Figure n.5: **Composition de l'échantillon final**

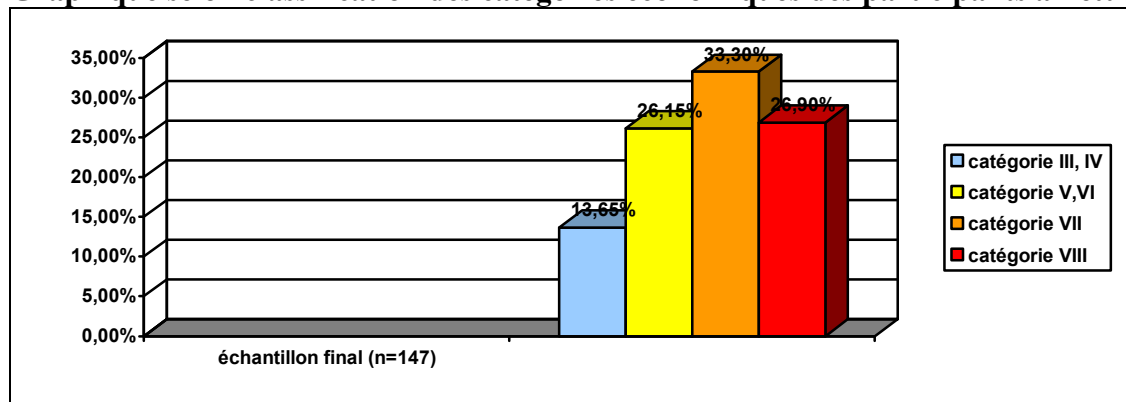
Catégorie III, IV: classe moyenne (revenus autour de 1800 à 1500 €/mois)

Catégorie V, VI : classe moyenne inférieure/classe ouvrière (revenus entre 1450/1200 €)

Catégorie VII : classe ouvrière (revenus autour de 1100 - 800 €/mois)

Catégorie VIII : condition défavorisée – au dessous du seuil de pauvreté (revenus inférieurs à 700 €/mois).

Figure n.6

Graphique selon classification des catégories économiques des participants à l'étude

Contrairement aux idées préconçues concernant la perte de participants appartenant aux classes socioéconomiques plus défavorisées, nous pouvons constater que dans notre étude il y a plus de cas perdus ou exclus à l'intérieur des catégories de la classe moyenne. En effet, la plupart des cas de catégorie III-IV (en bleu) ne présentaient pas de risque, fait qui explique la différence entre $n= 92$ à la sélection et, $n= 19$ à la fin de l'étude; la même situation peut s'appliquer à la catégorie V-VI (jaune) qui est passée de $n= 161$ à la sélection à $n= 38$ à la fin de l'étude. La classe ouvrière est celle qui, en proportion, a connu moins de pertes. Nous rapportons le détail des cas perdus aux pages suivantes avec un schéma de la situation en decrescendo de l'échantillon (schéma 5, p 176).

Toutes ces données représentent la catégorie dans laquelle le couple de futurs parents pouvait se définir ainsi que nous l'avons déjà expliqué. Il nous paraît intéressant de montrer dans la suite le détail des participants de cet échantillon final non en tant que couple mais, en considérant la situation séparée de la mère et du conjoint (le mari).

6.1.1.1 **Portrait économique du conjoint:**

Nous pouvons observer que 94.8% des maris de l'échantillon final travaillent: parmi ceux qui travaillent, un taux de 78% ont un emploi régulier ou bien, permanent^P tandis que 18% ont un emploi seulement occasionnel ou temporaire. Un pourcentage de 5.2% des maris ne travaillent pas; plus concrètement, 2.3% sont au chômage sans aucun revenu social, 1.2% reçoivent un revenu et, 0,3% n'ont pas donné de renseignements sur cet aspect.

^P L'emploi régulier se réfère ici à un travail permanent ou un contrat de longue durée. Par contre, l'emploi occasionnel implique un contrat de travail pour une période inférieure à un an.

Tableau n.4 : Portrait économique du conjoint

Activité professionnelle	Fréquence	Pourcentage
Travail régulier*	107	78,5%
Travail occasionnel	27	18,3%
Chômage sans revenu social	6	1,9%
Chômage avec revenu social	5	1,3%
Perdus	2	1%
Total	147	100%

*Le travail régulier implique une activité de continuité sans pour autant signifier un poste ou un contrat permanent.

6.1.1.2 Portrait économique des femmes

En ce qui concerne l'emploi des femmes participant à l'étude, 64,4% des femmes travaillent. Parmi elles, 40% travaillent de manière régulière ou permanente et 24,4% travaillent de façon temporaire tandis que 33,3% restent au foyer. Parmi celles qui ne travaillent pas à l'extérieur, seulement 2,2% reçoivent un revenu social. Nous présentons ci-dessous les tableaux de ces résultats.

Tableau n.5 : Portrait économique des femmes

Activité professionnelle	Fréquence	Pourcentage
Emploi régulier	57	40,0%
Emploi temporaire	36	24,4%
Au foyer sans revenus	48	33,3%
Chômage avec revenus	6	2,2%
Total	147	100,0%

L'analyse effectuée en comparant les deux items: portrait économique du mari et celui de la femme, nous permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'indépendance entre les deux. Nous présentons le tableau 6 de contingence pour mieux visualiser le détail.

Tableau n. 6

Tableau de contingence : Portrait économique du mari / portrait économique de la femme

			Portrait économique de la femme				Total
			travail permanent	travail occasionnel	reste au foyer	chômage avec revenu	
Portrait économique du mari	travail permanent (n=107)	n	48	21	33	2	104
		mari : % de l'économie	46,2%	20,2%	31,7%	1,9%	100,0%
		femme : % de l'économie	90,6%	63,6%	75,0%	66,7%	78,2%
		% du total	36,1%	15,8%	24,8%	1,5%	78,2%
	travail à l'occasion (n=27)	n	4	11	8	1	24
		mari : % de l'économie	16,7%	45,8%	33,3%	4,2%	100,0%
		femme : % de l'économie	7,5%	33,3%	18,2%	33,3%	18,0%
		% du total	3,0%	8,3%	6,0%	,8%	18,0%
	chômage sans revenu social (n=6)	n	0	0	3	0	3
		mari : % de l'économie	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
		femme : % de l'économie	,0%	,0%	6,8%	,0%	2,3%
		% du total	,0%	,0%	2,3%	,0%	2,3%
	chômage avec revenu social (n=5)	n	1	1	0	0	2
		mari : % de l'économie	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%
		femme : % de l'économie	1,9%	3,0%	,0%	,0%	1,5%
		% du total	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	1,5%
Total (n=147)	n	53	33	44	3	133	
	mari : % de l'économie	39,8%	24,8%	33,1%	2,3%	100,0%	
	femme : % de l'économie	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% du total	39,8%	24,8%	33,1%	2,3%	100,0%	

6.1.2 L'âge des femmes à l'étude

Nous avons constaté que les femmes étudiées deviennent mères autour de trente ans. L'âge moyen des femmes ayant répondu à nos questionnaires, est de 29,3 et la médiane se situe à 29 ans. Donc l'âge de 29 ans représente bien notre échantillon qui se situe entre 18 (âge minimal) et 43 ans (âge maximal). Nous avons eu peu de femmes adolescentes, dont 3 femmes de 18 ans, 3 femmes de 19 ans et, 5 de 20 ans. Et, les femmes les plus âgées avaient 42 ans (1 cas) et 43 ans (1 cas). Les mesures de dispersion indiquent une déviation importante ($Sd = 5.53$). Toutefois, la distribution des données est assez symétrique autour de la valeur de 29 ; et les âges les plus fréquents sont 25, 29, et 32 ans avec une fréquence de 17, 13, et 15 cas respectivement. Voici donc le tableau concernant l'âge.

Tableau n. 7 : Âge des femmes étudiées

	Valeur Statistique (Intervalle au 95%)	Écart type
Âge moyen	29,30 (28,36 - 30,25)	5,53
Âge minimal	18	
Âge maximal	43	
Étendue	25	
Amplitude interquartile	8	
Asymétrie	-,010	
Indice de Curtosi (Kurtosis)	-,578	

Figure n.7: Représentation graphique de l'âge des femmes étudiées

6.1.3 L'origine des femmes

Les femmes de la présente étude ont été classifiées dans trois catégories selon leur pays d'origine: Espagnoles, Européennes non espagnoles, et, d'un autre continent non Européen. Comme le montre le tableau ci-dessous (tableau 8), 50,4 % des femmes de l'échantillon sont espagnoles, alors que 45,2 % des femmes sont immigrantes originaires d'autres continents non Européens et, seulement 4,4 % des femmes étaient originaires de différents pays de la Communauté Européenne. De ce fait notre échantillon est très hétérogène composé d'une moitié de femmes espagnoles et d'une autre moitié de femmes étrangères.

Tableau n.8 : Origine des femmes à l'étude

Origine	Fréquence	Pourcentage valide
Espagne	72	50,4
Autre pays d'Europe	10	4,4
Autre continent	65	45,2
Total	147	100,0

Tel que nous l'avons expliqué plus haut, ces données sont extraites de l'échantillon sur lequel nous avons pu effectuer toutes les analyses à l'étude. Toutefois, pour avoir une vision de la représentativité du portrait antérieur, il nous semble important d'ajouter maintenant la présentation globale des participantes dans une première partie de l'étude.

Ainsi nous avons constaté que parmi les femmes qui ont indiqué leur pays d'origine à l'entrevue de sélection initiale, n= 77 femmes étaient Européennes, (Italie : 2 cas; Irlande : 2 cas; Angleterre : 2 cas; France : 60 cas; Roumanie : 4 cas; Ukraine : 1 cas; Bulgarie : 2 cas, Allemagne; 3 cas et finalement, Croatie : 1 cas). Puis, d'autres continents non Européens ont été représentés par 152 femmes provenant de différents pays tels que : Maroc= 35 cas, Equateur= 17 cas, Bolivie= 14 cas, Le Pérou= 12 cas, Colombie= 12 cas; Argentine= 10 cas, Brésil= 9 cas, Cuba= 6 cas, Chine= 5 cas ; République Dominicaine= 7 cas; Venezuela= 6 cas, Chili= 6 cas, Uruguay= 7 cas, Pakistan= 4 cas et Philippines= 2 cas. Le reste de l'échantillon de femmes de cette population initiale était composé par des espagnoles. Voici donc une représentation graphique.

Figure n.8 :

Portrait de l'origine des femmes de l'échantillon initial n= 529 femmes

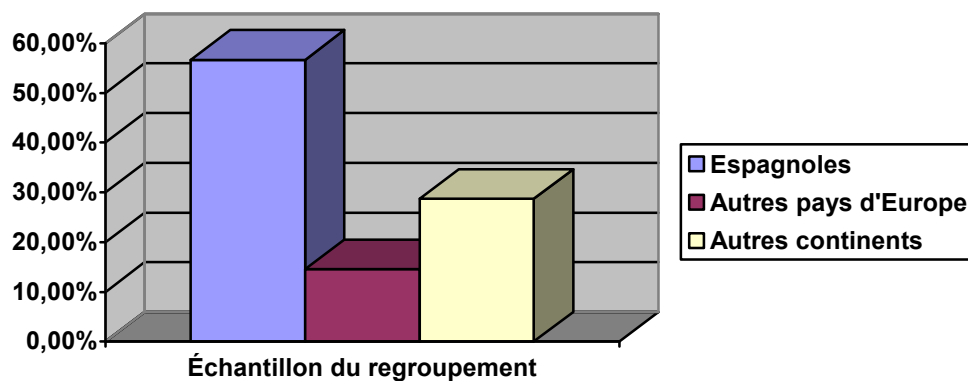
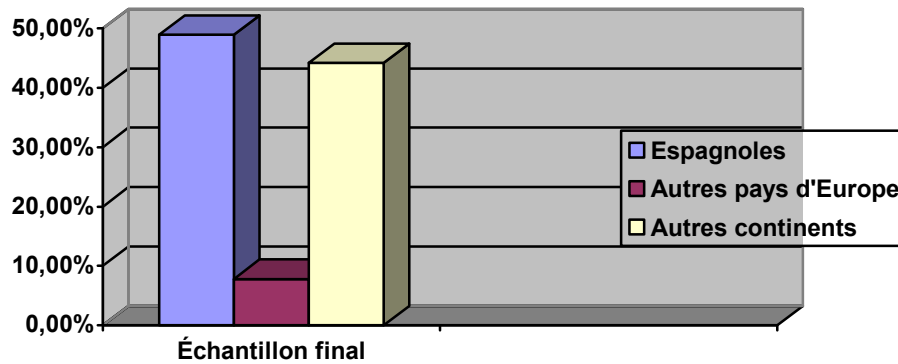


Figure n.9 :

Portrait de l'origine des femmes participant à toute l'étude : n= 147 femmes

Ce dernier portrait (figure 9) nous permet de constater que nous avons perdu surtout des participantes espagnoles, d'une part parce qu'elles présentaient un risque faible ou nul à la sélection ou bien parce qu'elles ont choisi un autre type d'intervention prénatale excluant leur participation à notre étude. De toute façon, à la fin, la proportion des sujets espagnols, 48,97% (n= 72) et des sujets étrangers s'équilibre surtout grâce aux immigrants provenant d'autres continents (7,81%, n=10 européens + 44,22%, n=65 d'autres continents). Enfin, dans notre étude les personnes immigrées sont celles qui, comparées aux originaires des pays à l'étude, ont le plus participé.

6.1.4 Le niveau de scolarité des femmes à l'étude

Pour considérer cette variable nous avons choisi sept catégories d'études commencées: école primaire, école secondaire, cours d'emploi (arts et métiers), Baccalauréat européen ou similaire, formation non universitaire, études universitaires de premier cycle et, études de deuxième cycle.

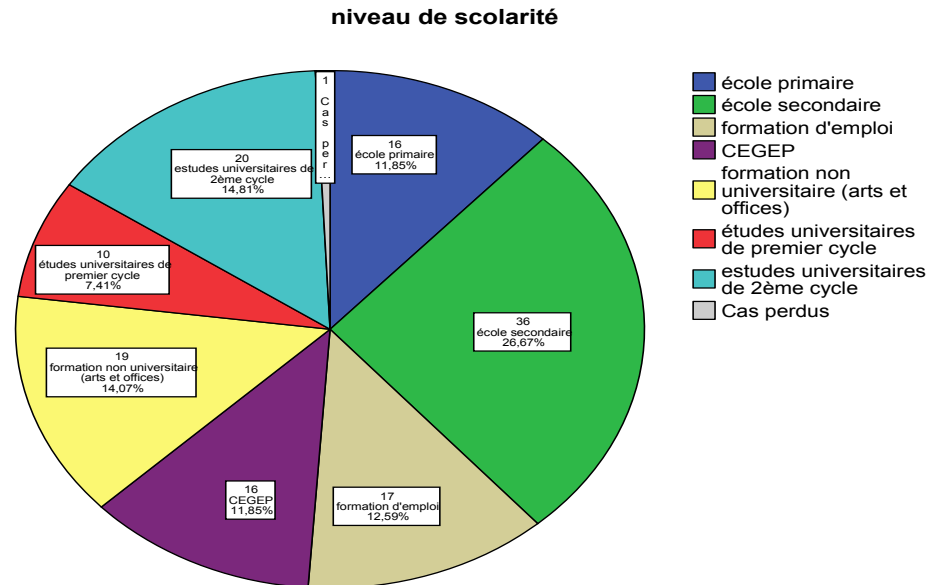
Nous avons constaté que « le mode » de la distribution des sujets étudiés se situe au niveau de l'école secondaire avec un pourcentage de 26.7% d'individus. Comme nous avons décidé d'étudier principalement les sujets d'un niveau social moins privilégié, nous nous retrouvons avec seulement 7.5% d'individus qui ont eu accès aux études de premier cycle universitaire et 14,8% de sujets avec des études de cycle supérieur. Il est à noter que nous n'avons pas trouvé de sujets qui n'avaient pas fait d'études, car le critère d'exclusion relatif à la non compréhension du langage a affecté les étrangers sans études; d'autre part, les personnes des pays à l'étude (Espagne ou France) vivent toutes dans un régime politique qui a institué la scolarité obligatoire et gratuite jusqu'à l'âge de 16 ans. Quant aux autres catégories de scolarité, les fréquences sont assez similaires. Voici un tableau descriptif et une figure permettant une vision rapide de ces résultats :

Tableau n. 9 : Le niveau de scolarité des femmes à l'étude

	Fréquence	Pourcentage
Cas valides		
Commencé l'école primaire	18	11,9%
Commencé l'école secondaire	38	26,9%
Fait formation en cours d'emploi	19	12,7%
Initié un baccalauréat (pré universitaire)	18	11,9%
formation non universitaire (arts et métiers)	21	14,2%
Initié études universitaires de premier cycle	12	7,5%
Initié études universitaires de 2ème cycle	20	14,8%
Total	146	100,0%
Cas perdus	1	
Total	147	

Figure n.10

Représentation graphique du niveau de scolarité des femmes.



6.1.5 Portrait des femmes : Gestation et parité

La description de la variable « gestation » (nombre de grossesses) évaluée chez les femmes participant à l'étude nous permet d'observer qu'un pourcentage de 44,4% des femmes de notre échantillon étaient des primigestes. Cependant, il y a eu 66,7% des femmes qui présentaient une parité 0, c'est-à-dire, femmes sans enfants. C'est pourquoi les antécédents d'avortement représentent 22,3% des cas étudiés ici. En effet, nous avons trouvé 22,3% (32 femmes) qui se retrouvaient à nouveau en état de grossesse sans avoir d'enfant vivant: pour 26 femmes interviewées c'était la deuxième grossesse, pour 7 femmes c'était la troisième, et une femme était à la 7ème grossesse sans avoir eu aucun enfant. Nous présentons les tableaux concernant cette variable (tableaux 10 et 11).

Tableau n. 10 : Profil gestation des femmes à l'étude

	Fréquence	Pourcentage valide
Valide 1	62	44,4
2	46	32,6
3	19	12,6
4	11	6,7
5	5	2,2
6	3	,7
7	1	,7
Total	147	100,0

Quant à la variable parité (nombre d'enfants nés), nous pouvons constater que 66,7% des femmes étaient des primipares n'ayant aucun enfant. Et 33,3% étaient multipares. Nous avons trouvé que 24,4% des femmes avaient déjà un enfant. Quant aux autres femmes multipares 7,4% étaient mères de deux enfants au moment de cette évaluation de grossesse. Finalement, un faible nombre de femmes avaient trois enfants, elles ne représentent que 1,5% de l'échantillon. Nous avons exclu les cas des femmes multipares ayant plus de trois enfants, nous avons agi ainsi avec la supposition qu'elles ne pourraient pas participer aux séances de l'intervention prénatale expérimentale. Puis, les femmes multipares présentent d'autres variables susceptibles d'influer sur la symptomatologie dépressive postnatale, variables que nous avons choisi de ne pas aborder pour adapter mieux nos attentes aux ressources disponibles.

Tableau n.11 : La parité des femmes à l'étude

	Fréquence	Pourcentage valide
Valide 0	93	66,7
1	37	24,4
2	14	7,4
3	3	1,5
Total	147	100,0

6.2 Les antécédents de traitement psychiatrique

L'analyse que nous présentons maintenant est très importante pour assurer la qualité de l'évaluation que nous avons effectuée. En effet, les antécédents de traitement psychiatrique peuvent constituer un biais quant à la vulnérabilité des femmes face à la symptomatologie dépressive postnatale. Tel que nous l'avons expliqué au chapitre III du cadre théorique, pour une femme, le fait d'avoir eu un traitement psychiatrique avant la grossesse est un signe de vulnérabilité. Pour cette raison, il était nécessaire d'étudier cette variable et d'observer son influence sur la symptomatologie dépressive. Nous présenterons donc les antécédents psychiatriques (prise de médicaments) que nous avons retenus à la première entrevue de sélection. Voici d'abord, l'analyse chez toutes les femmes qui ont été sélectionnées (n=184) et le résultat globalement et par groupes.

Tableau 12

Antécédents de traitement psychiatrique chez les participantes sélectionnées (n=184)

Groupes	Antécédent traitement psychiatrique		Total
	Non	Oui	
Groupe Contrôle	67 (72,5%)	24 (27,5%)	91(100%)
Groupe Expérimental	62 (67,9%)	29 (32,9%)	91(100%)
Total	129 (69,81%)	53 (29,19%)	182
Perdus			2

P= 0.41 (χ^2 de Pearson)

Ainsi qu'il est possible de constater au tableau 12, un pourcentage de 29,19% de cas avaient des antécédents de traitement psychiatrique et cela, de manière globale, pour toutes les femmes étudiées. Le taux de cas présentant ces antécédents était similaire dans les deux groupes (27,5% dans le groupe C et 32,9% dans le groupe E). Le test de chi deux effectué indique qu'il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes (P=0,41).

Pour conclure cette section, la présentation résumée des variables sociodémographiques à la sélection devient indispensable. C'est pourquoi nous avons choisi de présenter le profil complet de la population sélectionnée (n=184). Le tableau 13, avec toutes les variables qui décrivent l'échantillon résultant de la sélection permet de noter qu'aucune différence significative entre les groupes de comparaison ne s'observe, en foi de quoi il est possible d'affirmer que les groupes respectent la similarité nécessaire d'une étude expérimentale.

Tableau n.13

Variables sociodémographiques et antécédents psychiatriques des participantes sélectionnées

Variabiles	Global N= 184	Groupe C N= 92	Groupe E N=92	P*	
Âge (\bar{x})	29,3 ±5,5	28,5 ±6,2	29 ±5,2	0,21	
Gestation (\bar{x})	2,03 ±1,2	2,05 ±1,2	2,01 ±1,2	0,35	
Origine :	Espagne	57,1% (n=105)	59,8%(n=55)	54,3%(n=50)	0,74
	Autre pays CEE	3,3% (n=6)	3,3% (n=3)	3,3% (n=3)	
	Autre continent	39,7% (n=73)	37,0%(n=34)	42,4%(n=39)	
Scolarité commencé	École primaire	13,7% (n=25)	14,4%(n=13)	13%(n=12)	0,76
	École secondaire	26,4% (n=49)	31,1%(n=29)	21,7%(n=20)	
	Cours d'emploi	12,6% (n=23)	12,2%(n=11)	13,0%(n=12)	
	Form. préuniversitaire	12,1% (n=22)	11,1%(n=10)	13%(n=12)	
	Arts et offices	14,3% (n=27)	13,3%(n=12)	15,2%(n=14)	
	Diplôme universitaire	8,8% (n=16)	7,8%(n=7)	9,8%(n=9)	
	Formation 3 ^{ème} cycle	11,0% (n=20)	10,0%(n=9)	12,0%(n=11)	
Primipares	63,6%(n=117)	62% (n=57)	65,2%(n=60)	0,38	
Multipares	36,4%(n=67)	38%(n=35)	34,8%(n=32)		
Sans traitement psy. précédant grossesse	69,81%(n=129)	72,5%(n=67)	67,9%(n=62)	0,51	
Avec traitement psy. précédant grossesse	29,19% (n=54)	27,4%(n=25)	32,9%(n=29)		
Arrête le traitement psy. avant grossesse	52 (100%)	20 (44,2%)	25 (55,8%)	0,62	
Niveau socioéconomique				0,40	
Pauvreté	26,90% (n=50)	28,28%(n=26)	26,16%(n=24)		
Classe ouvrière	33,30% (n=61)	35,86%(n=33)	30,4%(n=28)		
C.moyenne/basse	26,15% (n=48)	21,73%(n=20)	30,4%(n=28)		
Classe moyenne	13,65% (n=25)	14,13%(n=13)	13,04%(n=12)		

*P calculé avec test chi deux de Pearson

Sans différences significatives entre les populations des trois hôpitaux à l'étude

6.3 Description de l'évolution de l'échantillon à l'étude

Dans l'étape de recrutement des participantes de la présente étude, nous avons interviewé un nombre de $n= 529$ femmes, desquelles seulement $n= 220$ ont été sélectionnées à partir des critères de risque ($n=123$ dans le groupe C et $n=97$ dans le groupe E). Cependant, $n=36$ femmes ($n=31$ dans le groupe C et $n=5$ dans le groupe E) ont été éliminées de l'étude du fait qu'elles n'ont pas envoyé le pré-test, deviennent inatteignables ou bien elles doivent être exclues à cause d'avortement ou problème médical grave ($n=6$). En effet, quelques participantes du groupe C ($n= 4$) et du groupe E ($n=3$) abandonnent l'étude parce qu'elles quittent le pays. C'est pourquoi, le nombre de participants réels s'est réduit à $n=184$ à partir desquels s'effectuent les premières analyses descriptives. Cet échantillon restant s'équilibre et devient composé de $n= 92$ participants par groupe. Enfin, le nombre total de pertes en cette période était en tout de $n=36$ cas : les abandons justifiés sont $n=13$ et les pertes non justifiées sont $n=23$.

Une fois l'étude d'intervention initiée, nous avons subi en cours de route de nouvelles pertes de participants. Certains cas ont été annulés de l'étude par un abandon justifié du point de vue médical ($n= 7$) ou à cause de déménagement à l'extérieur du pays ($n= 5$), ces aspects auraient constitué un biais ou empêché la collecte des données postnatales. Les 7 cas d'abandon justifié correspondent à : une mort in utero (lors de la 5^{ème} séance de préparation à la naissance) et 6 cas présentant des complications obstétricales requérant le repos, un repos excluant la participation aux groupes de rencontre. Ces cas justifiés étaient tous dans le groupe expérimental. De plus, lors du processus d'intervention, il a été nécessaire d'exclure de l'étude $n=4$ sujets du groupe expérimental annulés par nous du fait d'être un nombre trop petit pour pouvoir constituer une des cohortes du groupe prénatal prévu. Les cas perdus non justifiés sont des participants dont nous n'avons reçu ni les questionnaires pré-test ni aucune nouvelle sur leur situation de grossesse. Nous les avons perdus pour plusieurs raisons. Nous pensons que cette perte a été causée surtout par un

déménagement⁹. Quant aux cas d'abandon justifiés, les femmes nous en ont informé au moment de l'appel téléphonique effectué pour expliquer aux participantes le groupe assigné ou bien, elles ont communiqué directement avec nous. D'autre part, certaines femmes assignées au groupe d'intervention ont refusé la participation pour d'autres raisons spécifiées. Ces abandons de participation au groupe assigné ne constituent pas des abandons à l'étude, les questionnaires de ces participants ont été retenus pour garantir le mode « intention to treat » dans les analyses. Parmi ces cas justifiés nous avons identifié : la préférence pour des cours prénataux effectués dans le même quartier (n= 15) et les difficultés d'accessibilité pour le déplacement (n=3). Comme ces participantes complètent les questionnaires, elles ne figurent pas dans les cas perdus.

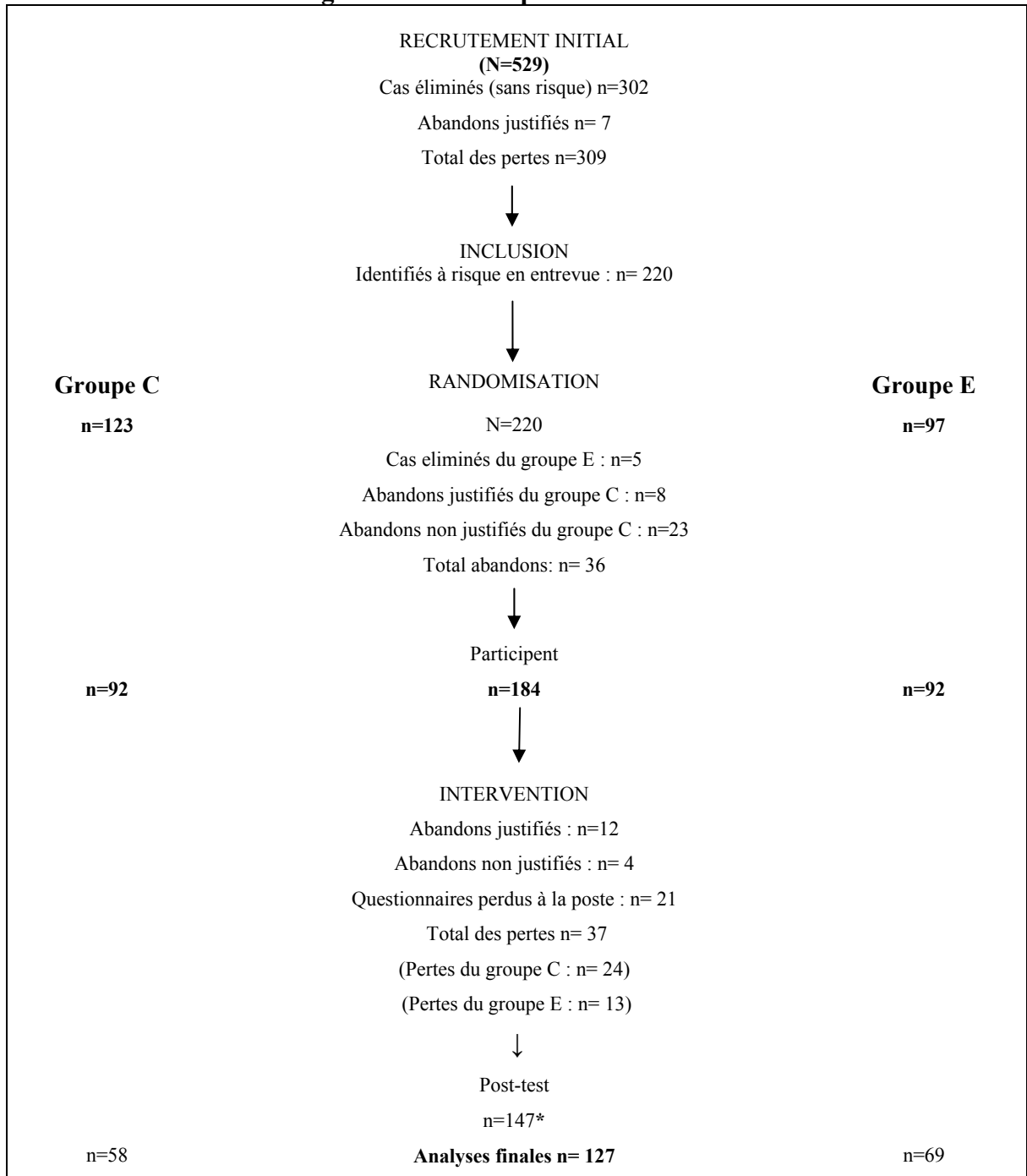
Il est à noter que, comme cela est expliqué dans le profil sociodémographique de ce chapitre, le programme de santé catalan propose des services publics à l'intérieur d'institutions privées, publiques et mixtes. Les institutions publiques et celles de type privé cohabitent dans le même système de santé, cela se produit grâce à la concertation. De cette façon, pour s'assurer de la continuité, les institutions doivent présenter des statistiques d'utilisation des services. C'est pourquoi elles offrent leurs services dans les meilleures conditions possibles afin de s'assurer des utilisateurs. Un fait curieux à remarquer est qu'au moment préalable à la première entrevue de sélection, moment de l'explication sur le type d'étude et la possibilité de participer ou pas à une préparation prénatale, un certain nombre de femmes étrangères ont avoué leur ignorance de l'existence des cours prénataux. Cependant, une fois informées par nous, les femmes ont eu accès à d'autres informations provenant des professionnels des centres de santé communautaire lors des visites de suivi de grossesse, informations les invitant à l'utilisation des services de ces centres. Les personnes chargées de l'administration de fonds économiques publics destinés à la santé publique « achètent » des services proposés par des institutions mixtes et même certains services provenant des institutions privées. De ce fait, en matière de soins maternels il y a

⁹ Il est fréquent d'observer un déménagement chez les femmes en période de grossesse. Il est à noter que les femmes immigrantes, sans foyer ni travail stables déménagent souvent et de façon imprévisible.

toute une offre de services à l'intérieur des centres de première ligne, services privés, mixtes et publics situés dans tous les quartiers de la ville de Barcelone. Une situation inconnue auparavant, car cette manière d'obtenir une clientèle est assez récente. D'autre part, des participantes d'un niveau économique défavorisé, demeurant dans des logements en banlieue dont la couverture des services était faible, ont mentionné les coûts du transport public comme facteur d'obstacle pour participer au programme prénatal offert par nous à l'hôpital. Toutefois, il y a eu une douzaine de femmes dans la même situation de précarité qui ont participé à l'étude grâce à la subvention de l'association ADERMNCN (Association de diffusion études et recherche pour mieux naître en Catalogne Nord). Ainsi, les femmes n'ayant pas l'obligation d'être suivies à l'hôpital préféraient les cours prénataux proposés dans leur quartier, ces cours étaient pour plusieurs, des nouveautés gratuites, sans avoir à faire un déplacement impliquant un coût. Les femmes qui ne subissaient pas l'influence de ces services communautaires étaient celles installées en banlieue, dans des endroits très distants de l'hôpital dont l'accessibilité était un obstacle; participer aux sessions requérait un grand effort pour elles. Ces aspects n'ont pas affecté les femmes du groupe témoin.

Enfin, l'évolution de l'étude s'est vue affectée par de nouvelles pertes à la fin car parmi les participants qui ont complété le pré-test, certains n'ont jamais envoyé le post-test (n=20) et un total de n=17 questionnaires post-test s'est perdu à la poste. De ce fait, n=37 cas sont considérés perdus (n=24 groupe C et n=13 du groupe E). Et parmi les cas qui ont envoyé le post test, certains auraient mal complété le pré-test ou bien n'ont pas envoyé tous les questionnaires requis. Pour cette raison, nous avons inclus dans les analyses finales seulement 127 cas (58 cas contrôle et 69 cas intervention). En résumé, nous avons perdu un total de 73 cas dans le processus et nous avons sacrifié 20 autres cas à la fin pour bien comparer le pré-test et le post-test. Il est à noter que les pertes subies par le groupe contrôle sont bien supérieures aux pertes souffertes dans le groupe expérimental. De plus, la plupart des pertes du groupe expérimental étaient justifiées au contraire du groupe contrôle. Pour mieux situer l'évolution en decrescendo de la composition de l'échantillon étudié, nous présentons le schéma suivant (schéma 5).

Schéma n. 5 : L'évolution globale de la composition de l'échantillon



* Un total de n=147 participants qui ont envoyé le pré-test envoient les questionnaires post-test mais dans certains de ces cas il manque une partie des questionnaires ou bien, ils sont mal complétés.

6.4 Description du risque de dépression postnatale évalué à l'étape prénatale au moyen de l'entrevue de sélection

Nous allons présenter maintenant le profil des participantes à l'étude quant à leur risque de vivre une dépression postnatale identifié au moment de la sélection. Il est à noter que, suivant les recommandations des auteurs de l'instrument de détection utilisé (Riguetti-Veltema et al, 2006), nous avons défini le risque au point de césure ≥ 3 pour une échelle allant de 0 jusqu'à 9 dans sa version originale, version à laquelle nous avons ajouté la variable socioéconomique avec un point de risque de plus pour les cas appartenant à la classe économique VIII. Notre adaptation arrive ainsi jusqu'à 10 points.

Tableau n.14

Description des sujets identifiés à risque parmi la population recrutée (n= 529)

N	Risque	Pourcentage
302	< 3	57,09%
220	≥ 3	41,78%
7	Perdus	1,13%
Total: 529		100%

Ainsi que décrit dans le tableau 12, nous pouvons observer que 41,78% (n= 220) des sujets identifiés montrent un risque de DP égal ou supérieur à 3. Ensuite, nous pouvons constater qu'un pourcentage plus élevé de 57,09% n'indique pas de risque ou bien, le risque est faible (la définition de risque se base sur le questionnaire de sélection mentionné). C'est à partir de cette entrevue de sélection initiale que les participantes identifiées à risque (définition risque ≥ 3) furent distribuées de façon aléatoire en deux groupes, expérimental et contrôle. La taille de l'échantillon varie dans ces analyses de risque car, à la différence des autres questionnaires, celui-ci a été rempli à la phase de recrutement. C'est pourquoi il ne s'agit pas des n= 147 de l'échantillon final, mais d'un nombre plus grand.

Tableau n.15: **Distribution des cas assignés dans le groupe contrôle ou expérimental**

GROUPE	Cas					
	Valide		Perdu		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
1 (sans risque)	302	98,4%	3	1,1%	305	100,0%
C	123	99,3%	2	0,7%	125	100,0%
Risque total E	97	100,0%	2	0,7%	99	100,0%

Nous pouvons observer au tableau 15, que parmi les 529 femmes recrutées à la première entrevue de sélection, n= 305 cas n'ont été assignés à aucun groupe (302 sujets identifiés à risque < 3 et 3 cas de violence conjugale requérant un suivi spécifique). Les valeurs de risque des femmes non assignées aux groupes à l'étude (1) sont inférieures à 3 points dans l'entrevue d'évaluation et également, ces valeurs sont inférieures à celles des groupes contrôle (C) et expérimental (E). Ces sujets n'ont pas été assignés à cause de leur condition de non risque. Notons que parmi les n= 220 cas distribués, n=123 sont assignés au groupe témoin et n= 97 sont assignés au groupe expérimental. Cependant, les analyses ne peuvent s'effectuer qu'avec n=184 participants car une partie de ces femmes n'a pas complété le pré-test, ou bien sont exclues pour différentes raisons ainsi que déjà expliqué, ils sont considérés comme ayant abandonné l'étude. Il y a aussi des questionnaires perdus.

Le fait de travailler par cohortes a impliqué une assignation aléatoire progressive au fur et à mesure de la constitution des groupes. Toutefois, les données de toutes les participantes analysées globalement permettent d'observer que l'assignation aléatoire effectuée à partir du programme informatique SPSS avec l'intention d'obtenir le plus d'équivalences possible entre les groupes, considérant toutes les variables d'intérêt (âge, origine des femmes, parité, gestation, niveau de scolarité, niveau socioéconomique, antécédents de traitement psychiatrique, symptômes somatiques) permet l'équivalence. Nulle différence significative de ces variables n'a été trouvée. L'analyse effectuée avec le questionnaire de la

sélection permet d'obtenir le même résultat de similarité entre les groupes étudiés. Concrètement, la moyenne du niveau de risque de DP dans le groupe témoin est de $\bar{x} = 4.12$ ($\pm 1,83$) avec IC à 95% de (3,74 – 4,5) tandis que la moyenne du niveau de risque de DP dans le groupe expérimental est de $\bar{x} = 4.47$ ($\pm 1,92$) avec IC à 95% de (4,08 – 4,87). L'analyse effectuée avec le t de Student pour vérifier l'égalité entre les groupes donne un résultat de $p = 0,20$ indiquant qu'il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes étudiés. Les valeurs du groupe expérimental sont similaires à celles du groupe témoin.

Ainsi qu'indiqué au chapitre de la méthodologie, nous avons assuré une distribution aléatoire des femmes identifiées à risque pour chaque cohorte à l'étude. Ensuite, les femmes identifiées à risque ont été avisées du type de participation, dans le groupe expérimental (E) ou dans le groupe contrôle (C). Cet avis effectué à l'aide d'un appel téléphonique a permis de vérifier la continuité ou l'abandon des femmes à l'étude, avant d'initier un groupe d'intervention prénatale (la préparation à la naissance). Entre le moment de l'entrevue sélective et l'appel assurant la continuité à l'étude, il y a eu un intervalle de deux à huit semaines, période au cours de laquelle se sont produits des changements. Au fur et à mesure que nous avons préparé chaque cohorte, nous avons eu des cas d'abandon qui influaient sur la composition des groupes en réduisant le nombre de participants. Pour cette raison, nous avons même annulé une première cohorte composée d'un nombre trop petit de participants. Une fois exclus les cas perdus à ce moment de l'étude, le résultat global incluant les participants de toutes les cohortes est de $n = 184$ ($n = 92$ dans le groupe C et $n = 92$ dans le groupe E). Malheureusement les pertes du groupe C représentent le 25%.

Afin de vérifier que la proportion du risque demeure équivalente comme le précise ce travail, nous avons étudié cette variable pour les deux groupes. Nous présentons ci-joint un tableau plus détaillé des résultats du niveau de risque de dépression postnatale identifié à l'entrevue de sélection prénatale. Nous avons étudié ces cas à partir du programme

informatique SPSS. Le tableau suivant présente les participants, une fois enlevés les cas d'abandon et les cas perdus de cette première étape pré-test.

Tableau n.16

Profil du niveau de risque des participants (n=184)

Groupe	\bar{x} (ET)	IC 95%
C (n=92)	4,12 ($\pm 1,83$)	3,74 – 4,50
E (n=92)	4,47 ($\pm 1,92$)	4,08 – 4,87

P= 0,11 (test de Mann-Whitney)

P= 0,14 (test Z de Kolmogorov-Smirnov)

P= 0,20 calculé avec le t de Student

En ce qui concerne la distribution du risque, la première constatation favorable est que malgré la proportion des cas perdus, les moyennes des deux groupes observés sont très proches et, celle du groupe expérimental est même un tout petit peu plus élevée (4.47) comparée à la moyenne du groupe témoin (4.12). Il est à noter que la perte de cas ayant un risque élevé aurait affecté ce résultat, surtout si la distribution n'avait pas respecté les proportions. C'est-à-dire, que parmi les cas d'abandons et les cas perdus il y a eu des sujets ayant des niveaux de risque différents et proportionnés en général.

Étant donné que les deux échantillons sont indépendants et que nous ne pouvons pas faire des suppositions de normalité pour la variable du risque total (p-value du test de *Anderson-Darling*, *Kolmogorov-Smirnov* et *Shapiro-Wilk*, égal à 0.000), nous appliquerons des tests non paramétriques pour comparer les deux groupes de participants. Le premier appelé *U de Mann-Whitney*, sert à étudier s'il y a des différences significatives entre les médianes de la variable du Risque Total des deux groupes (C=contrôle, E=expérimental). Avec un niveau de signification de 5%, les résultats obtenus sont les suivants (tableau 16-A) :

Tableau n.16-A : Statistique de contraste A

	Risque total
U de Mann-Whitney	3604,50
W de Wilcoxon	7790,50
Z	-1,63
Sig. Asintôt (bilateral)	0,11

Ainsi qu'il a été noté au tableau 16-A, le $p = 0,11$ est supérieur au niveau de signification, en foi de quoi nous pouvons accepter que les médianes des deux groupes ne soient pas statistiquement différentes à ce moment de l'étude. Quant au test Z de Kolmogorov-Smirnov, il sert à vérifier l'hypothèse que les deux échantillons procèdent de la même population. C'est un test sensible à toute différence entre les deux distributions (différences dans la mesure de tendance centrale, la symétrie, la variabilité). Il fut appliqué pour comparer la distribution de la variable du Risque Total du groupe témoin avec la distribution de la variable du Risque Total du groupe expérimental. Avec un niveau de signification de 5% les résultats obtenus étaient les suivants :

Tableau n.17 : Statistique de contraste B

		Risque total
Différences extrêmes	Absolue	0,17
	Positive	0,32
	Négative	-,17
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,15
Signification Asint. (bilateral)		0,14

Dans cette dernière analyse, le p-value est de $p = 0,14$ et cette valeur est supérieure au niveau de signification fixé au 5%; de ce fait nous pouvons conclure que les différences entre les deux populations ne sont pas significatives. La conclusion finale est que, malgré les pertes initiales de participantes, les médianes et la distribution de la variable du Risque Total se sont maintenues comparables pour les deux groupes, témoin et expérimental. Ce résultat est toujours similaire tant avec les analyses effectuées avec le t de Student qu'avec les analyses effectuées avec le Z de Kolmogorov-Smirnov ou le U de Mann-Whitney.

6.4.1 Analyse descriptive de la variable principale : la symptomatologie dépressive

Nous allons décrire maintenant les résultats concernant la *symptomatologie dépressive prénatale* évaluée avec l'échelle EPDS, entre la douzième et vingt-quatrième semaine de grossesse. Les femmes ont complété l'échelle à la maison avec les autres questionnaires du pré-test qui devaient être ramenés ensemble au rendez-vous suivant. Malheureusement, certains questionnaires étaient mal complétés. Les cas mal complétés figurent comme des cas perdus dans les analyses tandis que les cas que nous n'avons pas récupérés parce qu'ils se sont perdus à la poste ou à l'hôpital (inatteignables), ou encore, annulés par abandon à l'étude figurent comme abandons; nous les avons exclus du reste de l'étude.

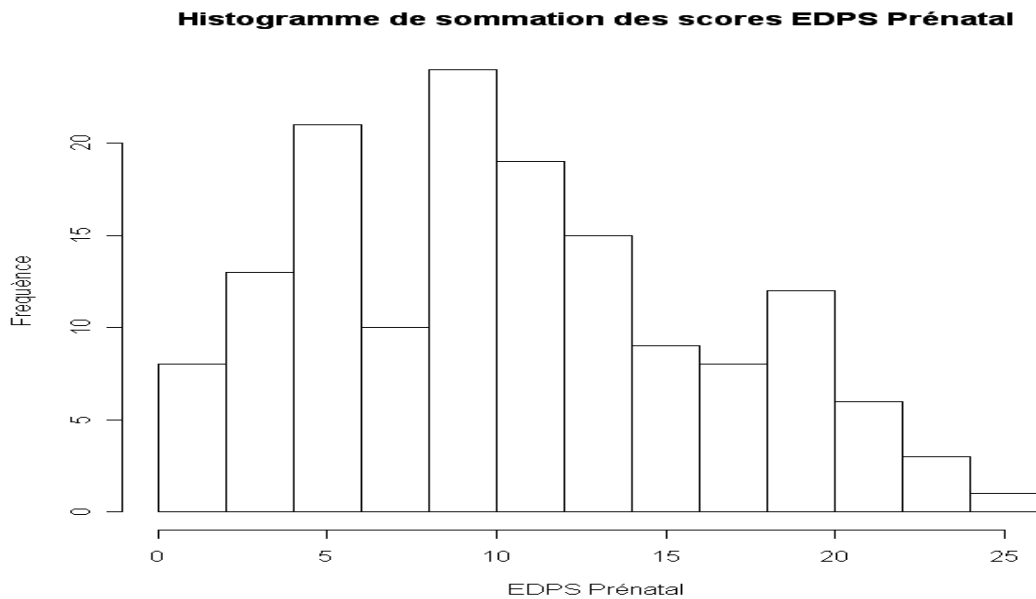
Une fois les femmes évaluées à partir des questionnaires appliqués à la période prénatale, le pourcentage de *symptomatologie dépressive prénatale* identifiée au point de césure ≥ 12 de l'EPDS était de **39,40%**. Nous pouvons apprécier les résultats d'analyse dans les tableaux suivants, d'abord la description d'ensemble, tout l'échantillon globalement sans tenir compte du point de césure de l'EPDS et ensuite, la description par groupe :

Tableau n.18

Résumé de l'évolution des cas (n=180) Pré-test

	Cas valides		Cas perdus		Total cas	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
EPDS	147	89,2%	33	10,8%	180	100%

Nous avons constaté que la moyenne était supérieure à la médiane, résultat qui est confirmé par l'asymétrie avec un coefficient de 0.314. La représentation graphique de cette description globale de l'EPDS nous permet d'observer en détail ces analyses.

Figure n. 11 EPDS prénatal. Représentation graphique

Nous pouvons observer une certaine asymétrie à droite. Nous pouvons constater aussi la formation de différentes modes : autour de 5, autour de 10 et autour de 18 points de l'EPDS. Ensuite, parmi les cas à risque de dépression les scores situés entre 10-14 points et ceux autour de 18-20 points sont les plus fréquents. Il y a peu de cas à risque supérieur à 20 (n=13) et personne n'indique un risque plus élevé de 25, d'ailleurs seulement un cas arrive à obtenir une score totale de 25 points. La répartition des fréquences du total des participants (n= 147 cas valides) est la suivante :

EPDS = 0 :	personne n'indique ce résultat
EPDS < 10 :	57 cas, (39%)
EPDS ≥ 10 et < 13 :	43 cas, (29%)
EPDS ≥ 13 :	47 cas, (32%)

Ces résultats nous montrent que nous avons eu n= 57 cas sur 147 **sans risque** de dépression (EPDS < 10) résultat qui représente un taux de 39%. Puis, nous avons identifié n= 47 cas sur 147 ayant des symptômes élevés de dépression (EPDS ≥ 13), résultat qui représente un

taux de 32% de cas à risque. C'est-à-dire que parmi les 147 cas étudiés au pré test, un pourcentage de **32% des femmes avaient une symptomatologie dépressive prénatale** identifiée par l'EPDS au point de césure ≥ 13 . Cependant, lorsqu'on considère le point de césure ≥ 12 dans les cas dont le pré-test et le post-test est complet (n=127) le taux s'élève à 39,4%. Dans les tableaux suivants figurent le profil de l'EPDS à risque de façon regroupée et de façon séparée, cas témoin et cas expérimental :

Tableau n.19

Répartition par groupe des sujets ayant complété l'EPDS prénatal

	Fréquence	Pourcentage
Témoin	68	32,6%
Expérimental	79	37,3%
Total	147	69,0%
Perdus	33	31,0%
Total	180	100.00

Tableau n.20

La symptomatologie dépressive prénatale par groupes (score moyen)

	Groupe témoin	Groupe expérimental
\bar{x} (ET)	10 \pm 5,84	11,13 \pm 5,75
IC au 95%	8,46 – 11,53	9.85 - 12.60

P= 0,23 (chi deux de Pearson)

Tableau n.21 : **Analyse de l'EPDS prénatal en pourcentage, séparée par groupes**

(avec les cas qui ont complété le pré-test et le post-test n=127)

	Groupe		Total
	Contrôle	Expérimental	
EPDS <12	39 (67%)	38 (55,9%)	77 (60,6%)
EPDS ≥ 12	19 (33%)	31 (44,1%)	50 (39,4%)
Total	58 (100%)	69 (100%)	127 (100%)

P = 0,20 (chi deux de Pearson)

Ces analyses nous indiquent aussi que, sur un total de n= 127 cas valides, n= 50 (39,4%) participantes présentent une symptomatologie dépressive à risque (EPDS \geq 12). Et 33% présentent un risque dans le groupe témoin, tandis que 44% signalent un risque au groupe expérimental. Les différences entre cette variable évaluée à l'étape prénatale au groupe contrôle et au groupe expérimental méritent d'être étudiées avec un contraste d'hypothèses pour assurer que les groupes sont comparables:

Hypothèse nulle : Pourcentage groupe expérimental = pourcentage groupe témoin
 Hypothèse alternative : Pourcentage groupe expérimental \neq pourcentage groupe témoin

Tableau 21-A : **EPDS prénatal selon le point de césure \geq 12**

EPDS prénatal	Groupe contrôle N= 58	Groupe expérimental N= 69	P
EPDS \geq 12	19 (33%)	31 (44%)	0,20

P calculé avec chi deux de Pearson

6.4.1.1 Analyse descriptive des autres variables prénatales : stress, soutien social et relation de couple

Nous avons analysé les trois autres variables mesurées à l'étape prénatale : a) stress, b) soutien social et c) relation de couple. Ces variables ont été identifiées par la littérature comme les facteurs les plus associés à la dépression postnatale avec la symptomatologie dépressive prénatale déjà examinée ici ; c'est la raison pour laquelle nous les avons choisies. Nous allons présenter d'abord le niveau de stress des participantes.

a) Stress prénatal

Parmi les sujets qui ont complété les questionnaires de la variable du stress à l'étape prénatale et postnatale, nous avons obtenu n=144 cas, desquels n= 15 figurent comme perdus dans le système dans l'évaluation prénatale. Pour l'analyse de cette variable nous

avons considéré deux méthodes : D'abord l'analyse de la moyenne obtenue dans les questionnaires en fonction de la valeur accordée à chaque événement tel que publié par les auteurs Holmes et Rahe (1967). Ensuite, un deuxième tableau avec le taux d'évènements de stress affirmatifs ou circonstances auxquelles les répondantes ont marqué oui. Voici le tableau du profil des participantes selon le niveau de stress prénatal.

Tableau n. 22 : **Description des moyennes du niveau de stress prénatal par groupes**

N= 127 Perdus= 15	Groupe C (n= 58)	Groupe E (n= 69)
\bar{x} (Écart type)	152,13 ±105,02	160,76 ±104,45

P= 0.10 (Test Mann-Whitney)

Tableau n. 23: **Analyse des moyennes calculées par sommation d'évènements signalés par les femmes comme source de stress prénatal**

	Groupe C (n=58)	Groupe E (n=69)	P
\bar{x} (Écart type)	4,60 ±2,80	5,40 ±3,30	0,12

P calculé avec le t de Student

Ainsi que nous pouvons l'observer dans le tableau 23, au moment de l'évaluation prénatale la moyenne des valeurs de stress du groupe expérimental était un tout petit peu supérieure et non significativement différente à celle du groupe contrôle. Notons que l'interprétation de ce questionnaire s'effectue à partir de la sommation des valeurs obtenues. Plus le total est élevé, plus le niveau de stress est jugé élevé. Nous avons testé si la différence notée entre les valeurs de stress prénatal dans le groupe contrôle et les valeurs de stress du groupe expérimental était significative; nous n'avons pas trouvé de différence statistiquement significative (P = 0,10).

b) Le soutien social prénatal

La variable du soutien social est très importante dans la présente étude car elle est associée au risque de DP. Les analyses suivantes permettent d'observer le portrait du soutien social des participants. Parmi tous les cas qui ont envoyé les questionnaires du pré test, n= 167 femmes ont complété le questionnaire de soutien. Nous avons étudié le soutien social globalement d'abord et ensuite, de façon séparée, le groupe contrôle et le groupe expérimental ; et cela, afin d'analyser les différences entre les deux groupes.

L'échelle *FSSQ* que nous avons utilisée ici est composée de onze énoncés permettant d'obtenir un maximum de 55 points (pour la situation sans aucun soutien). Dans la présente analyse prénatale notons que n= 28 femmes ont signalé un manque de soutien très élevé situé entre 37 et 52 points. Ainsi, le soutien manquait énormément pour 1 cas (52 p.), 1 cas (49p.), 3 cas (48p.), 1 cas (47p.), 1 cas (46p.), 2 cas (44p.), 2 cas (43p.), 3 cas (42p.), 2 cas (40p.), 5 cas (39p.), 3 cas (38p.) et 4 cas (37p.). Quant aux femmes sans problème au niveau du soutien social, elles représentent 20,2% de l'échantillon et elles affichent un score total entre 10 et 20 points. La valeur la plus souvent observée correspond à un manque de soutien défini comme modéré et se situe autour d'une ponctuation entre 22 à 26 points distribués ainsi : 16 cas (22p.), 11 cas (23p.), 14 cas (24p.), 15 cas (25p.) et 10 cas (26). Au total, nous pouvons conclure que 39,2 % des cas étudiés affichent un problème important, situé de modéré à grave au niveau du soutien social. L'analyse des moyennes nous permettra d'observer ces résultats rapidement (voir tableau 24).

Tableau n. 24

Soutien social prénatal. Moyenne statistique par groupes

Groupe	N	\bar{x}	ET
Contrôle	80	26,98	8,83
Expérimental	87	27,03	8,20

*P= 0.97

Ainsi que nous pouvons l'observer au tableau 24, il n'y a pas de différence significative entre les valeurs du soutien du groupe témoin et du groupe expérimental à l'étape prénatale ($p=0,97$). Les deux groupes ont des valeurs similaires de soutien social et il est plutôt faible pour toutes les femmes. En effet, une moyenne de 26,97 dans le groupe contrôle et une moyenne de 27,02 dans le groupe expérimental indiquent un faible niveau de soutien social à la période prénatale chez toutes les femmes. Comme le point de césure de cette échelle se situe à une valeur de ≥ 32 à partir duquel s'identifie une situation sociale notoirement déficitaire (Bellón et al, 1996), on considère que plus le résultat est élevé moindre est le soutien social identifié. Les femmes étudiées ici ont une moyenne de soutien social très proche de la limite. Nous avons procédé à une deuxième méthode d'analyse en considérant seulement les cas qui répondent de manière négative (manque de soutien). Le résultat de cette analyse permet d'obtenir la même conclusion de similarité entre les groupes étudiés.

Tableau n. 25 : **Le soutien social selon les réponses négatives à chaque question**

Questions objet de soutien social	Groupe C	Groupe E	P
Recevoir des visites d'amis (-)	15,3% (n=9)	17,9% (n=12)	0,29
Recevoir l'aide à la maison (-)	12% (n=7)	10,4% (n=7)	0,80
Recevoir des éloges, félicitations (-)	13,6% (n=8)	13,2% (n=9)	0,60
Personnes sur qui compter (-)	12,% (n=7)	16,4% (n=11)	0,66
Recevoir amour et affection (-)	6,8% (n=4)	6% (n=4)	0,80
Partage des problèmes, parler (-)	10,0% (n=6)	7,4% (n=5)	0,63
Parler du problème économique (-)	5% (n=3)	6% (n=4)	0,23
Invitations au loisir, sorties (-)	16,7% (n=10)	16,4% (n=11)	0,66
Recevoir conseils (-)	5% (n=3)	11,8% (n=8)	0,09
Recevoir de l'aide si malade au lit	10% (n=6)	10,4% (n=7)	0,38

C) La relation de couple évaluée par les femmes à l'étape prénatale

Nous présentons maintenant le portrait des participantes en ce qui concerne la qualité de *la relation de couple* en identifiant une relation adéquate par le critère d'ajustement du couple. Nous présentons le résultat à l'étape prénatale. Nous avons étudié cette variable globalement d'abord et ensuite, de façon séparée pour les groupes contrôle et expérimental, et cela, afin d'analyser les différences entre les deux groupes. Notons que ce questionnaire était le plus long à compléter ; de plus il y en avait un pour chaque partenaire ; ce serait une des raisons pour lesquelles le nombre de cas analysés est inférieur aux autres questionnaires. Nous présentons seulement les résultats obtenus par les femmes.

Cas étudiés au pré test (femmes)

Cas valides	149
Cas perdus	27

Tableau n. 26

Évaluation de la relation de couple selon la réponse des femmes au pré-test

$\bar{x} = 115,16 \pm 26,67$

Tableau 27-A : Évaluation de la relation de couple au pré-test par groupes (femmes)

Groupe	N	\bar{x}
Contrôle	71	116,69 ±25,19
Expérimental	78	112,96 ±28,68

P= 0.38 (calculé avec le test de t de Student)

Tableau 27-B : Calcul de l'indépendance entre groupes. Relation de couple au pré-test (femmes)

	Preuve Levene		Preuve T pour l'égalité des moyennes						
	F	Sig	t	gl	Significat. bilatéral	Différence des moyennes	Erreur type	95% IC inférieur	95% IC supérieur
Variances égales	.292	.590	.868	157	.387	3,7292	4,2962	-4,7566	12.2150
Var. non égales			.849	128,465	.397	3,7292	4,3919	-4,9606	12.4190

Notons que les valeurs obtenues de cette variable sont très similaires entre le groupe témoin et le groupe expérimental au pré-test. Le questionnaire utilisé pour mesurer la relation de couple identifie l'ajustement idéal à partir d'une valeur supérieure à la valeur totale de 151 points; plus la valeur obtenue est proche ou supérieure à 151, plus le couple est dans une relation bien ajustée. Nous pouvons observer dans les tableaux que ni les valeurs du groupe contrôle ni ceux du groupe expérimental obtiennent une moyenne d'ajustement adéquate, en général les femmes des deux groupes signalent une relation de couple très similaire ($P=0,38$). L'ajustement ne semble être fort pour aucun groupe.

Cette variable est étudiée d'une deuxième manière, cette-fois-ci l'analyse s'effectue à partir des trois catégories d'ajustement de l'échelle : la cohésion, la satisfaction découlant de l'échange d'affection et sexualité et le consensus au sujet du fonctionnement du couple.

Tableau 27-C : La relation du couple par catégories d'ajustement et selon les femmes

Catégories ou variables de l'échelle	Groupe C	Groupe E	P
Satisfaction (vie affective)	$\bar{x} = 0,66 \pm 0,39$	$\bar{x} = 0,60 \pm 0,42$	0,43
Cohésion (partage d'activités, responsabilités, loisirs, projets)	$\bar{x} = 2,79 \pm 0,48$	$\bar{x} = 2,70 \pm 0,35$	0,25
Consensus : (économie, famille, amis, idées en accord)	$\bar{x} = 3,91 \pm 0,87$	$\bar{x} = 3,89 \pm 0,86$	0,93

Ainsi que nous pouvons l'observer sur le tableau 27-C, il n'existe pas de différence significative entre les valeurs du groupe contrôle et les valeurs du groupe expérimental dans l'évaluation prénatale. L'ajustement de couple est similaire ainsi que l'indiquent les réponses des femmes des deux groupes dans les trois catégories d'ajustement. Notons qu'en général, toutes les participantes semblent peu satisfaites de la vie affective du couple ; la cohésion est plutôt moyenne alors que le consensus indique un niveau plus élevé.

Quant à l'évaluation prénatale de la relation de couple effectuée par les hommes participants à l'étude, nous avons obtenu la réponse de seulement $n=137$ hommes (62 dans

le groupe C et 75 dans le groupe E). Les hommes du groupe contrôle indiquent un tout petit peu plus d'ajustement que les hommes du groupe expérimental avec une moyenne de $121,18 \pm 18,80$ et $118,24 \pm 28,82$. Ces différences ne sont pas significatives ($P = 0,106$).

En conclusion, les données analysées nous montrent un portrait descriptif dans lequel toutes les variables prénatales des deux groupes à l'étude sont comparables, la présentation du tableau suivant permet d'avoir un portrait résumé des détails exposés.

Tableau n. 28 : Analyse résumé des variables prénatales

Variables prénatales	Groupe C \bar{x}	Groupe E \bar{x}	P
Risque de DP (questionnaire de sélection)	4,12 \pm 1,83	4,47 \pm 1,92	0,14*
Symptômes dépressifs (échelle EPDS)	10 \pm 5,84	11,1 \pm 5,75	0,23
Stress	152,13 \pm 105,02	160,76 \pm 104,45	0,13**
Soutien social global	26,98 \pm 8,83	27,03 \pm 8,19	0,97
Soutien social (score négatif)***			
Recevoir des visites d'amis (-)	(n=9) 15,3%	(n=12) 17,9%	0,29
Recevoir l'aide à la maison (-)	(n=7) 11,7%	(n=7) 10,4%	0,80
Recevoir éloges, félicitations (-)	(n=8) 13,6%	(n=9) 13,2%	0,60
Personnes sur qui compter (-)	(n=7) 12,3%	(n=11) 16,4%	0,66
Recevoir amour et affection (-)	(n=4) 6,8%	(n=4) 6%	0,80
Partage des problèmes, parler (-)	(n=6) 10,0%	(n=5) 7,4%	0,63
Parler du problème économique	(n=3) 5%	(n=4) 6%	0,23
Invitations au loisir, sorties (-)	(n=10) 16,7%	(n=11) 16,2%	0,66
Recevoir conseils (-)	(n=3) 5%	(n=8) 11,8%	0,09
Recevoir l'aide si malade au lit	(n=6) 10%	(n=7) 10,3%	0,38
Relation de couple (femmes)			
Échange d'affection et sexualité	0,66 \pm 0,39	0,60 \pm 0,42	0,43
Partage : activités, responsabilités,..	2,79 \pm 0,48	2,70 \pm 0,35	0,25
Accords : économie, future, ..	3,91 \pm 0,87	3,89 \pm 0,86	0,93
Moyenne globale du questionnaire	116,69 \pm 25,19	112,96 \pm 28,68	0,38
Relation de couple (hommes)			
Moyenne globale du questionnaire	121,18 \pm 18,80	118,24 \pm 28,82	0,12

*P calculé avec Test de Kolmogorov-Smirnov

** P calculé avec Test de Mann-Whitney

*** Seulement les réponses négatives sont retenues (les réponses non) elles indiquent manque de soutien

6.4.2 La symptomatologie dépressive postnatale (EPDS \geq 12)

Si nous considérons les femmes évaluées à partir des questionnaires appliqués aux deux périodes d'évaluation pré et postnatale bien complétés (n=127), le pourcentage de *symptomatologie dépressive postnatale* identifiée au point de césure \geq 12 de l'EPDS est de **39,34%**. Les résultats d'analyse ainsi décrits toujours selon le point de césure \geq 12 figurent au tableau suivant (tableau 29):

Tableau 29

La symptomatologie dépressive postnatale selon le point de césure \geq 12 de l'EPDS

	Groupe contrôle (n=58)	Groupe expérimental (n= 69)	Globalement (n= 127)
EPDS \geq 12	27(45,5%)	24 (34,3%)	51 (39,3%)
EPDS < 12	30(54,5%)	46 (65,7%)	76 (60,7%)

P= 0,26 calculé avec test chi deux de Pearson

Ainsi que peut être observé au tableau 29, la différence entre le taux obtenu dans le groupe contrôle et dans le groupe expérimental ne nous permet pas de noter un résultat significatif. La différence de 11,2% obtenue entre les pourcentages des deux groupes à l'évaluation postnatale n'est pas significative (p= 0,26).

6.5 Analyse de la variable de symptomatologie dépressive comparativement avant et après la naissance et de manière séparée par groupes

Nous présentons ici les résultats de l'analyse effectuée en regard de l'hypothèse à l'étude : différence entre groupe témoin et groupe expérimental par rapport aux différences entre l'échelle EPDS prénatale et l'échelle postnatale. Nous avons analysé d'abord la différence de l'EPDS prénatale et l'EPDS postnatale de chaque groupe à l'étude, juste pour obtenir une première perception des groupes témoin et expérimental. En cette analyse, nous appliquons un test très simple appliqué individuellement à chaque groupe pour comparer la différence entre les moyennes des scores totaux de l'EPDS prénatal et les scores totaux de l'EPDS postnatal. Notons que l'analyse s'effectue toujours avec les cas dont le questionnaire EPDS est bien complété avant et après la naissance. Pour cette raison, le nombre de sujets analysés se voit réduit. Tout d'abord nous avons effectué un test de normalité (Anderson Darling) pour vérifier si la variable à l'étude (différence de sommation des scores EPDS pré-post) est normale. Nous avons obtenu une valeur statistique de 0,66 avec $p=0,08$ en foi de quoi nous pouvons considérer cette variable normale et nous pouvons procéder au test de Student.

Hypothèse nulle : Il n'y a pas de différences du total des scores de l' EPDS (Pré et post)

Hypothèse alternative : Oui, il y a des différences entre le total EPDS (Pré et post)

Une fois appliqué ce test dans le **groupe expérimental**, les résultats obtenus avec des analyses effectués avec le logiciel statistique SPSS ont été les suivants :

Valeur statistique $t= 2,50$: $P = 0,015$ (IC au 95% = 0,33 – 3,01)

N= 69	\bar{x}
EPDS pré	11,35 \pm 5,79
EPDS post	9,34 \pm 5,17

Tableau n. 30 Différences des résultats pré / postnataux dans le groupe expérimental

	N	\bar{x}	ET	Erreur type de la moyenne
Différences entre le total scores pré et postnataux	69	1,68	± 5,28	0.67

Tableau n. 30-A : Calcul pour l'échantillon du groupe expérimental

	Valeur de test= 0				
	T		Signification (bilatérale)	Différence des moyennes	Intervalle de confiance pour la différence au 95%
					Inférieur Supérieur
Différences pré/ post	2.50		0.015	1,68 ±5,28	0.33 3.01

Ainsi que nous pouvons le constater, à la suite du calcul de la différence PRE-POST il en résulte une valeur significative de ce test ($p= 0,01$). C'est pourquoi nous pouvons conclure que, en effet, il y a une différence entre le résultat de l'EPDS prénatal et l'EPDS postnatal dans le groupe expérimental. Nous pouvons affirmer qu'il y a eu une diminution des moyennes du pointage total des scores de l'EPDS à l'évaluation postnatale parce que la différence obtenue pré/post est positive. Les femmes du groupe expérimental présentent une moyenne de diminution des scores indiquant symptômes dépressifs postnataux de $\bar{x} = 1,68 \pm 5,28$ selon l'évaluation effectuée avec l'EPDS.

Nous allons présenter maintenant le résultat obtenu en appliquant le même test dans le groupe témoin : H. nulle : Il n'y a pas de différences entre le total des scores pré et postnatales. H. alternative: Oui, il y a des différences. (tableaux 31 et 31-A)

N= 58	\bar{x}
EPDS pré	10,31 ±6,03
EPDS post	11,09 ±6,17

Tableau n.31

Calcul statistique pour l'échantillon du groupe témoin

Groupe C	N	\bar{x}	ET	Erreur type de la moyenne
Différences pré / post EPDS	58	-0,78	± 6,07	0,85

Tableau n.31- A : Calcul pour l'échantillon du groupe témoin (continuation)

	Valeur du test = 0			
	t		Signification (bilatérale)	95 % IC pour la différence
Différence total scores pré et postnataux	-0,92		0.36	(-2,49) - 0,92

Nous pouvons constater que, selon les analyses présentées, il n'y aurait pas de différence significative entre les scores EPDS de l'étape prénatale et les scores EPDS de l'étape postnatale dans le groupe témoin. La différence entre les moyennes pré-test/post-test est négative et faible, inférieure à un point ($\bar{x} = (-0,78) \pm 6,07$), résultat qui indique peu de changement. Nous pouvons même déduire qu'il y a eu plusieurs valeurs négatives. Toutefois selon ces résultats, avec un $t = (-0,92)$ et un $P = 0.36$, nous pouvons conclure qu'il n'y a pas une différence significative entre les moyennes des scores prénataux et postnataux de l'EPDS du groupe témoin. La symptomatologie dépressive évaluée par l'EPDS chez les femmes du groupe témoin, ne présente pas de changement après la naissance.

6.5.1 Les femmes qui améliorent: différence EPDS pré – EPDS post.

Nous avons noté dans le résultat de l'analyse précédente effectuée pour comparer les différences des sommes de l'EPDS pré-post/test à l'intérieur des groupes, que la différence est significative seulement au groupe expérimental. Nous avons effectué une autre analyse cette fois-ci pour comparer les femmes qui améliorent dans chaque groupe; c'est-à-dire, les femmes dont la somme totale du score EPDS postnatal est inférieure à celle de l'EPDS prénatal. Cette analyse permet de comprendre en détail ce qui se passe dans chaque groupe.

Tableau 32. Les femmes dont les scores diminuent (amélioration) et celles dont les scores augmentent (aggravation), après la naissance

EPDS pré – post	Globalement n=127	Groupe C n=58	Groupe E n=69	P
Améliorent	62 (48,7%)	21 (35,3%)	41 (59,7%)	0,03
Aggravent	49 (39,8%)	28 (51,0%)	21 (30,6%)	
Sans changement	16 (11,5%)	9 (13,7%)	7 (9,7%)	

P calculé avec le test chi deux de Pearson

Notons une différence entre le taux des femmes qui s'améliorent après la naissance dans le groupe expérimental comparativement à celles qui s'améliorent dans le groupe contrôle (59,7% versus 35,3%). Il arrive de même pour les cas du groupe contrôle qui s'aggravent après la naissance en comparaison avec les cas qui s'aggravent au groupe expérimental (51,0% versus 30,6%). La différence des taux est notable. Nous appliquons un contraste d'hypothèses pour vérifier si cette différence est statistiquement significative et nous constatons que oui. Il est possible d'affirmer que la différence entre les groupes est significative, le groupe expérimental présente un taux d'amélioration supérieur. D'autre part, le taux de sujets qui augmentent les scores de l'échelle EPDS après la naissance est supérieur au groupe contrôle. L'analyse entre les taux d'amélioration et les taux d'aggravation des scores de l'échelle EPDS donne un résultat significatif ($p= 0,03$).

6.5.2 Évolution globale des moyennes de l'échelle EPDS

Afin de bien vérifier l'évolution entre l'évaluation prénatale et l'évaluation postnatale de la DP il faut comparer aussi la moyenne globale des groupes contrôle et expérimentale. Pour ce faire, nous n'avons pu retenir que les cas qui ont bien complété tous les questionnaires, ce qui réduit notre échantillon comme il a été déjà mentionné. Au vu des résultats, nous pouvons observer que les femmes du groupe contrôle présentent, selon le calcul des moyennes obtenues de l'EPDS, une symptomatologie dépressive très similaire que ce soit au moment de l'évaluation prénatale, avec une moyenne de $10 \pm 5,84$ ou à l'étape postnatale dont la moyenne était de $11,10 \pm 6,05$. C'est-à-dire, que la moyenne de la variable *symptomatologie dépressive* observée avec l'EPDS a subi un léger changement entre la période prénatale et la période postnatale dans ce groupe contrôle. Il y a une faible augmentation de symptômes, concrètement de 1,10 au test postnatal du groupe contrôle. Cette augmentation est non significative du point de vue statistique ($P= 0,36$).

Le groupe expérimental présente par contre, un changement favorable dans l'évolution des moyennes de l'EPDS ; cette évolution s'oriente vers une diminution des scores de symptomatologie dépressive. En effet, la moyenne de l'EPDS prénatale du groupe expérimental $\bar{x} = 11,23 \pm 5,75$ diminue lors de son évaluation à l'étape postnatale et se situe à $\bar{x} = 9,34 \pm 5,17$. Cette amélioration est concrètement de 1,89 et est significative ($P= 0,01$). Le tableau 33 présente les résultats des moyennes obtenues avec les analyses de l'échelle EPDS prénatale et l'EPDS postnatale.

Tableau n.33

Description de l'évolution des moyennes prénatales et postnatales par groupes

Echelle	Groupe C	Groupe E	P
EPDS	\bar{x}	\bar{x}	
Prénatale	10 ±5,84	11,23 ±5,75	0,23
Postnatale	11,10 ±6,05	9,34 ±5,17	0,08
P	0,36	0,01	

P calculé avec le t de Student

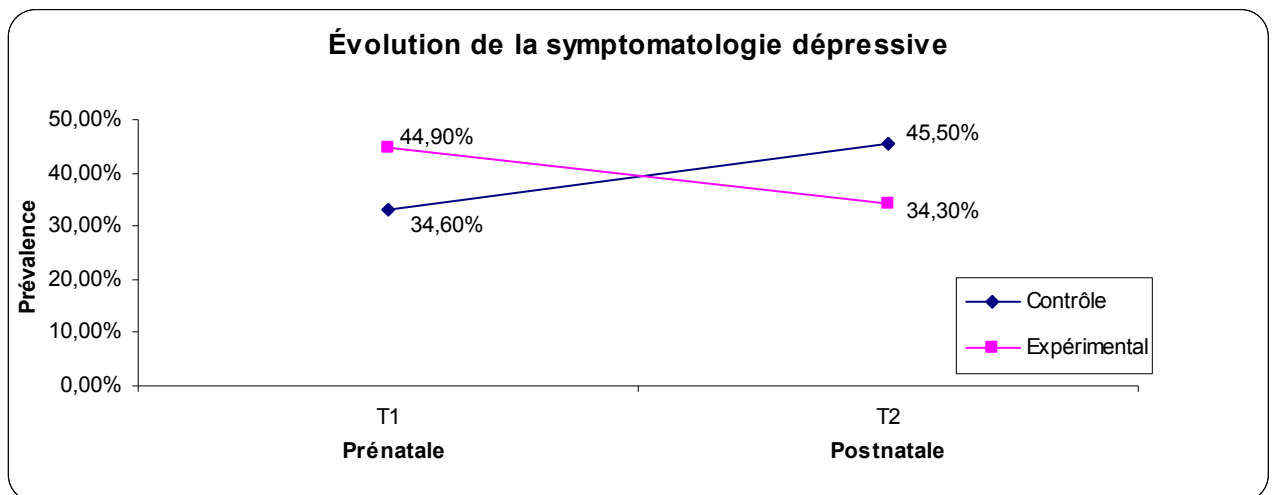
De manière globale, nous pouvons noter qu'il existe un changement positif vers la diminution des scores dans le groupe expérimental. Dans ce groupe, la comparaison des moyennes entre le pré-test et le post-test est significative (P=0,01). Tout au contraire, pour le groupe témoin le changement est négatif avec une augmentation de la moyenne des scores de l'EPDS. Cette différence est cependant non significative (P=0,36).

Enfin, bien que la diminution des scores de l'échelle EPDS dans le groupe expérimental puisse paraître faible, elle est significative d'un point de vue statistique entre l'évaluation prénatale et l'évaluation postnatale. Et cette diminution des moyennes représente un changement positif qui permet aux femmes de s'éloigner du risque de dépression. La différence entre « être à risque » et « ne pas y être » nous semble importante à retenir au niveau clinique, surtout quand il s'agit d'une évaluation à court terme. Cependant, il est clair que la comparaison finale des groupes à l'étude à l'étape postnatale ne permet pas d'obtenir une différence significative (P=0,08).

6.6 Vérification des hypothèses à l'étude

Notre hypothèse principale était que nous allions obtenir un pourcentage supérieur de cas à risque de dépression postnatale dans le groupe contrôle. Nous avons estimé que cette différence évaluée à l'étape postnatale serait de 6% pour une prévalence de 13%. En ce qui concerne les taux de la prévalence estimée, nous sommes loin de l'hypothèse formulée au départ, notre taux final étant très supérieur. Bien que le taux de risque de dépression identifié au point de césure ≥ 12 de l'échelle EPDS soit globalement beaucoup plus élevé que prévu, nous avons obtenu une différence de prévalence entre groupes causée surtout par la diminution de la symptomatologie dépressive postnatale dans le groupe expérimental comme le montre la figure n.11. En considérant les pourcentages de symptomatologie dépressive de risque (EPDS ≥ 12) à l'évaluation postnatale, la différence entre les groupes à l'étude est de 11,20%, ce résultat confirmerait l'hypothèse formulée. En effet, le groupe contrôle présente un taux supérieur de cas ayant une symptomatologie de risque comparativement au groupe d'intervention. Cependant, comme le taux de risque est très élevé, la différence finale devrait être aussi plus élevée pour devenir significative.

Figure n.11 : Prévalences selon l'évaluation de l'EPDS (≥ 12) prénatal et postnatal. Évolution croisée



6.6.1 La semaine d'évaluation postnatale

À la fin d'un des questionnaires distribués après la naissance, nous avons inclus une question relative à la semaine au cours de laquelle ils étaient complétés. Le résultat de cette analyse nous indique que, globalement, les questionnaires étaient complétés autour de la neuvième semaine suivant la naissance. Les cas extrêmes, se situent entre la quatrième et vingtième semaine postnatale. Notons une fréquence plus notable aux semaines 6,10 et 12.

La semaine de l'évaluation postnatale, résultat global

N	\bar{x}	ET
147	9,35	±3,56

Quant à la distribution selon les groupes, nous notons un très léger retard d'une semaine dans le groupe contrôle dont les questionnaires furent complétés autour de la dixième semaine après la naissance. Par contre, dans le groupe expérimental, les questionnaires ont été complétés un peu plus tôt, plus précisément autour de la huitième semaine.

Tableau n.34 **Semaine d'évaluation postnatale par groupes**

Groupes	\bar{x} (ET)	Intervalle Confiance pour la moyenne à 95%	N
Contrôle	10,37 ±3,69	9,24 - 11,51	68
Expérimental	8,06 ±2,97	7,02 - 9,10	79

Nous avons noté certains cas complétés un tout petit peu plus tardivement dans le groupe contrôle, entre la 16^{ème} et la vingtième semaine postnatale alors que la semaine maximale de réponse dans le groupe expérimental a été la 15^{ème}.

6.7 Analyse descriptive des variables complémentaires observées

Nous avons étudié différents éléments pouvant influencer ou bien compléter nos résultats. Des variables retenues avant et après la naissance pourront fournir une compréhension sur les aspects déjà observés. Par exemple, nous avons retenu l'information sur la participation du père, la santé du bébé et la santé de la femme chez les sujets étudiés. Nous avons étudié aussi les différences entre les groupes.

6.7.1 La participation du père

Nous avons analysé différents aspects, liés à la période prénatale et postnatale, de tous les couples participant à l'étude. Comme l'intervention expérimentale visait la transition au rôle de parents, nous avons analysé l'effet sur le couple des parents. Entre autres, nous avons observé la participation du père à partir des questions suivantes :

- Le père a accompagné la mère aux visites médicales
- Les deux parents ont assisté à une échographie ensemble
- Le père a participé aux séances de préparation à la naissance

Tableau n. 35

La participation du père selon groupes témoin (C) ou expérimental (E)

Variables	Groupe C (n= 58)		Groupe E (n=69)		P
	n	Pourcentage	n	Pourcentage	
Père accompagne la mère aux visites médicales	33	64,7%	55	79,6%	0,080
Assisté à une échographie ensemble	43	84,1%	64	91,8%	0,211
Père a participé aux séances prénatales	12	23,1%	42	60,0%	(p< 0,0001)

Notons que, selon ces résultats, les pères du groupe expérimental participent plus au processus de naissance comparativement aux pères du groupe contrôle. Ils sont plus nombreux à accompagner leur femme aux visites médicales (79,6% versus 64,7%) la différence entre les groupes est proche de la limite de signification ; et, ils participent plus aux séances prénatales de préparation et cela, d'une manière statistiquement très significative ($p < 0,0001$). Toutefois, ce résultat est dû en partie, parce que les pères du groupe d'intervention étaient influencés par l'intervention en soi. Il y avait des objectifs et des questions adressées spécifiquement à eux ; dans certains moments d'absence physique aux séances, la femme pouvait lui transmettre ce qui avait été dit.

6.7.2 Le fonctionnement du couple

Nous avons demandé aux parents de répondre à des questions relevant des fonctions du couple pour vérifier le soutien qui découle de ce fonctionnement. De cette manière, nous avons observé si le fait d'appartenir au groupe expérimental montrait une différence. Pour cette analyse les questions affirmatives (oui) de chaque groupe sont comparées. À la suite de ces analyses effectuées au post-test nous constatons que les couples du groupe expérimental bénéficient d'un tout petit peu plus de soutien entre eux. En général, il y a un peu plus de couples qui partagent les tâches, qui cherchent l'aide à l'extérieur du couple, et plus de couples qui communiquent comparativement aux couples du groupe contrôle. Cependant ces différences ne sont pas statistiquement significatives. Ces résultats peuvent être observés en détail au tableau 36.

Tableau n. 36 : Le fonctionnement du couple selon les groupes témoin ou expérimental

Variables	Groupe C (n= 58)		Groupe E (n=69)		P
	n	Pourcentage	N	Pourcentage	
Répartition de tâches (oui)	35	60,3%	57	82,6%	0,12
Cherchent le recours d'aide externe au couple (oui)	14	24,1 %	29	42%	0,10
Prennent du temps pour la communication du couple (oui)	39	67,2%	55	79,7%	0,13

Ainsi que cela apparaît au tableau 36, l'intervention ne semble avoir eu aucun impact sur le fonctionnement du couple. Les groupes montrent un résultat très similaire dans cette analyse. De toute façon, ces variables n'ont été évaluées qu'après la naissance.

6.7.3 L'accouchement

Nous avons analysé aussi des aspects liés à la santé du bébé et de la mère après la naissance. Ainsi que nous l'avons mentionné au chapitre de la littérature, la santé du bébé et la santé de la mère ont une influence importante sur la symptomatologie dépressive postnatale. À leur tour, les problèmes liés à l'accouchement peuvent affecter la santé de la mère ou du bébé. Il était donc important de considérer ces variables. Nous présentons ces résultats au tableau suivant (tableau 37):

Tableau n. 37 : L'accouchement selon les groupes témoin (C) ou expérimental (E)

Variables	Témoin (C) n=58	Expérimental (E) n=69	<i>P</i>
-Problèmes à l'accouchement	n=12 (20,7%)	n= 13 (20,3%)	0,85
-Accouchement physiologique	n=36 (62%)	n= 53 (82,8%)	0,02
-Prématurité	n=13 (22,4 %)	n=3 (4,7%)	0,05

Quant à l'impact de l'intervention sur la santé du bébé et sur l'accouchement, nous avons pu constater un plus grand nombre de naissances à terme et d'accouchements physiologiques, de même qu'une baisse du taux de prématurité chez le groupe expérimental. Les différences quant aux naissances à terme et la prématurité se trouvent à la limite de la signification. Pour l'accouchement physiologique, la différence entre les deux groupes est significative. Les problèmes liés à l'accouchement semblent très similaires dans les deux groupes.

Un fait remarquable est que le taux de prématurité s'est vu triplé dans le groupe contrôle comparativement au groupe expérimental. Toutefois le faible nombre de cas étudiés affecte ces résultats dont la signification serait plus appréciable avec un échantillon plus grand. Il convient, néanmoins, de souligner l'importance des résultats obtenus sur la variable prématurité. Bien que nous soyons en présence d'un problème difficile à cerner, nous avons tout de même réussi à abaisser le taux de prématurité chez les femmes du groupe expérimental.

6.7.4 La santé de la mère

Nous avons exploré les symptômes physiques postnataux pouvant indiquer les éléments somatiques décrits dans le cadre théorique de notre étude. C'est-à-dire que nous avons étudié d'autres symptômes pouvant cacher ou bien annoncer une symptomatologie dépressive. Nous n'avons pas trouvé de différence significative quant aux symptômes clairement identifiables : fièvre, tension artérielle, fatigue, irritabilité, mal au dos, etc. Toutefois, nous avons trouvé une différence à souligner en rapport à l'insomnie et au mal-être non spécifié (...vous vous sentez mal mais vous ne savez pas comment le décrire...). Cette différence entre le groupe témoin dont 23% de cas s'identifient à cette variable comparé à 8,7% dans le groupe expérimental est significative ($p= 0,02$). Ce résultat nous

suggère une question relative au devenir de ces femmes, est-ce qu'elles deviendront à risque de dépression ? Pour répondre à cette question il serait nécessaire d'effectuer une évaluation postérieure que nous n'avons pas faite.

Tableau n. 38 : **Symptômes postnatals chez les mères selon les groupes**

Variables (n= 127)	Groupe C n= 58	Groupe E n= 69	P
Fatigue	63,4% (n=33)	69,5% (n=48)	0,33
Hypotension	3,8% (n=2)	3% (n=2)	0,92
Hypertension	13,4% (n=7)	7,2% (n=5)	0,08
Fièvre	5,7% (n=3)	18,8 % (n=13)	0,30
Irritabilité	17,3% (n=9)	17,3% (n=12)	0,38
Insomnie	23% (n=12)	8,7% (n=6)	0,02
Mal-être non spécifique	21,1% (n=11)	7,2% (n=5)	0,02

En conclusion, les analyses univariées que nous avons présentées nous suggèrent qu'il existe des aspects importants à remarquer. D'une part, la symptomatologie dépressive présente une différence significative entre groupes. Le groupe expérimental indique une différence significative pour ces analyses pré et post-test univariées. Ensuite, l'étude des variables complémentaires nous permet d'observer que le groupe expérimental présente aussi une différence significative en faveur de la participation du père, l'accouchement physiologique, la prématurité, l'insomnie et, le mal-être non spécifique. Ce dernier facteur, identifié dans le groupe contrôle avec une différence significative par rapport au groupe expérimental ($P=0,02$), nous sert d'appui pour l'idée exposée dans notre cadre théorique ; il s'agit d'une hypothèse sur les femmes qui manifestent une dépression cachée sous d'autres formes de manifestations moins spécifiques. Une évaluation ultérieure de la symptomatologie dépressive postnatale nous aurait permis de vérifier cette hypothèse mais elle n'a pas été formulée dans la présente étude. Il se peut que ces femmes du groupe contrôle qui identifient un mal-être soient en fait des femmes qui ne peuvent pas identifier ou assumer une symptomatologie dépressive. C'est une idée à explorer.

6.8 Analyses multivariées (ANCOVA) de toutes les variables à l'étude

Ainsi que nous l'avons présenté dans les pages précédentes, les femmes des groupes étudiés présentent des différences significatives pour la variable principale, la symptomatologie dépressive. Nous avons vu qu'il était nécessaire de procéder à un modèle multivarié (ANCOVA) pour évaluer la contribution des variables associées à la DP en l'absence d'effets de l'intervention ou au-delà de l'intervention effectuée dans la présente étude. Ce modèle final considère les différences du groupe sur la moyenne du niveau de risque postnatal, une fois ajustées les variables prénatales. C'est-à-dire que nous utilisons un modèle de variables postnatales dans une analyse ajustée quant au niveau des variables prénatales. De cette façon, nous pouvons vérifier l'apport de chaque variable sur la symptomatologie dépressive postnatale.

Une fois ajustées les valeurs des variables prénatales à l'étude, chaque variable à un même niveau, la symptomatologie dépressive prénatale incluse, il n'y a pas de différences significatives pour la variable groupe. Le résultat que nous avons observé dans les analyses univariées, n'est pas imputable uniquement à l'intervention; ce résultat est aussi lié au risque prénatal de dépression. Cette conclusion est bien significative ($p=0,003$). Enfin, selon les résultats de la présente étude, la symptomatologie dépressive prénatale conditionne une symptomatologie dépressive postnatale chez les femmes étudiées.

Une fois introduites les moyennes de toutes les variables à l'étude, les variables qui affectent le plus significativement la symptomatologie dépressive postnatale (EPDS post) sont le soutien postnatal ($P<0,0001$), la symptomatologie dépressive prénatale ($P=0,003$) et le stress postnatal ($P=0,004$). Observons tous ces résultats dans les tableaux ci-après.

Tableau 39-A Variable dépendante : risque de dépression postnatale (EPDS post)

Groupe	\bar{x}	ET	N
Contrôle	11,10	6,05	58
Expérimental	9,34	5,17	69
Total	10,05	5,43	127

Tableau n.39-B

Estimation des paramètres. Variable dépendante : Risque de DP (EPDS post)

Paramètre	B	Erreur type	Signification (P)
Groupe C	0,656	0,767	0,294
EPDS pré	0,239	0,079	0,003
Soutien post	0,241	0,051	0,000
Rel. couple post	-8,066E-03	0,014	0,570
Stress post	1,330E-02	0,004	0,004

Note : La catégorie de référence est le groupe expérimental

Dans cette analyse, nous pouvons noter que pour chaque unité de **risque de dépression prénatal** (EPDS pré) la moyenne du **risque postnatal** (EPDS post) augmente de 0,239. Et, pour chaque unité de la variable **soutien social postnatal**, la moyenne du **risque de dépression postnatale** (EPDS post) augmente de 0,241.

Cependant, bien que, dans ces analyses, la variable groupe n'obtienne pas la signification, notons que le groupe C, augmente de 0,656 la symptomatologie dépressive postnatale comparativement au groupe expérimental.

6.9 Analyse de régression logistique

Nous avons ensuite utilisé une analyse de régression logistique dans laquelle nous avons introduit les variables **risque de dépression prénatale** (EPDS pré), **stress post**, **relation de couple post**, **soutien social post**, et **groupe** pour connaître les détails entre l'apport final de ces variables postnatales et la symptomatologie dépressive postnatale. De la même manière que nous l'avons analysé au modèle précédent, qui constitue notre modèle final, ici le modèle multivarié évalue l'effet de l'intervention expérimentale sur la DP d'une manière ajustée à chaque variable. De plus, dans cette analyse sont pris en compte les points de césure des variables (<12> pour l'EPDS et <250> pour le stress). Ce dernier modèle arrive aux mêmes résultats que ceux obtenus dans l'analyse ANCOVA précédente:

Tableau n.40 **Modèle de régression logistique**

	B	Erreur type	P	OR (I.C. 95%)
EPDS pré*	1.4	(0.51)	0,005	4,24 (1,55-11,57)
Stress post*	1.66	(0.78)	0,035	5,26 (1,13-24,62)
Relation couple post	-0,00	(0.009)	0,330	0,99 (0,97-1,00)
Soutien social post	0,14	(0.03)	0,000	1,16 (1,08-1,24)
Groupe*	-0,49	(0,51)	0,338	0,61 (0,22-1,67)

* Stress considéré avec le point de césure <250 et >250. La catégorie de référence est >250

* EPDS considéré avec le point de césure $\leq 12 \geq 12$. La catégorie de référence est ≥ 12

* Groupe. La catégorie de référence est le groupe contrôle.

Nous pouvons apprécier que l'apport de la variable du soutien social sur la symptomatologie dépressive postnatale est le plus significatif ($p < 0,0001$). Ensuite, l'apport de la symptomatologie dépressive prénatale présente un résultat presque aussi significatif ($p = 0,005$). Et finalement, la variable stress résulte significative ($p = 0,035$). Même si l'apport du facteur groupe ne présente pas un résultat significatif ($p = 0,338$), notons que le groupe expérimental montre un résultat indiquant une moindre évolution vers la symptomatologie dépressive postnatale comparativement au groupe contrôle.

6.10 La participation aux séances expérimentales de préparation à la naissance

Il est important de connaître comment et à quel point l'intervention expérimentale a pu affecter la symptomatologie dépressive des participantes au programme étudié. Pour cette raison, nous avons classifié les participantes du groupe expérimental selon le nombre de séances effectuées. Ainsi, nous avons mis dans la catégorie « participation faible », les couples ayant participé entre 1 à 4 séances. Puis, nous avons considéré de « participation modérée » les couples ayant participé entre 5 à 7 séances. Finalement, ceux ayant participé plus de sept séances (8 à 10) ont été considérées dans la catégorie « participation élevée ». Pour cette analyse nous n'avons inclus que 54 des 57 participants aux séances qui ont envoyé les questionnaires postnataux car trois de ces participants ont mal complété les questionnaires de l'EPDS. Notons que 7 autres questionnaires des participantes aux séances figurent parmi ceux qui se sont perdus à la poste.

Nous avons comparé la différence entre la somme totale du **EPDS post et l'EPDS pré** avec la catégorie de **participation aux séances**. Et ceci, pour analyser si le fait d'assister plus souvent aurait pu influencer sur la diminution de symptômes dépressifs évalués avec l'EPDS. Nous avons constaté que de façon générale, les femmes ayant participé de manière élevée ou de manière modérée dans le programme prénatal présentent globalement une diminution de la symptomatologie dépressive comparativement au pré-test. Cependant, nous ne pouvons pas associer le taux de participation avec cette amélioration. Les cas présentant une participation modérée sont ceux qui semblent avoir bénéficié le plus des séances. Enfin, nous pouvons signaler que les taux de participation significatifs se situent au-delà de 4 séances, sans pouvoir établir un rapport précis entre le taux de la participation et la diminution de symptomatologie dépressive postnatale. Ces résultats sont présentés au tableau suivant (tableau 41).

Tableau n.41

Participation aux séances et changement de l'EPDS (différence pré/ post-test)

Participation aux séances groupe expérimental N= 54 (post-test mal complété n=3) (pré-test mal complété n=4) (perdus à la poste n=7)	(différence somme EPDS pré - post) - x	Niveau de participation et diminution EPDS post P
Participation élevée (n= 29)	2.03 ±3	0,03
Participation modérée (n= 18)	3.22 ±5	0,01
Faible participation (n= 7)	0.2 ±(-1)	0,94

Test de normalité positif pour la variable différence pré/post

Notons que les cas qui montrent une moyenne inférieure et ainsi démontrent le moins d'influence de l'intervention, ou moins de différence entre le post-test et le pré-test, sont ceux qui ont le moins participé. Autrement dit, pour les cas de faible participation, la différence pré – post est inférieure aux autres situations, donc l'intervention semble moins effective pour ces sujets. Le résultat du test appliqué pour voir si la diminution des scores postnataux est significative indique un $p=0,94$. De plus, le changement dans ce groupe est très grand, bien plus élevé que les autres. En effet, dans ce groupe de faible participation nous notons des cas négatifs indiquant une augmentation des scores de l'échelle EPDS et, des cas positifs indiquant une diminution (IC 95%: -7.11 / 7.51) et cela, indépendamment du nombre de séances. On pourrait dire que ce groupe de participants a fonctionné comme un groupe contrôle, le faible nombre de séances effectuées ne pouvant influencer sur leur état.

Le groupe de participation modérée diminue les scores de l'échelle EPDS après la naissance ; la différence entre le pré-test et le post-test est significative ($p=0.01$). Le groupe de participation élevé diminue également les scores de l'échelle EPDS après la naissance ; la différence entre le pré-test et le post-test est aussi significative ($p=0,03$).

L'aspect surprenant de cette analyse est le meilleur résultat obtenu par la catégorie de participation modérée. C'est comme si le nombre optimal de séances était de 5 à 7 car les

participants ayant assisté à plus de sept séances présentent une moyenne de diminution de scores moins importante. En fait, certaines femmes ont écrit des commentaires indiquant qu'elles auraient aimé une continuité. En tout cas, le fait d'avoir participé à plus de séances ne semble pas augmenter l'impact de l'intervention. Ou bien, les participantes qui ont profité d'un plus grand nombre de séances étaient plus à risque.

La plupart des participantes ayant assisté à plus de quatre séances ont diminué les scores postnatales comparativement aux scores prénatales. Le problème dans cette analyse serait d'une part, que les personnes ayant eu une participation élevée présentent une diminution de scores moins importante que celle obtenue des sujets ayant eu une participation modérée. Puis, nous notons que le nombre de sujets indiquant une faible participation est très petit car nous avons perdu des cas à l'étude. Le fait d'avoir un nombre si petit de sujets de faible participation nous empêche d'arriver à un ajustement par d'autres analyses.

En conclusion nous pouvons affirmer seulement que, malgré certains cas négatifs en général, les femmes qui ont participé à plus de 4 séances présentent dans une analyse univariée, une diminution de scores indiquant symptomatologie dépressive postnatale comparée à l'évaluation prénatale ; cette différence est significative pour l'analyse effectuée avec le « t » de student ($p=0,002$) et également significative pour l'analyse effectuée avec le test de Wilcoxon ($p=0,003$).

À la lumière de ces résultats, nous pouvons conclure que, seules les femmes ayant participé à plus de quatre séances présentent une diminution claire de scores de l'EPDS indiquant symptomatologie dépressive. Les femmes ayant participé à moins de quatre séances ont une moyenne de diminution de scores très faible comparativement à celles ayant plus participé. Mais surtout, il existe dans ce groupe de faible participation, plus de résultats négatifs indiquant une augmentation de symptomatologie dépressive postnatale.

6.11 L'évaluation du programme de préparation à la naissance par les couples

Nous avons préparé un questionnaire très simple pour obtenir l'avis des participants aux groupes de préparation à la naissance en rapport à leur niveau de satisfaction. Ce questionnaire était distribué avec tous les autres instruments postnataux et pour toutes les femmes. De cette façon, les sujets du groupe contrôle ayant effectué des séances de préparation différentes des nôtres nous ont offert un moyen pour comparer la variable de satisfaction du programme à l'étude. Les femmes du groupe de contrôle avaient la possibilité de suivre des cours prénataux offerts par les services de référence de chacun des hôpitaux à l'étude. Cependant, seul un certain nombre s'est prévalu de ce privilège. Aucune de ces femmes n'a assisté à toutes les séances prévues. En moyenne, elles ont assisté à trois des huit séances programmées. Le programme, qui s'accompagnait d'exercices de relaxation portait principalement sur l'information concernant l'accouchement.

Nous présentons donc les résultats en rapport avec les taux de réponses pour les participants du groupe expérimental et du groupe témoin. Ensuite, nous présentons la description du choix de réponse à chaque question ; notons que dans ce questionnaire nous avons inclus quatre choix de réponse (non, pas du tout ; un peu ; oui assez ; oui beaucoup). Pour simplifier la lecture de ces analyses nous avons inclus seulement les résultats de trois choix de réponses : non pas du tout ; oui assez ; oui beaucoup.

Tableau 42 :

Évaluation du programme prénatal de préparation à la naissance. Taux de réponses

Questions évaluées	Cas					
	Valide		Perdus		Total	
	n	pourcentage	n	pourcentage	n	pourcentage
Comprendre mieux les symptômes de grossesse	72	49,7%	73	50,3%	145	100,0%
Clarifier des informations sur la grossesse	72	49,7%	73	50,3%	145	100,0%
Clarifier des informations sur l'accouchement	72	49,7%	73	50,3%	145	100,0%
Les dessins au tableau facilitent la compréhension	72	49,7%	73	50,3%	145	100,0%
La vidéo permet de comprendre le comportement adéquat à l'accouchement	66	45,5%	79	54,5%	145	100,0%
Corriger vos idées sur la grossesse, l'accouchement	71	49,0%	74	51,0%	145	100,0%
Clarifier vos questions en général	71	49,0%	74	51,0%	145	100,0%
Exprimer mieux vos sentiments	69	47,6%	76	52,4%	145	100,0%
Diminuer la solitude grâce au groupe	70	48,3%	75	51,7%	145	100,0%
Augmenter le dialogue, le partage en couple	68	46,9%	77	53,1%	145	100,0%
Exprimer mieux les besoins d'aide	68	46,9%	77	53,1%	145	100,0%
Communiquer plus avec le bébé	69	47,6%	76	52,4%	145	100,0%
Reconnaître mieux le nouveau rôle	64	44,1%	81	55,9%	145	100,0%
Renforcer la décision d'allaiter	70	48,3%	75	51,7%	145	100,0%
Chercher de l'aide	69	47,6%	76	52,4%	145	100,0%
Demander de l'aide	68	46,9%	77	53,1%	145	100,0%
Vous recommandez ce programme prénatal ?	71	49,0%	74	51,0%	145	100,0%

Tableau 43 :L'évaluation du programme prénatal par groupes C et E selon les différentes réponses

Questions	Réponses					
	Non		Oui, assez		Oui, beaucoup	
	Contrôle	E.	Contrôle	E.	Contrôle	E.
Comprendre mieux les symptômes de grossesse	3 (21,4%)	1 (1,7%)	7(50%)	20(34,5%)	4 (28,6%)	37(63,8%)
Clarifier des informations sur la grossesse	1 (7,1%)	0 (0%)	6 (42,9%)	32(55,2%)	4 (28,6%)	26(44,8%)
Clarifier des informations sur l'accouchement	1 (7,1%)	0(0%)	8(57,1%)	36(62,1%)	3(21,4%)	20(34,5%)
Les dessins au tableau facilitent la compréhension	2(14,3%)	0(0%)	6(42,9%)	21(36,2%)	3(21,4%)	36(62,1%)
La vidéo permet de comprendre le comportement adéquat à l'accouchement	4(36,4%)	0(0%)	3(27,3%)	16(29,1%)	3(27,3%)	37(67,3%)
Corriger vos idées sur la grossesse, l'accouchement	1(7,7%)	0(0%)	4(30,8%)	23(39,7%)	4(30,8%)	31(53,4%)
Clarifier vos questions en général	5(38,5%)	1(1,7%)	4(30,8%)	27(46,6%)	4(30,8%)	30(51,7%)
Exprimer mieux vos sentiments	3(25%)	4(7%)	3(25%)	25(43,9%)	0(0%)	16(28,1%)
Diminuer la solitude grâce au groupe	1(7,7%)	3(5,3%)	4(30,8%)	19(33,3%)	4(30,8%)	29(50,9%)
Augmenter le dialogue, le partage en couple	2(16,7%)	3(5,4%)	6(50%)	25(44,6%)	3(25%)	20(35,7%)
Exprimer mieux les besoins d'aide	3(25%)	4(7,1%)	3(25%)	7(12,5%)	1(8,3%)	25(44,6%)
Communiquer plus avec le bébé	1(7,7%)	1(1,8%)	2(15,4%)	21(37,5%)	3(23,1%)	33(58,9%)
Reconnaître mieux le nouveau rôle face au bébé	2(18,2%)	1(1,9%)	4(36,4%)	26(49,1%)	1(9,1%)	20(37,7%)
Renforcer la décision d'allaiter	4(30,8%)	5(8,8%)	3(23,1%)	14(24,6%)	3(23,1%)	27(47,4%)
Chercher de l'aide	2(15,4%)	10(21%)	6(46,2%)	8(14,3%)	0(0%)	28(50%)
Demander de l'aide	3(23,1%)	10(21%)	3(23,1%)	23(41,8%)	2(15,4%)	10(18,2%)
Vous le recommandez ce programme prénatal	1(7,7%)	0(0%)	2(15,4%)	12(20,7%)	10(76,9%)	46(79,3%)

Notons que, en général le groupe expérimental a un très faible taux de réponses négatives. Ce groupe n'utilise jamais la réponse négative pour les questions suivantes : clarifier des informations sur la grossesse, clarifier des informations sur l'accouchement, comprendre les comportements à partir du vidéo, comprendre les explications à partir des dessins, corriger des idées fausses et recommander le programme prénatal à d'autres personnes.

Quant aux réponses positives, le groupe expérimental se manifeste de manière très positive face aux questions : comprendre mieux les symptômes de grossesse (63,8%), clarifier des informations (43,8%), comprendre l'information grâce aux dessins (62,1%), comprendre le comportement à l'accouchement grâce à la vidéo (67,3% répondent oui beaucoup et 29% répondent, oui assez), corriger les fausses idées (53,4%), diminuer la solitude (50,9% ont répondu oui beaucoup et 33,3% ont répondu oui assez), exprimer mieux les besoins d'aide (44,6%), communiquer plus avec le bébé (58,9% ont indiqué oui beaucoup et 37,5% ont répondu oui assez), renforcer la décision d'allaiter (47,4%), recommander les séances (79,3% répondent oui beaucoup et 20% répondent oui assez), chercher de l'aide (50%) et, clarifier les questions en général (51,7%). Notons que dans le groupe contrôle cette dernière question a été évaluée négative par 38,5% des sujets. En conclusion, nous pouvons dire que les participants du groupe expérimental indiquent un taux bien supérieur de réponses très positives et positives face au programme prénatal comparativement aux participants du groupe contrôle, qui ont suivi de leur côté un autre programme offert dans leur quartier.

La vidéo, les dessins au tableau et les activités stimulant la communication avec le bébé semblent être particulièrement appréciées par le groupe expérimental. Un fait curieux est que la seule question qui obtient un taux élevé de réponses très positives dans le groupe contrôle est la recommandation du cours (76,9%) alors que ce groupe obtient un taux inférieur à 30% dans toutes les réponses positives. Ceci est probablement en rapport avec l'importance attachée à la préparation quelle qu'elle soit, vécue comme un plus relationnel avec l'équipe médicale, même si parfois, l'efficacité en paraît discutable à plusieurs égards. Enfin, dans la section commentaires les sujets du groupe contrôle n'ont rien marqué tandis que 80% des participants du groupe expérimental ont écrit des commentaires positifs, ainsi ils ont manifesté : que les séances étaient très intéressantes et dynamiques, que les séances devraient continuer encore pendant quelque temps, qu'après la naissance les séances incluant le bébé déjà né pourraient aider les parents, que la clôture des séances était émouvante, que les séances pourraient inclure plus de discussions avec vidéo. Des remerciements avec des photos du bébé ont accompagné plusieurs de ces questionnaires.

6.12 Discussion

Dans la présente étude nous avons choisi d'étudier des femmes de catégories socioéconomiques moins favorisées car ce groupe de femmes semble plus vulnérable à la DP ainsi que l'ont constaté différents auteurs (Nhiwatiwa et al, 1998 ; Patel et al, 1999 ; Séguin et al, 1999 ; Cryan et al, 2001 ; Patel et al, 2002). Le taux élevé de symptomatologie dépressive postnatale de risque (risque défini par l'EPDS ≥ 12) que nous avons observé dans cette étude (39,34 %) nous permet de confirmer que la classe sociale a un impact sur le risque de DP. Globalement, le fait d'appartenir à la classe sociale moins favorisée représente un risque de dépression pour les mères. Toutefois, un risque psychosocial s'est ajouté à la condition socioéconomique des femmes étudiées.

L'étude a été développée avec n=184 participantes considérées à risque de DP pour lesquelles le risque de dépression postnatale obtenu apparaît trois fois plus élevé que le taux moyen noté par O'Hara et Swain (1996). Le pourcentage de 13 %, obtenu par ces auteurs est la référence publiée et acceptée par la communauté scientifique. Nous ne pouvions faire autrement que de le prendre comme référence, faute d'un chiffre plus ciblé sur les personnes défavorisées. Il est clair que le fait d'étudier uniquement des femmes à risque nous a conduit vers un taux beaucoup plus élevé de symptomatologie dépressive. Et du coup, le fait d'avoir obtenu des taux si élevés de symptomatologie dépressive nous amène à une réflexion importante sur la situation de risque des femmes de niveau socioéconomique moins favorisé. De tels taux postnataux dans les groupes étudiés (45,5% dans le groupe C et 34,3% dans le groupe E) nous amènent à penser que, dans de telles conditions, il est très difficile de réduire le risque de DP à l'aide d'une intervention uniquement prénatale. Il n'est donc pas surprenant que l'intervention effectuée n'ait pas eu d'effet significatif sur les taux de détresse de la clientèle visée. Cependant, le fait d'avoir obtenu un résultat se rapprochant à la limite de la signification (P= 0,08) permet de conserver un certain espoir dans le cas d'une intervention préventive similaire qui pourrait s'améliorer lors d'une étude future.

Il est à noter que le pourcentage de cas ayant un score de risque obtenu dans la présente étude est loin du taux de 13% attendu, il est globalement triplé. Le problème qui se pose se situe au niveau du calcul de différences postnatales entre les groupes de comparaison, qui est lié au calcul de l'échantillon nécessaire à cette fin. L'ensemble était prévu en fonction d'une prévalence de 13%, taux obtenu de l'étude de méta-analyse de O'Hara et Swain (1996). Notons que cette prévalence est celle de la population générale, alors que nous avons choisi de n'intervenir que sur les personnes à risque psychosocial. Il n'est donc pas surprenant que la prévalence dans nos groupes soit nettement plus importante du fait des facteurs de risque liés à la situation socioéconomique. À la fin du chapitre I, nous avons cité les résultats de notre étude d'analyse des moyennes de la prévalence de DP chez des femmes de niveau défavorisé, un article en préparation pour lequel les résultats situent le taux moyen à 14%. Et nous avons trouvé beaucoup de variabilité des taux surtout chez les femmes les plus défavorisées (Ortiz et al, soumis). En fait, pour l'étude actuelle nous avons pris une référence qui sous-estime le problème. Par défaut, nous avons été trop idéalistes en espérant que si l'intervention était efficace, elle pourrait diminuer le taux de prévalence du groupe expérimental au point de le ramener au niveau de celui de la population générale. Une idée trop ambitieuse pour une étude de prévention et non de traitement.

Il est à noter que d'un point de vue clinique, un score total de l'EPDS égal ou supérieur à 12 identifie le sujet à risque de dépression tandis que les scores inférieurs à 12 s'éloignent d'autant plus du risque de dépression qu'elles sont plus faibles (Ascaso Terren et al, 2003 ; Rigueti-Veltema et al, 2006). Si les femmes du groupe expérimental avaient augmenté leur score moyen de 0,78 point comme les femmes du groupe témoin, elles se seraient vues affectées par la dépression. Heureusement, les femmes du groupe expérimental n'ont pas augmenté la symptomatologie, au contraire, elles l'ont réduite. Cette réduction de la moyenne en 1,68 point évaluée avec l'échelle EPDS est un bénéfice à souligner, d'autant plus que cette différence entre le pré-test et le post-test est significative ($P=0,01$). Il aurait été souhaitable d'analyser si la symptomatologie dépressive a continué à diminuer dans le groupe expérimental ou bien au contraire. En effet, les évaluations effectuées plus

tardivement, autour de la trentième semaine postnatale, indiquent souvent un taux plus élevé de symptomatologie dépressive et d'anxiété (Stuart et al, 1998). Il aurait été intéressant de le vérifier dans la présente étude avec une évaluation tardive de la symptomatologie dépressive. Malheureusement, nous avons dû nous limiter à seulement deux temps d'évaluation.

Le programme de prévention objet d'étude a débuté avec une proportion similaire de cas à risque de dépression dans les deux groupes (C et E) sans que les autres variables de contrôle ne présentent aucune différence significative. Notons cependant un faible écart entre les groupes résultant de l'EPDS prénatal. Cette différence non significative, qui est la seule entre toutes les variables étudiées au départ suggère que certains sujets à risque plus élevé du groupe contrôle n'ont pas envoyé les questionnaires prénataux. Probablement, les cas du groupe expérimental présentant une symptomatologie dépressive élevée, sachant qu'ils auraient un type d'aide au cours de cette période, se seraient impliqués davantage dans les réponses aux questionnaires. Les cas du groupe de contrôle, ne bénéficiant d'aucune intervention de notre part, ou sans un retour à la suite de leur effort pour compléter et envoyer les questionnaires, ou pour d'autres raisons, nous ont oublié. Les sujets du groupe intervention, avertis de la nécessité de compléter les questionnaires pré-test avant d'initier le programme prénatal, ont possiblement dû augmenter le taux de réponse au pré-test. Tout au long de l'étude nous avons observé que les cas perdus dans le groupe contrôle ont doublé par rapport aux cas perdus dans le groupe expérimental. Le fait de n'avoir aucune intervention à faire avec les cas contrôle ni rien à leur offrir aurait pu influencer sur la motivation à répondre aux questionnaires (malheureusement, les efforts pour obtenir un financement à ce sujet n'ont pas donné le résultat souhaité). Au contraire, le suivi téléphonique et la présence aux séances des sujets du groupe expérimental ont maintenu les sujets ayant un risque plus élevé. L'analyse de ces éléments montre donc, que le suivi régulier et attentif des cas à risque les maintient dans le circuit observé (et donc bien suivi médicalement et socialement), au contraire des cas à risque identiques qui disparaissent du seul fait de ne pas leur avoir fait un suivi. Une analyse de cette réalité

mérite de figurer dans la présente thèse comme incidente expérimentale, avec les éléments connus de non ou mauvais suivi des personnes de bas niveau socioéconomique. Un des résultats de l'étude montre ainsi que ce n'est pas uniquement les mauvaises conditions de vie qui sont responsables de la relative « indifférence » de ces personnes face au suivi médico-social, mais que le comportement même des institutions auxquelles il faut s'adresser pour obtenir de l'aide, a aussi un effet quand c'est justement l'idée même de demande d'aide qui fait défaut.

En ce sens, l'étude de dépistage, prévention et traitement menée par Chabrol et al (2002) a montré que les femmes enceintes ayant reçu un type d'intervention préventive limitée (un entretien unique) sont beaucoup plus nombreuses à participer et accepter le traitement proposé postérieurement (après la naissance) que les femmes n'ayant eu aucune intervention. Ceci montre l'intérêt d'une relation thérapeutique, ou d'un lien qui puisse permettre la continuité de la participation des femmes.

Le questionnaire de sélection que nous avons utilisé ne détermine pas le même niveau de risque que l'échelle EPDS. La première considère des aspects socio-affectifs, des aspects émotionnels et des symptômes physiques et psychiques en plus des perceptions. Tandis que l'échelle EPDS considère seulement les éléments psychiques et émotionnels. Quand nous avons effectué la répartition aléatoire des cas à l'étude, nous nous sommes servis des niveaux de risque obtenus par l'entrevue de sélection des auteurs Riguetti-Veltema, et al (1998, 2006). Et, ainsi que nous l'avons présenté, la distribution du niveau de risque était proportionnée. Nous avons été guidés uniquement par la distribution de risque effectuée par l'analyste qui recevait les entrevues, et qui a assuré une proportion équilibrée dans les deux groupes, un fait vérifié par une deuxième analyste lors des analyses finales. Enfin, notons que parmi les variables étudiées : soutien social, relation de couple et stress il existe toujours une similarité entre les deux groupes, aucune différence significative n'a été trouvée. Les variables sociodémographiques se sont montrés également proportionnés. Cet aspect permet de faire une lecture adéquate du résultat final.

Une différence entre le groupe contrôle et le groupe expérimental a été notée pour la variable *symptomatologie dépressive postnatale* de la présente étude. Le groupe expérimental qui a bénéficié de l'intervention présente, en moyenne, un peu moins de risque de DP que le groupe contrôle (1,7). Et, il en résulte un taux d'amélioration des symptômes dépressifs significativement supérieur dans le groupe expérimental. Cependant, cette amélioration n'est pas suffisante pour obtenir une différence significative dans les analyses finales.

Les auteurs Chabrol et al (2002) ont obtenu une différence postnatale des moyennes de l'EPDS entre les groupes C et E de : 1,8 qui est similaire à celle obtenue dans la présente étude (1,7). Ces auteurs obtiennent un résultat de ($\bar{x}=10,3 \pm 4,4$ dans le groupe C et $\bar{x}=8,5 \pm 4$ dans le groupe E). Alors que dans la présente étude le résultat est de $\bar{x}= 11,10 \pm 6,05$ dans le groupe C et $\bar{x}= 9,34 \pm 5,17$ dans le groupe E). Et, l'analyse des différences entre ces moyennes **postnatales** est de $P=0,08$ dans notre étude, un résultat qui se rapproche de la limite de signification. Cependant, avec un score moyen tellement proche du notre ces auteurs obtiennent la signification. Le nombre de cas analysés à la fin de l'étude (presque le double du nôtre) et la diminution un peu plus accentuée du pourcentage de cas déprimés dans le groupe expérimental marquent la différence; cela nous suggère que l'échantillon que nous avons étudié serait en partie responsable du manque de signification dans nos analyses finales. De plus, Chabrol et al (2002) ont utilisé le point de césure 11. Pour notre part, nous avons choisi 12, car il était convenable de suivre l'indication de l'étude effectuée par Guédénéy et Fermanian, (1998) et par Ascaso et al (2003). D'autre part, dans l'étude effectuée par Adouard et al (2005) chez un groupe de femmes dont la grossesse était identifiée à haut risque, le point de césure de l'EPDS de cette étude avait été fixé à 11,5.

Dans la présente étude, un taux de 59,7% des femmes du groupe d'intervention améliore la symptomatologie dépressive après la naissance (selon le score obtenue). Ce résultat rejoint les conclusions effectuées par Lumley et Austin (2001) qui, à la suite d'une révision

d'études portant sur des interventions basées sur différentes approches estiment qu'elles sont effectives pour éviter la DP chez environ 50% des participants. Bien que ces estimations concernent les interventions postnatales, elles peuvent servir de référence.

D'autre part, il est possible que certaines femmes étudiées n'aient pas montré une symptomatologie dépressive claire, ce seraient les femmes ayant indiqué l'insomnie ou ayant indiqué un mal être après la naissance, ces deux facteurs étaient plus présents chez les femmes du groupe contrôle ; une forme plus somatique des symptômes pourrait cacher certains cas à risque de dépression. Les signes proprement dits de la dépression sont peu rencontrés chez les femmes déprimées évaluées 3 mois après la naissance avec l'EPDS dans l'étude de Rigueti-Veltéma et al (2006). De plus, quand les auteurs considèrent une question portant sur le sentiment de solitude, le taux de cas à risque de DP augmente.

Il est connu, et nous l'avons noté aussi, que certaines femmes qui montrent une symptomatologie dépressive à l'évaluation prénatale ne semblent pas déprimées à l'évaluation postnatale. À l'inverse, certaines femmes avec des scores de l'EPDS inférieurs à 12 et donc théoriquement sans risque de dépression, passent le seuil du risque lors de l'évaluation postnatale. Cette variabilité est présente dans les deux groupes, contrôle et expérimental de notre étude. Nous avons expliqué dans les chapitres précédents qu'il se passe beaucoup de choses pendant la grossesse des femmes. Les déménagements sont fréquents soit pour changer de logement afin de mieux accueillir le bébé, soit à cause de la fin de la relation du couple ; nous avons noté des voyages fréquents ; la perte d'emploi, etc. C'est pourquoi, une diminution de scores dans le groupe expérimental malgré ces changements, malgré le niveau socioéconomique d'appartenance et malgré le niveau de risque initial apprécié par une moyenne assez élevée de symptomatologie dépressive prénatale, nous apparaît important à souligner. Même si la maternité cause un changement chez toutes les femmes, il est probable que ces changements soient encore plus grands chez les femmes immigrées. Nous avons observé que ces femmes étaient obligées de se déplacer afin d'obtenir les documents nécessaires à la légalisation de leur séjour dans le pays, pour

visiter la famille, mais aussi pour essayer de récupérer d'autres enfants laissés au moment de l'immigration.

Un aspect à souligner est que le pourcentage des scores indiquant une symptomatologie dépressive postnatale correspond à une étude dont 60% des sujets étudiés étaient des immigrés. En effet, la variable immigration (5 dernières années) fut identifiée comme un facteur prédictif de la dépression postnatale dans une étude effectuée à Vancouver sur 594 femmes ; les autres variables considérées comme prédictives dans la même étude étaient : antécédents de dépression, personnalité vulnérable, stress, faible perception de soutien social et induction de la grossesse (Dennis et al, 2004).

Il est connu que l'immigration s'accompagne d'un faible niveau de soutien social durant les premières années en attendant de pouvoir organiser un réseau social. Dans notre étude, le soutien social prédit la symptomatologie dépressive postnatale, une symptomatologie difficile à éviter chez les mères immigrantes, ainsi que nous l'avons constaté. Selon une étude effectuée aux États-Unis chez n= 3952 femmes hispaniques, nombre de ces femmes immigrées présentaient des signes de dépression pendant la grossesse et continuaient d'être nombreuses (42,6%) à présenter des signes probables de dépression évalués avec le CES-D (≥ 16) après la naissance. Cette dépression était associée au niveau de scolarité et à leur statut d'immigration (Kuo et al, 2004).

Le manque de soutien social est très souvent associé à la symptomatologie dépressive postnatale comme l'ont constaté d'autres auteurs (Séguin et al, 1995 et 1999; Fisch et al, 1997; Logsdon et Wayne, 2001). L'étude effectuée par Boury et al, (2004) à l'intérieur du programme WIC (*Special Supplemental Feeding Program for Women, Infants and Children*) a indiqué que 51% des femmes évaluées à 30 semaines après la naissance avec le BDI (*Beck Depression Inventory*) présentaient des symptômes de dépression ; les variables stress et soutien social étaient associées à ces symptômes. Et c'est exactement ce que nous avons noté. Nous avons montré que le stress influe sur le risque de DP ainsi que constaté

par Rubertsson et al, (2005). Ensuite nous avons constaté que plus faible est le niveau de soutien social, plus élevé est le risque de dépression postnatale. En ce sens, nous pouvons confirmer encore une fois que les variables stress et soutien social influent de manière significative sur la DP.

Le soutien social, la symptomatologie dépressive prénatale et le stress psychosocial ont une relation très claire avec la symptomatologie dépressive postnatale. Dans les analyses de régression effectuées, le groupe contrôle a montré le résultat attendu et a présenté plus de dépression que le groupe expérimental. Les participantes de la présente étude ayant manqué de soutien, l'intervention n'aurait été qu'une contribution. Il est compréhensible que certaines femmes du groupe expérimental provenant d'autres continents, sans liens facilitant un soutien stable, n'aient pas montré un résultat positif. Ces femmes vivaient toutes dans des conditions telles qu'il était difficile de les protéger par le seul biais d'une intervention prénatale de groupe. D'autres actions complémentaires auraient été nécessaires : par exemple, un travail sur les besoins de base (Polomeno, 1999), la continuité du programme à la période postnatale pour faciliter le soutien après la naissance, ou la dispensation d'aliments riches en fer. Nous avons noté des cas de précarité grave pour lesquels notre intervention ne pouvait pas satisfaire les besoins de base qui restaient insatisfaits. En effet, le déficit en fer affecte les émotions postnatales ; il a été noté une relation entre le niveau de fer et la dépression, le stress et le fonctionnement cognitif (Beard et al, 2005). Ces auteurs sont arrivés à cette conclusion à la suite d'une étude effectuée chez 280 mères défavorisées évaluées par l'EPDS à dix semaines et à neuf mois après la naissance. Faute d'un apport nutritif suffisant, les besoins de base sont insatisfaits et les autres besoins deviennent secondaires. Il est donc probable que certaines femmes mal nourries du fait de leur situation de précarité n'aient pu surmonter les difficultés de la naissance qu'avec une dépression. En effet, les conditions sociales précaires constituent un facteur de risque important selon Rigueti-Veltema et al (2006). La complexité de l'environnement psychosocial des femmes défavorisées ne nous permet pas de contrôler toutes les variables en jeu. En outre, le revenu influe sur l'alimentation des femmes et à son

tour, cette variable affecte le poids du bébé à la naissance et une tendance à la prématurité ; en ce sens, le concept de besoin devrait être le plus important dans les objectifs d'un programme d'intervention chez des femmes enceintes défavorisées (Perreault et al, 1997). Toutefois, il a été noté que les facteurs prédictifs de la DP peuvent être similaires aux facteurs de risque des naissances de faible poids ou prématurées (Halbreich, 2005) ; donc il n'est pas étonnant que l'intervention expérimentale ait un impact sur ces variables.

Le manque de signification pour la variable groupe peut s'expliquer, entre autres, par la difficulté d'influer d'une manière suffisamment notable sur les participantes à risque plus élevé, par la difficulté d'avoir un impact statistiquement significatif avec un programme composé seulement de dix séances, par le faible nombre de cas de l'échantillon final, ou par bien d'autres éléments non contrôlés. Toutefois, la sélection des participants a été faite de manière aléatoire, les groupes étant similaires quant à l'âge des participantes, au niveau socioéconomique, aux antécédents de traitement psychiatrique, à la parité, au niveau de soutien social, au niveau de stress et à l'ajustement du couple. Nos résultats ne nous permettent qu'une approximation de l'impact de l'intervention, si nous considérons l'évolution entre les évaluations prénatales et les évaluations postnatales. L'intervention a eu un effet, mais cet effet n'a pas été assez grand pour devenir significatif. Il est à noter que l'objectif de notre programme expérimental était la prévention, non le traitement de la dépression; il n'est donc pas surprenant que nous n'ayons pas abaissé le taux des symptômes dépressifs au point de la disparition significative du problème. Entre autres, les conditions de précarité de certaines participantes du groupe expérimental et le nombre de questionnaires perdus ont pu freiner la constatation statistique de l'impact de l'intervention. Nous avons diminué le risque de dépression dans un groupe à risque élevé et en ce sens, l'objectif de prévention a été atteint. Cependant, afin que cette diminution du risque de DP soit suffisante pour obtenir la signification statistique, l'échantillon aurait dû être plus grand. Enfin, déterminer au préalable de combien la diminution de risque est suffisante pour éviter le problème de santé est très important pour le calcul de la taille nécessaire de l'échantillon.

6.12.1 Limites de l'étude

Le fait d'appartenir à une classe sociale moins favorisée a souvent un rapport avec l'estime de soi, une variable que nous n'avons pas étudiée chez les femmes de notre étude. L'étude de l'estime de soi nous aurait permis de connaître l'impact de l'intervention expérimentale sur cette variable. En effet, l'étude de prévention de la DP effectuée par Matthey et al (2004) montre un impact positif de l'intervention prénatale chez les femmes qui auraient indiqué une faible estime de soi avant la naissance de leur enfant. Comme l'estime de soi a une relation étroite avec la dépression, il s'avère important d'évaluer cette variable tant au pré-test qu'au post-test. Malheureusement nous ne l'avons pas fait.

Notre étude aurait nécessité un échantillon supérieur de participants, surtout à cause du type de population étudiée ; malheureusement, nous avons perdu nombre de cas comme il est prévisible dans une étude longitudinale. Toutefois, il aurait été préférable de recruter plus de femmes au début de l'étude pour arriver à un nombre adéquat de participants à la fin. Ou bien, travailler avec plus de disponibilités, l'aide d'un assistant de recherche pouvant suivre de près chaque femme aurait évité certaines pertes. Les taux d'abandon différents dans le groupe expérimental et le groupe témoin créent un biais qui affecte la validité interne de la présente étude. Il aurait été mieux d'offrir une compensation aux participantes du groupe témoin pour assurer leur participation. Nous avons vu que le nombre de sujets étudiés aux analyses finales nous a limité beaucoup dans nos conclusions. Pour nous, la taille de l'échantillon final est une des principales limites de cette étude.

Il aurait été également souhaitable d'évaluer les femmes après la naissance une deuxième fois. De cette façon, nous aurions pu constater l'évolution de l'insomnie ou du mal-être non spécifique signalés par les femmes du groupe contrôle à l'évaluation postnatale. Cette deuxième évaluation postnatale nous aurait permis de noter si ces facteurs somatiques se

transforment en dépression ou non, et, si les différences d'autres variables observées entre les groupes contrôle et expérimental se maintiennent, augmentent ou disparaissent. Ceci est une autre limite importante.

Le fait de compter sur peu de ressources humaines et de disponibilités nous a obligé à prendre la décision du non suivi des femmes rejetées de l'étude par le critère du non risque. Il aurait été intéressant de suivre également ces femmes pour vérifier si elles ont présenté ou non des symptômes dépressifs après la naissance ainsi que détecté avec l'entrevue de sélection. Malheureusement, il n'était pas possible d'inclure cette partie de l'étude. De toute façon, les valeurs prédictives négatives du questionnaire de Rigueti-Veltema et al (2006) utilisé pour la sélection de la présente étude se situent entre 91% et 96%, ce qui permet aux auteurs d'affirmer que lorsqu'une femme est considérée comme négative par cette stratégie de dépistage, il est peu probable qu'elle développe une dépression postnatale (Rigueti-Veltema et al, 2006).

Idéalement le groupe témoin aurait dû avoir l'option d'un programme prénatal offert aux mêmes endroits et dans les mêmes conditions que le groupe expérimental ; ce fait, aurait permis une expérience comparable des femmes étudiées. Cependant, cette possibilité était difficile et très compliquée étant donné la situation de cette recherche complètement externe aux lieux cliniques, sans compter sur le pouvoir d'action pour ce type d'offres et sans ressources pour le faire. Cela est sans doute une limite dans une étude randomisée.

Toutes les femmes n'ont pas complété les questionnaires postnataux au même moment. Une moyenne de deux semaines d'évaluation ultérieure dans le groupe contrôle peut avoir contribué à donner un taux supérieur de symptômes de dépression chez ces femmes. Cet aspect peut être considéré comme une autre limite de cette étude.

Finalement, les évaluations effectuées avec tous les questionnaires aux deux périodes, prénatale et postnatale étaient autorapportées; nous n'avons pas effectué d'entrevues

dirigées pour obtenir l'information, à l'exception de la première entrevue de sélection. De ce fait, nous avons rejeté un certain nombre de questionnaires faute d'être bien complétés. Nous avons perdu entre 15% à 20% des sujets à l'étude à défaut de réponse. Et, 16% des femmes n'ont pas retourné le questionnaire dans le délai prévu pour la période d'évaluation. En résumé cette procédure a occasionné la perte d'environ 30% des participantes. Il est possible que le taux d'analphabétisme fonctionnel soit élevé chez les femmes majoritairement immigrantes, ce qui pourrait expliquer les difficultés qu'elles auraient éprouvées à remplir le questionnaire. Lorsque les moyens le permettent, il est souhaitable d'effectuer des entrevues dirigées par un intervieweur pour éviter la perte de réponses et de données. C'est d'ailleurs ce que nous avons prévu de faire et que nous n'avons pu faire faute des moyens nécessaires. Cela constitue une limite. Nous pouvons résumer les limites principales de cette étude en six points :

- 1) le nombre de cas étudiés : un échantillon plus grand serait souhaitable.
- 2) l'évaluation limitée à deux périodes : une troisième évaluation à plus long terme aurait été nécessaire.
- 3) la perte des questionnaires : il faudrait éviter l'utilisation de la poste locale.
- 4) le manque de comparabilité entre le programme prénatal du groupe contrôle et celui du groupe expérimental, les deux offerts dans des endroits et des conditions différentes.
- 5) la semaine dans laquelle les femmes de chaque groupe à l'étude ont complété les questionnaires postnataux. Idéalement, il aurait fallu répondre dans une période parallèle.
- 6) l'évaluation limitée à des réponses autorapportées.

Notons qu'il aurait été désirable de mesurer la variable principale, dans cette étude la symptomatologie dépressive postnatale avec deux instruments différents, le recours à l'échelle EPDS est bien justifié mais il aurait été mieux d'évaluer les femmes avec un deuxième instrument surtout, qu'il n'était pas possible d'avoir accès à une entrevue clinique pour toutes les femmes.

Conclusion

La présente étude a commencé avec n= 529 femmes recrutées, desquelles n= 220 ont été identifiées à risque, cependant 36 participantes ont été éliminées de l'étude. Parmi les 184 participantes sélectionnées, n=92 étaient assignées au groupe contrôle et n=92 étaient dans le groupe expérimental. Ces participantes ont été étudiées selon la condition « intention to treat ». De cette façon, les critères d'une évaluation rigoureuse de l'intervention ont été retenus : les participantes à risque ont été sélectionnées au moyen d'un questionnaire validé, une distribution aléatoire a été effectuée et des variables de contrôle ont été incluses.

Une fois évalués les symptômes dépressifs postnatals avec l'échelle EPDS entre la 4^{ième} et la 12^{ième} semaine postnatale et considérant le risque de DP au point de césure ≥ 12 de l'échelle, il en résulte que **le pourcentage de femmes à risque de DP est de 39,34%**; globalement, les femmes étudiées présentent un taux élevé de symptomatologie de risque. Les groupes étant comparables sur toutes les variables prénatales, notons une différence dans l'évaluation postnatale de l'EPDS (≥ 12) de 11,2% entre le groupe C et le groupe E (45,5% et 34,3%). Le groupe contrôle présente une évolution sans modifications entre l'évaluation prénatale et l'évaluation postnatale avec une légère augmentation des scores après la naissance ($t = -0,92 / P = 0,36$). La moyenne de cette analyse pré/post-test est négative, fait qui démontre l'augmentation des symptômes ($\bar{x} = -0,78 \pm 6,07$). Par contre, les femmes du groupe expérimental présentent une diminution significative des scores de l'EPDS ($t = 2,50 / P = 0,01$) comparativement au pré-test. La moyenne de cette analyse pré/post-test est positive ($\bar{x} = 1,68 \pm 5,28$), fait qui indique une diminution de symptômes. Ces résultats doivent être nuancés à la suite de l'analyse postnatale entre les deux groupes; la différence finale entre les moyennes de l'EPDS postnatal est de 1,76 ($\bar{x} = 11,10 \pm 6,05$ dans le groupe C et $\bar{x} = 9,34 \pm 5,17$ dans le groupe E); cette différence est marginalement significative lorsqu'on considère la variable continue ($p = 0,08$) et serait plus significative avec un échantillon plus grand. Cependant, la différence entre groupes n'est pas significative ($P = 0,21$) quand on considère la variable dichotomique (EPDS $< 12 = 0$ et

EPDS \geq 12 =1). Avec ces résultats nous pouvons dire que l'intervention effectuée a permis de diminuer les scores indiquant symptômes de dépression mais elle n'est pas suffisante pour éviter le risque de dépression de manière significative du point de vue statistique. Un pourcentage de 59,7% des femmes qui ont bénéficié de l'intervention a amélioré la symptomatologie dépressive (selon le score obtenu) entre l'évaluation pré et l'évaluation postnatale, mais cette amélioration devrait être un tout petit peu plus accentuée ou bien, le taux un peu plus élevé pour atteindre plus de femmes.

Selon les résultats de notre étude, les femmes défavorisées à risque de DP semblent être très influencées par des facteurs psychosociaux tels que le soutien social et le stress; ces variables montrent un effet très significatif sur le risque de DP. Les femmes étudiées ont eu des enfants dans des situations sociales difficiles, aspect qui explique le taux élevé de cas à risque de DP. Enfin à la lumière de ces résultats nous pouvons conclure que :

- Le pourcentage de DP élevé que nous avons noté est dû, d'une part à la classe socio-économique des femmes sélectionnées, et d'autre part au fait que nous avons travaillé seulement avec des femmes ayant un niveau de risque de DP de modéré à élevé. Le questionnaire validé de Rigueti-Veltema et al (2006) que nous avons utilisé pour dépister les femmes à risque a déjà montré son efficacité. Nous confirmons donc deux choses : 1) que les femmes de classe sociale défavorisée présentent plus de symptomatologie dépressive prénatale et postnatale et donc plus de risque de DP ; et 2) qu'un grand nombre de femmes identifiées à risque de DP par le moyen utilisé sont effectivement à risque, fait constaté par le taux élevé de symptômes dépressifs obtenu en l'évaluation postnatale.
- La détection prénatale du risque de souffrir une DP est d'une efficacité certaine, surtout si nous utilisons l'échelle EPDS, ainsi que l'ont constaté d'autres études (Wickberg et al, 2005) ou le questionnaire de Rigueti-Veltema et al (2006) ou les

deux à la fois. La relation significative entre la symptomatologie dépressive prénatale et la symptomatologie dépressive postnatale évaluées avec l'EPDS le confirme. D'après nos résultats, plus le risque de dépression prénatale est élevé, plus est élevé le risque postnatal chez les femmes étudiées.

- La détection du risque de souffrir de la DP pourrait être améliorée par l'addition d'une troisième évaluation postérieure à la période après la naissance où nous avons fait la deuxième évaluation. Le taux élevé de cas à risque de DP que nous avons obtenu dans cette étude nous permet de constater que l'identification des cas à risque effectuée était efficace. Toutefois, l'évaluation prénatale du risque de DP n'est pas suffisante pour garantir une détection effective; différentes variables peuvent échapper à cette détection précoce, soit parce qu'elles apparaissent après la naissance, soit pour d'autres raisons. Le changement que nous avons observé entre ce qui se passe avant et ce qui se passe après la naissance, nous suggère qu'il est préférable de dépister également à la période du pré et du postpartum ainsi qu'indiqué déjà par Chardeau (2000).
- L'intervention expérimentale que nous avons évaluée a démontré un impact positif lorsqu'on considère la variable continue ($p=0,08$) qui deviendrait plus significative avec un échantillon plus grand. Des effets favorables tels que l'amélioration des symptômes dépressifs (59,7%) et la diminution des naissances prématurées sont, entre autres, des effets positifs que nous avons observés avec un résultat significatif. Notons que d'autres auteurs ont déjà affirmé que le soutien psychologique chez les futures mères exerce une protection contre le risque d'accouchement précoce (Facchinetti et Ottolini, 2004) ; ce soutien a été considéré comme le seul facteur capable de diminuer le risque de prématurité par Mamelle et al, (1992, 1997). Pour les femmes défavorisées dont les conditions de naissance sont souvent plus difficiles, le respect, le confort et la dignité deviennent des facteurs de soins très importants car souvent ils manquent (Nzama et Hofmey, 2005) ; lorsque ces aspects

sont assurés, le résultat de naissance est meilleur car les femmes se sentent bien soutenues (Nzama et Hofmey, 2005) et l'impact du stress psychosocial diminue ainsi (Facchinetti et Ottolini, 2004). Nous l'avons ainsi constaté à partir de la variable d'accouchement prématuré. En effet, le groupe expérimental présente un taux inférieur de naissances prématurées comparativement au groupe contrôle; la différence atteint le seuil de signification ($p= 0,05$) pour un échantillon dont, globalement le niveau de stress observé est élevé, facteur qui prédispose au risque d'accouchement prématuré.

- Le soutien offert à différents niveaux des soins maternels requiert la confiance et la collaboration entre professionnels, des aspects qui constituent une prévention efficace de la dépression du post-partum ; et ce type de prévention suggère un changement des pratiques (Toubin et al, 2006). Nous avons noté surtout la collaboration des sages-femmes mais parfois, certains médecins n'ont pas facilité la continuité de la participation des femmes aux séances prénatales. La vision de ces médecins était parfois limitée à une pratique traditionnelle, un fait qui met une certaine barrière contre ce type d'interventions préventives d'orientation non biologique. Enfin, la continuité du programme préventif à l'étape postnatale serait souhaitable car certaines dépressions postnatales peuvent être évitées par des interventions prénatales mais d'autres nécessitent un soutien offert après la naissance, ou bien les deux (Elliott et al, 2000). D'autre part, parfois les femmes vulnérables présentent plus de symptômes de dépression à l'étape prénatale, mais l'intervention prénatale doit continuer à l'étape postnatale pour assurer l'efficacité de la prévention ainsi que l'indiquent Hayes et al (2001). Nous sommes aussi de cette avis, surtout que la satisfaction élevée des mères quant à l'intervention expérimentale et l'acceptation de celle-ci indiquent qu'une continuité du programme est faisable.

- Le soutien social est le facteur qui affecte de manière la plus significative la symptomatologie dépressive prénatale et postnatale des femmes étudiées. Nos résultats indiquent que plus faible est le soutien social identifié, plus important est le risque de DP. Ce soutien devrait être pris en considération dans les interventions préventives, les interventions prénatales des infirmières et surtout, celles des sages-femmes (Polomeno, 1996). Cependant, il faudrait bien définir le type de soutien et le moyen de l'offrir (Polomeno, 2000). En effet, l'efficacité du soutien social a été remise en question dans une étude appliquée par des travailleurs sociaux qui ont effectué dix visites à domicile après la naissance chez 623 femmes (Morrell et al, 2000). Et d'autres études concernant les visites à domicile et la DP apportent une conclusion similaire, les femmes étudiées ne présentent pas de résultats significatifs quant aux effets des visites prénatales sur les symptômes de dépression postnatale (Perreault et al, 2000). Par contre, l'intervention à domicile s'est montrée efficace pour le traitement de la DP lorsqu'elle a été faite après la naissance (Chabrol et al, 2002). Enfin, le soutien apporté après la naissance semble efficace lorsqu'il vient d'autres femmes « soutien de pairs » (Dennis, 2003). De plus, le soutien apporté à la période postnatale démontre plus d'efficacité que le soutien apporté à la période prénatale ; et le soutien offert de manière individuelle après la naissance, avec une orientation psychothérapeutique, serait encore plus efficace, tel que constaté par Dennis (2005). Toutefois, il est probable que la perception du soutien social soit peu clarifiée dans la présente étude. D'autres échelles de cette variable devraient assurer l'évaluation de la perception du soutien social.
- Quant à la variable « relation de couple », notons que plusieurs participants n'ont pas complété ces questionnaires. Tout au long du processus de l'étude on a noté des problèmes familiaux graves qui affectent la relation. Il est donc probable que les couples ayant plus de problèmes figurent parmi ceux qui n'ont pas envoyé les questionnaires. En conclusion, les questionnaires autorapportés ne seraient pas trop fiables quand il s'agit de personnes en conflit ou en situation critique.

- L'apport scientifique de cette thèse contribuera à justifier la détection et la prévention de la DP, aspects qui sont très nécessaires car à ce jour, ce problème de santé est encore peu reconnu et rarement traité en milieu clinique (Seyfried et Marcus, 2003 ; Rigueti-Veltema et al, 2006). Dans l'intervention expérimentale étudiée nous avons noté certains résultats positifs sur les bébés (taux de prématurité) et une diminution notable des symptômes dépressifs chez les mères mais surtout, nous n'avons pas noté d'effets néfastes. D'autres études incluant une troisième évaluation de la DP et un échantillon plus grand seraient souhaitables pour confirmer nos résultats.

Recommandations :

La classe ouvrière et la classe sociale moins favorisée étant les plus fréquentes parmi les femmes étudiées, les situations de précarité de certaines de ces participantes ont été difficiles à atténuer par le seul biais de l'intervention expérimentale. C'est pourquoi il est intéressant de considérer les impacts de la variable du stress psychosocial et du soutien social sur la symptomatologie dépressive. En ce sens, il sera pertinent de focaliser plus fortement l'attention sur ces variables lors d'une future intervention préventive.

Pour démontrer l'impact d'une intervention préventive similaire à la nôtre sur l'apparition de symptômes dépressifs postnataux lors d'une future étude, d'après nos résultats il s'avèrerait nécessaire de :

- a) Augmenter le plus possible l'échantillon à l'étude en prévision des pertes de participants; en effet, il se produit beaucoup de changements pendant la grossesse (déménagements, séparations du couple, perte d'emploi, etc). Chez les femmes enceintes défavorisées, il existe encore plus de circonstances qui favorisent un changement (problèmes de famille, revenu, alimentation, complications de santé, violence familiale, etc.). Ces circonstances obligent la femme à changer d'adresse, ou changer d'hôpital de référence, ou enfin, créer un éloignement quelconque. L'échantillon doit être calculé à la base selon les taux observés chez les femmes à risque.
- b) Veiller à bien assurer la participation des sujets du groupe témoin;
- c) Utiliser deux instruments différents pour identifier le risque de DP lors d'une détection précoce efficace. Et évaluer en trois temps : une fois avant la naissance et deux autres fois après la naissance ;

- d) Prolonger les sessions de préparation à la naissance à la période postnatale pour préparer les couples à une nouvelle réalité avec leur bébé et pour faciliter un soutien postnatal entre les participants. Et inclure le soutien individuel au besoin dans cette deuxième période ;
- e) Évaluer l'estime de soi autant à la période prénatale que postnatale ;
- f) Offrir un niveau de soutien élevé lors d'un programme préventif car cette variable est très associée au risque de dépression postnatale.

Nous aimerions ajouter que l'étude de la dépression postnatale implique l'évaluation de femmes dans une période où elles sont assez fatiguées à cause du bébé et de tout ce qui entoure une nouvelle naissance. Même si les questionnaires choisis sont les plus faciles à compléter, les mères se sentent débordées par des questions qu'elles considèrent comme intéressantes mais auxquelles il n'est pas facile de répondre rapidement. Ce fait expliquera le taux élevé de questionnaires mal complétés que nous avons dû rejeter (10% à 15%). De plus, le fait de penser à les envoyer par la poste représente encore une responsabilité ajoutée pour les nouvelles mères. Souvent, elles ont avoué que les questionnaires étaient complétés mais non envoyés. Enfin, malheureusement la poste ordinaire est sujette à des irrégularités et dans notre cas, ce service a été très insatisfaisant dans une des régions étudiées. C'est pourquoi notre dernière recommandation est d'éviter l'utilisation de la poste ordinaire autant que possible lors d'études similaires. En fait, il avait été envisagé de récupérer tous les questionnaires à l'aide d'une visite à domicile, une mission qui est devenue impossible.

Bibliographie

Abela, J. R.Z., D'Alessandro D.U. **Beck's cognitive theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components.** The British Journal of Clinical Psychology, Jun 2002; 41: 111-128.

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I. **The cognitive diathesis stress theories of depression: Toward an adequate evaluation of the theories validities.** In L.B. Alloy (Ed), *Cognitive processes in depression* New York: Guilford Press, 1988: 3-30.

Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Hogan, M.E., Whitehouse, W.G., Donovan, P., Rose, D. T., Panzarella, C and Ranieri, D. **Cognitive vulnerability to depression: Theory and evidence.** Journal of Cognitive Psychotherapy, 1999; 13: 5-20.

Aderibigbe, YA, Gureje O., Omigbodum O. **Postnatal emotional disorders in Nigerian women.** British Journal of Psychiatry, 1993; 163 : 645-50.

Adouard, F., Glangeaud-Freudenthal, N.M.C., Golse, B. **Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high-risk pregnancies in France.** Archives of Women's Mental Health, Jun 2005; 8 (2): 89.

Affonso, D., Lovett, S., Paul, S., Arizmendi, T., Nussbaum, R., Newman, L., Johnson D. **Predictors of depression symptoms during pregnancy and postpartum** Journal of psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1991; 12: 255-271.

Affonso, D., De, AK., Horowitz, J.A., Mayberry, LJ. **An international study exploring levels of postpartum depressive symptomatology.** Journal Psychosomatic Research, 2000; 49: 207-216.

Agoub, M., Moussaoui, D., Battas, O. **Prevalence of postpartum depression in a Moroccan sample.** Archives of Women's Mental Health, May 2005; 8 (1): 37.

Aguirre de Cárcer, A. **Educación maternal.** Edición del autor, Graficas Rey, S.A. Madrid, 1979.

Ahluwalia, I.B., Hogan, V. K., Grummer-Strawn, L., Colville, W.R. et Peterson, A. **The effect of WIC participation on Small-for-Gestational-Age Births : Michigan, 1992.** American Journal of Public Health, September, 1998; 88 (9).

Alloy, L.B., Hartage, S., and Abramson, L.Y. **Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: Issues of research design, conceptualization, and assessment:** In L.B. Alloy (Ed) *Cognitive processes in depression*. New York: Guilford Press, 1988: 31-73.

American psychiatric Association **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux/*Diagnostic and statistical manual of mental disorders-text revision*** (D.S.M) 4^{ème} édition. Washington, DC: Author, 2000.

Amstrong, K.L., Fraser, J.A., Dadds, M.R. and Morris, J. **A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns.** *Journal Paediatric Child Health*, 1999; 35: 237-244.

Anderson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., et Bixo, M. **Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome.** *Obstetric Gynecology*, 2004; 104: 467-476.

Appleby, L., Gregoire, A., Platz, C., Prince, M. Kumar, R. **Screening women for high risk of postnatal depression.** *Journal Psychosomatic Research*, 1994; 38: 539-45.

Appleby, L., Warner, R., Whitton A., Faragher, B. **A controlled study of fluoxetine and cognitive behavioral counselling in the treatment of postnatal depression.** *British Medical Journal*, 1997; 314: 932-936.

Ascaso Terren, C., Garcia Esteve, Ll et al,: **Postpartum depression prevalence in a spanish sample: comparison of estimations with structured clinical interview for DSM-IV against the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS)** publié en espagnol: *Medicina Clínica_Mar* 2003; 120 (9): 326-329.

Ascher, B. **Maternal anxiety in pregnancy and fetal homeostasis.** *Journal of obstetric and gynecological Nursing*, 1978 ; 78 : 18-21.

Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Paviovic, D., Roncolato, W., Acland, S., Saint, K., Segal, N. et Parker, G. **Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial.** *Journal of Affective Disorders*, 2008; 105 (1-3): 35-44.

Avruch S. et Cackley A.P. **Savings Achieved by Giving WIC. Benefits to Women Prenatally.** *Public Health Reports*, 1995; 110 (1): 27-34.

Bâgedahl-Strindlund, M., Monsen Börjesson, K. **Postnatal depression: a hidden illness.** Acta Psychiatrica Scandinava, 1998 ; 98: 272-275.

Baillargeon, J., Dubois, G., et Marineau, R. **Traduction française de l'Échelle d'ajustement dyadique,** Canadian Journal behaviour Science, 1986;18 (1), 25-34.

Ballard, C.G., Davis,R., Cullen, P.C., Mohan, R.N. et Dean, C. **Prevalence of postnatal psychiatric morbidity in mothers and fathers.** British Journal of Psychiatry, 1994: 164.

Barclay L., Everitt L. and Rogan F. **Becoming a mother – an analysis of women's experience of early motherhood.** Journal advanced Nursing, 1997; 25: 719-728.

Barclay, L. and Lie, D. **Edinburgh Postnatal Depression Scale Predicts Postnatal Depression.** Canadian Journal Psychiatry, 2004; 49: 51-54.

Beard, J.L., Hendricks M.K., Perez, E.M., Murray-Kolb, L.E. **Maternal Iron Deficiency Anemia affects Postpartum Emotions and Cognition.** The Journal of Nutrition, feb 2005; 135 (2): 267-273.

Beck, C.T. **A Meta-Analysis of predictors of postpartum depression.** Nursing Research, 1996a; 45: 297-303.

Beck, C.T. **A Meta-Analysis of the Relationship between Postpartum Depression and Infant Temperament,** Nursing Research, 1996b; 45 (4): 225-230.

Beck, C.T. **The effects of Postpartum Depression on Child Development: A Meta-analysis.** Archives of Psychiatric Nursing, 1998a; XII (1): 12-20.

Beck, C.T. **A Checklist to Identify Women at Risk for Developing Postpartum depression.** JOGNN, 1998b; 27 (1): 39-46.

Beck, C.T. **Predictors of Postpartum Depression: an update.** Nursing Research, 2001; 50: 275-285.

Beck, C.T. **Postpartum depression: A Metasynthesis.** Qualitative Health Research, April 2002a; 12 (4): 453-472.

Beck, C.T. **Theoretical Perspectives of Postpartum Depression.** MCN, September/October, 2002b; 27 (5) : 282-287.

Beck, C.T. et Indman, P. **The many faces of postpartum depression** JOGNN, 2005; 34 (5): 569-576.

Beck, N., Siegel, L., Davidson, W., Kormeier, J., Breitenstein, A., et Hall, D. **Prediction of pregnancy outcome : Maternal preparation, anxiety and attitudinal sets.** Psychosomatic Research, 1980; 24 : 343- 351.

Bélangier C. **Évaluation des besoins des parents en situation d'extrême pauvreté en vue de la conception d'un outil d'éducation pour la santé en postnatal**, Travail dirigé présenté au Département de Médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal en vue de l'obtention du titre de maître en santé communautaire (M Sc), Université de Montréal, 1997.

Belizan, J.M., Barros, F., Langer, A., Farnot, U., Victora, C., Villar, J. **Impact of health education during pregnancy on behavior and utilization of health resources.** American Journal Obstet Gynecol, 1995; 173 (3) : 894-899.

Bellón, J.A., Delgado, A., De Dios, J., and al. **Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-Unc-11.** Atención Primaria, 1996; 18: 17-31.

Bennett, S.S. et Indman, P. **Beyond the blues : A guide to understanding and treating prenatal and postpartum depression.** San Jose, CA: Moodswings Press, 2003.

Bergant, A.M., Heim, K., Ulmer, H. , Illmensee, K. **Early postnatal depressive mood : associations with obstetric and psychosocial factors.** Journal of Psychosomatic Research, 1999; 46 (4) : 391-394.

Berggren-Clive, K. **Out of the darkness and into the light : Women's experiences with depression after childbirth.** Canadian Journal of Community Health, 1998; 17 (1) : 103-120.

Berthiaume, M., David, H., Saucier J.F. and Borgeat, F. **Correlates of prepartum depressive symptomatologie: a multivariate analysis.** Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1998; 16: 45-56.

Bifulco, A., Figueredo, B., Guedeney, N., Gorman, L.L., Hayes, S., Muzik, M., et al. **Maternal attachment style ad depression associated with childbirth: Preliminary**

results from a European and US cross-cultural study. British Journal of Psychiatry, 2004; 184 (Supplement 46): 31-37.

Bogar, G.A., Caldwell, R.A., Guzman, B., Galasso, L. et Davidson, W.S. **Structure and stability of maternal support among pregnant and parenting adolescents.** Journal of Community Psychology, 1998; 26 (6) :549-568.

Booth C.L., Spieker, S.J., Barnard, K.E., Morisset, C.E. **Infants at risk : The rôle of preventive intervention in deflecting a maladaptive developmental trajectory** in McCord, J. et Tremblay, R.E. (Eds). Preventing antisocial behaviour : Interventions from birth through adolescence, New York : The Guilford Press, 1992; 21- 46 .

Boury, J. M., Larkin, K. T. et Krummel, D.A. **Factors related to postpartum depressive symptoms in low-income women.** Women and Health, Old Westbury 2004 ; 39 (3): 19.

Bowlby, J. **Attachment and loss** New York: Basic books, 1969; vol. I : Attachment.

Boyce, P.M. **Risk factors for postnatal depression: a review and risk factors in Australian populations.** Archives of Women's Mental Health, 2003; 6 Supp.2: 43-50.

Boyd, M.D. Grahm, B., Gleit, C.J. et Witman, N.I. **Health teaching in nursing practice** (3^{ème} édition) Stamford, CT: Appleton et Lange, 1997.

Boyd, R.C., Pearson, J.L., Blehar, M.C., **Prevention and treatment of depression in pregnancy and the postpartum period-summary of a maternal depression roundtable: a US perspective.** Archives of Women's Mental Health, 2002; 4 (3): 79-82.

Boyer, D. **Prediction of postpartum depression.** NAA-COG's. Clinical issues in Perinatal and Women's Health Nursing, 1990; 1: 359-368.

Bradley, R. A. **Fathers' presence in delivery rooms.** Psychosomatics, November-December, 1962: 474-479.

Braverman, J. et Roux, J.F. **Screening for the patient at risk for postpartum depression.** Obstetrics and Gynaecology, 1978; 52: 731-736.

Brazelton, T.B. **Effect of maternal expectations on early infant behaviour.** Early Child Develop. Care, 1973 ; 2 : 259-273.

Brennan, P., Hammen, C., Anderson, M., Bor, W., Najman, J., Williams G. **Chronicity, severity and timing of maternal depressive symptoms: relationships with child outcomes at age 5**, *Dev. Psychology*, 2000; 36: 759-766.

Broadhead, WE., Gehlbach, SH., De Gruy, FW et al. **The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients**. *Medical Care*, 1988; 26: 709.

Brockington, F. **Postpartum psychiatric disorders** *Lancet*, 2004 ; 363 (9405) : 303-310.

Brodeur, J.M., Perreault, M., Séguin, L., Boyer, G., et Colin, C. **Étude des effets de la phase prénatale d'un programme intégré de prévention en périnatalité**. Naître Égaux-Grandir en santé. GRIS, Université de Montréal, 1995.

Brodeur, J.M., Séguin, L., Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., Théorêt, B., Beaugard, D. et Deblois, S. **Effets d'un programme prénatal de santé communautaire en prévention et promotion de la santé en milieu défavorisé**, GRIS, Montréal, mars 2001.

Brugha, T.S., Wheatley, S., Taub, N.A., Culverwell, A., Friedman, T., Kirwan, P., Jones D.R. et Shapiro D.A. **Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors**. *Psychological Medicine*, 2000 ; 30: 1273-1281.

Buist A., Westley D., Hill C. **Antenatal prevention of postnatal depression**. *Archives Women Health*, 1999 ; 1: 167-173.

Bydlowski, M. et Pons J.C. **A Model for prenatal care: joint consultation with an obstetrician and a psychiatrist**. Abstracts from the 12th International Congress of the International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. *Women's Health Issues*, 1998; 8 (3): 204.

Canaval, C.E., González, M.C., Martínez L., Tovar, M.C. et Valencia, C. **Depresión postparto, apoyo social y calidad de vida en mujeres de Cali, Colombia**. *Colombia Medical*, 2000; 31: 4-10.

Carothers, A.D. and Murray, L. **Estimating psychiatric morbidity by logistic regression: Application to postnatal depression in a community sample** Psychological Medicine, 1990; 20 : 695-702.

Carrillo, J.M., Rojo, N. and Staats, A.W. **Women and Vulnerability to Depression: Some Personality and Clinical Factors.** The Spanish Journal of Psychology, 2004; 7 (1): 29-39.

Casper, R.C., Fleisher, B.E., Lee-Ancayas, J.C., Gilles, A., Gaylord, A., DeBattista, A. et Hoyme, H.E. **Follow-up of children of depressed mothers exposed or not exposed to antidepressant drugs during pregnancy.** Journal of Pediatrics, 2003; 142: 402-408.

Caycedo, A. **Progresos en Sofrologia.** Société centrale de Sophrologie et médecine psychosomatique. Ed. Emege. Barcelona, 1969.

Chabrol, H., Teissedre, F., Saint-Jean, M., Teisseyre, N., Roge, B., Mullet, E. **Prevention and treatment of postpartum depression : a controlled randomized study on women at risk.** Psychological Medicine, 2002; 32: 1039-1047.

Chardeau, P. **Dépressions pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge.** Journal Gynécologie Obstétrique et Biologie Reproductive, 2000 ; 29, supp.,1 : 52-56.

Chee, C.Y., Chong, Y-S.T.P., Lee D.T.S., Tan, L.K. et Fones, C.S.L. **The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor - A cohort study.** Journal of Affective Disorders, 2008; 107 (1-3): 247-253.

Chen J. et Millar W.J. **Issue de la grossesse, milieu social et santé de l'enfant** Rapports sur la santé, printemps 1999 ; 10 (4) : 59-69.

Chee, Cornelia Y.I., Chong, Y-S., Ng, T.P., Lee, Dominic T.S., Tan, L.K. et Fones, Calvin S.L. **The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor – A cohort study.** Journal of Affective disorders, 2008; 107 (1-3): 247-253.

CIE (Consejo Internacional de Enfermeras). **Informe del Grupo de expertos de investigación:** CIE, 1997.

Civeira Murillo, J. et Morales Blázquez, C. La escala de medida de reajuste social en enfermos hospitalizados. *Psiquis*, 1982; III (6): 239-246.

Cole, R.; Kitzman, H.; Olds D.; Sidora K. **Family context as a moderator of program effects in prenatal and early childhood home visitation.** *Journal of community Psychology*, 1998; 26 (1).

Collins, N.L., Dunkel-Schetter, C., Lobel, M. et Scrimshaw, C.M. **Social support in pregnancy: Psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression.** *Journal of Personality and Social Psychology*, 1993; 65: 1243-1258.

Contandriopoulos, A-P; Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L et Boyle, P. **Savoir préparer une recherche.** Les presses de l'Université de Montréal, 1990.

Cooper, P.J. et Murray, L. **Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for specificity of the diagnostic concept.** *British Journal Psychiatry*, 1995; 166: 191-195.

Cooper, P.J., Murray, L., Hooper R., West A. **The development and validation of a predictive index for postpartum depression.** *Psychological Medicine*, 1996; 26: 627-634.

Cooper, P.J. et Murray, L. **Prediction, detection and treatment of postnatal depression.** *Archives of disease in childhood*, 1997; 77: 97-101.

Cooper, P.J. et Murray, L. **Postnatal Depression. Clinical review.** *British Medical Journal*, 1998; 316: 1884-1886.

Cooper, P.J., Tomlinson M., Swartz, L., **Postpartum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement.** *British Journal Psychiatry*, 1999; 75: 554-558.

Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R. **Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale.** *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150: 782-786.

Cox, J.L. **Introduction and classification dilemmas** dans Cox et Holden (Eds): *Perinatal Psychiatry, use and measure of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*, 1994: 3-7.

Cox, P.J., Murray, D.; Chapman, G. **A controlled study of the onset, durations and prevalence of postnatal depression** British Journal of Psychiatry, 1993; 163: 27-31.

Cryan, E., Keogh, F., Connolly, E., Cody, S., Quinlan, A. et Daly, I. **Depression among postnatal women in an urban Irish Community**, Irish Journal of Psychological medicine, 2001; 18 (1) : 5-10.

Cummings, E.M. et Davies, P.T. **Maternal depression and child development** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1994; 35 : 73-112.

Cutrona, C.E. **Nonpsychotic postpartum depression: A review of recent research.** Clinical Psychology Review, 1982; 2: 487-503.

Cutrona, C. **Social support in couples.** California: Sage, 1996.

Dalton, K. **Postnatal depression and prophylactic progesterone** The British Journal Family Planning, 1994; 19 (suppl): 10-12.

Davies, B.R., Howells, S. et Jenkins, M. **Early detection and treatment of postnatal depression in primary care** Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2003; 44 (3): 248-255.

Dearing E., Taylor B.A. and McCartney K. **Implications of family income dynamics for women's depressive symptoms during the first 3 years after childbirth.** America Journal Public Health, 2004; 94 (8): 1372-1377.

De La Gándara, J., Mico, J.A., Olivares, J.M., Szerman, N. **Depresión en pacientes de riesgo** Barcelona: Ars Medica, 2004.

Dennis C-L. **The effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial.** Canadian Journal of Psychiatry, 2003; 48 (2):115-124.

Dennis C-L. **Preventing Postpartum Depression Part I: A Review of Biological Interventions.** Canadian Journal Psychiatry, 2004a; 49 (7): 467-475.

Dennis C-L. **Preventing Postpartum Depression Part II: A Critical Review of Nonbiological Interventions.** Canadian Journal Psychiatry, 2004b; 49 (8): 526-238 .

Dennis C-L. **Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review.** British Medical Journal, 2005; 331 (7507): 15.

Dennis C-L, E., Janssen, P.A. et Singer, J. **Identifying women at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period.** Acta Psychiatrica Scandinavica. Oxford: Nov. 2004; 110 (5): 338-340.

Des Rivières-Pigeon, C., Séguin, L., Brodeur, J.M., Perreault, M., Boyer, G., Colin, C. et Goulet, L. **L'Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg: Validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible.** Revue Canadienne de santé mentale communautaire, 2000; 19 (1): 201-213.

Des Rivières-Pigeon, C., Saurel-Cubizolles, M.J. et Lelong, N. **Considering a Simple Strategy for Detection of Women at Risk of Psychological Distress after Childbirth.** Birth, 2004; 31 (1): 34-38.

Devaney, B. Bilheimer, L., Shore, J. **Medicaid costs and birth outcomes the effects of prenatal WIC participation and the use of prenatal care,** J. Policy Analysis Manage, 1992; 11 : 573-592.

Dick-Read, G. **The natural childbirth primer.** New York: Harper and Bros, 1955.

Diego, M.A., Field, T. et Hernandez-Reif, M. **Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior.** Infant Behavior and Development, 2005; 28 (2): 155-164.

Dragonas, T. et Christodoulou, G.N. **Prenatal care.** Clinical Psychology Review, 1998 ; 18 (2) : 127-142.

Dunnewold, A. et Sanford, D. **Postpartum survival guide,** Oakland: New Harbinger Publications, 1994.

Dubois, S., Dougherty, C., Duquette, MP., Hanley, J.A., Moutquin, JM., **Twin pregnancy : the impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on maternal and neonatal outcomes,** American Journal Clinical Nutrition, 1991; 53 : 1397-1404.

Dubois, S., Coulombe, C., Pencharz, P., Pinsonneault, O., Duquette, MP., **Ability of the Higgins Nutrition Intervention Program to Improve adolescent pregnancy outcome.** Journal of the American Dietetic Association, august 1997; 97 (8) : 871-878.

Dwenda, K. Gjerdingen et Kathryn, M. Chaloner **The relationship of women's postpartum mental health to employment, childbirth and social support.** The journal of family practice, 1994; 38 (5).

Dyke, N. **Étude comparative entre Haïtiens, Vietnamiens et Québécois**, présentation d'une étude. Conférence Pères, nourrissons et jeunes enfants, organisé par l'Université McGill, Division de pédopsychiatrie, Montréal, 27 novembre 1999.

Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M.K., Klapp, B.F. et Arck, P.C. **Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome.** Human Reproduction, 2007; 22 (3): 869-877.

Elliott, S.A., Leverton, T.J., Sanjack, M., Turner, H., Cowmeadow, P., Hopkins, J., Bushnell, D. **Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression.** The British Journal of Clinical Psychology, 2000; 39 (3): 223-241.

Evins, G.G., Theofrastous, JP. et Galvin, S.L. **Postpartum depression: A comparison of screening and routine clinical evaluation.** American Journal Obstetric Gynecology, May 2000; 182 (5): 1080-1082.

Facchinetti, F. et Ottolini, F. **Stress and preterm delivery.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Mar 2004; 25 (1) : 1-2.

Fawcet, J. et York, R. **Spouse's physical and psychological symptoms during pregnancy and the postpartum.** Nursing Research, 1986; 35: 144-149.

Feito, R. **Estructura social contemporánea. Las clases sociales en los países industrializados.** Madrid: Siglo XXI Editores SA, 1995.

Ferreira, A. **Emotional factors in the prenatal environment.** Journal of Nervous and Mental Disorders, 1965; 141 : 108-118.

Field, TM., Widmayer, S., Greenberg, R. et Stoller, S. **Effects of parent training on teenage mothers and their infants.** Paediatrics, 1982; 69 : 703-707.

Field, TM. **Behaviour state matching and synchrony in mother-infant interactions of non-depressed versus depressed dyads.** Developmental Psychology, 1990; 26: 7-14.

Field, T., Diego, M.A, Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. et Kuhn, C. **Massage therapy effects on depressed pregnant women.** Journal of Psychosomatic Obstetrics Gynecology, 2004; 25 (2): 115-122.

Field, T., Diego, M. et Hernandez-Reif, M. **Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review.** Infant Behavior and Development, 2006; 29 (3): 445-455.

Fisch, R.Z., Tadmor, O.P., Dankner, R., et Diamant, Y.Z. **Postnatal Depression: A Prospective Study of its Prevalence, Incidence and Psychosocial determinants in an Israeli Sample.** Journal Obstetric and Gynaecology Research, 1997; 23 (6): 547-554.

Garcia-Esteve, Ll., Ascaso, C., Ojuel, J., et Navarro, P. **Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers.** Journal of Affective Disorders, 2003; 75: 71-76.

Gauberti, M. **Mère-enfant: à corps et à vie** Edit. Masson: Paris, Milan, Barcelone, Bonn, 1993.

Gentile, S. **The safety of newer antidepressants in pregnancy and breast feeding.** Drug Safety, 2005; 28: 137-152.

Georgiopoulos, AM., Bryan, TL., Wollan, P. et Yawn, B.P. **Routine screening for postpartum depression.** Journal of Family Practice, 2001; 50 (2): 117-122.

Gjerdingen, D.K., Froberg, D.G. et Fontaine, P. **The effects of social support on women's health during pregnancy, labour and delivery and the postpartum period.** Family Medicine, 1991; 23: 370-375.

Glasser S., Barell, V., Shoham A., Ziv, A., Boyko, V., Lusky, A. and Hart, S. **Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort: prevalence, incidence an demographic risk factors.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 1998; 19 (3): 155-164.

Goldthorpe, J. **Sobre la clase de servicio: su formación y su futuro.** En Carabaña J., De Francisco A. (ed): Teorias contemporáneas de clases sociales. Madrid; Fundación Pablo Iglesias, 1993: 127-155.

Golse, B. **Dépression du bébé, dépression de la mère. Concept de psychiatrie périnatale** PRISME, 1996 ; 6 (1) : 98-102.

Gonzalez de Rivera, J.L. et Morera A. **La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe.** Psiquis, 1983; IV (7): 20-25.

Goodman, J.H. **Paternal postpartum depression its relationship to maternal postpartum depression and implications for family health.** Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2004; 45 (1) : 26-35.

Gorman, LL., O'Hara, MW., Figueiredo, B., Hayes, S., Jacquemain, F., Kammerer, M.H. **Adaptation of the Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures.** British Journal of Psychiatry, 2004; 46: 17-23.

Gotlib, I., Whiffen, V., Wallace, P. and Mount, J. **Prospective investigation of postpartum depression: Factors involved in onset and recovery** Journal of Abnormal Psychology, 1991; 100 (2): 122-132.

Grace, S.L., Evindar, A., Stewart, D.E. **The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature.** Archives Women Mental Health, 2003; 6 (4): 263-274.

Grimm, E. **Psychological and social factors in pregnancy, delivery and outcome** in S.A. Richardson et A.F. Guttmacher Eds., Childbearing : Its social and psychological aspects. Baltimore, MD : Williams & Wilkins, 1967 : 520-527.

Grinker, R.R. **Psychosomatic Approach to Anxiety.** American Journal of Psychiatry, 1956; CXIII: 443-447.

Grote, N.K., Swartz, H.A., Bledsoe, S.E. et Frank, E. **Treating depression in low-income pregnant patients : The role of brief interpersonal psychotherapy.** Research on Social Work Practice, 2004 ; 14 : 397-406.

Guedeney, N.A. **A propos des mères déprimées: l'impact de la dépression sur les interactions précoces.** Ann Pédiatrie. 1993 ; 40 (8) : 496-502.

Guedeney, N., Fermanian, J., Guelfi, J.D. et Delour, M. **Premier résultats de la traduction de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale sur une population parisienne.** Devenir, 1995 ; 7 (2) : 69-92.

Guedeney, N.A. et Fermanian, J. **Validation study of the French version of the Edinburgh Postnatal Scale (EPDS): new results about use and psychometric properties.** *European Psychiatry*, 1998; 13: 83-89.

Guerrero Torre, J. et Fernandez-Argüelles, P.V. **El papel de los sucesos y experiencias estresantes en la clinica psiquiatrica.** *Actas Luso-españolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, 1980; VII (4): 287-298.

Guerriera, C. **Description d'une recherche en psychologie clinique** dans Ferraro, F. et al *L'espace creux et le corps saturé, Des femmes*, Paris, 1990.

Halbreich, U. **Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanisms and risk factors** *Journal of Affective Disorders*, 2005 ; 88 (1) : 1-7.

Hammen, C. et Brennan, PA. **Interpersonal dysfunction in depressed women : impairments independent of depressive symptoms.** *Journal Affective Disorders*, 2002; 72: 145-156.

Hankin, B. et Abramson, L.Y. **Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory.** *Psychological Bulletin*, 2001; 127 (6): 773-796.

Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover V. et Sandler, M. **Links between early postpartum mood and postnatal depression.** *British Journal Psychiatry*, 1992; 160: 777-780.

Hanna, B., Jarman, H., Savage, S. **The clinical application of three screening tools for recognizing pospartum depression.** *International Journal Nursing Practice*, 2004; 10 (2): 72-79.

Harris, B., Oretti, R., Lazarus, J., Parkes, A., John, R. et Richards, C., **Randomised trial of thyroxin to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women.** *British Journal Psychiatry*, 2002; 180: 327-330.

Harvey, S.T. et Pun, P.K. **Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period** *International Journal of Mental Health Nursing*, 2007; 16: 161-167.

Hays, S. **The cultural contradictions of motherhood.** Yale University Press, 1996.

Hayes, M.J., Roberts, S. et Davare, A. **Transactional conflict between psychology and culture in the etiology of postpartum depression** *Medical Hypotheses*, 2000; 54 (1): 7-17.

Hayes, B.A., Muller, R. et Bradley, B.S., **Perinatal depression: a randomised controlled trial of an antenatal education intervention for primipares**. *Birth*, 2001; 28 (1): 28-35.

Hayes, B.A. et Muller, R. **Prenatal Depression : A Randomized Controlled Trial in the Emotional Health of Primiparous Women**. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 2004; 18 (2/3): 165-183.

Hegarty, K., Brown, S., Gunn, J., Forster, D., Nagle, C., Grant, B. et Lumley, J. **Women's Views and Outcomes of an Educational Intervention Designed to Enhance Psychosocial Support for Women During Pregnancy** *BIRTH*, 2007; 34 (2): 155-163.

Henderson, J. **The cost effectiveness of prenatal care**. *Health Care Financing Review*, 1994; 15 (4): 21-31.

Hendrick, V., Altshuler LL. et Suri R. **Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression**. *Psychosomatics*, 1998; 39 (2) :93-101.

Hickey, C.A., Cliverd, S.P., Goldenberg, R.L., McNeal, S.F. et al. **Low prenatal weight gain among low-income women: what are the risk factors?** *Birth*, 1997; 24 (2) june: 102-108.

Higgins, A.C., Moxley, J.E., Pencharz, P.B., Mikolainis, D., Dubois, S. **Impact of the Higgins Nutrition Intervention Program on birth weight : A within-mother analysis**. *Journal of the American Dietetic Association*, 1989; 89 (8): 1097-1103.

Hobfoll, S.E., Ritter, C., Lavin, J., Hulsizer, M.R., Cameron, R.P. **Depression prevalence and incidence among inner-city pregnant and postpartum women**. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995; 63: 445-453.

Holmes, TH., Rahe, R.H. **The social readjustment rating scale**. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967; 11 : 213-218.

Holzer, L. *Maternité, Atelier 4. Devenir*, 1997; 9 (1) : 87-95.

Jacquemain, F., David, D., Golse, B. **Research on the prediction of ante- and postpartum depressions: Elaboration of a screening tool for primary and secondary prevention.** *Annals Psychiatry*, 2000; 15: 129-141.

Kendell, R.E.; Chalmers, J.C. et Platz, C. **Epidemiology of puerperal psychosis.** *British Journal of Psychiatry*, 1987; 150: 662-673.

Kendler, K.S., Karkowski-Shuman, L. et Prescott, C.A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, 1999; 156: 837-841.

Kendler, K.S., Gardner, C.O. et Prescott, C.A. **Toward a comprehensive developmental model for major depression in women.** *American Journal of Psychiatry*, 2002; 159: 1133-1145.

Kennedy, R. et Suttentfield, K. **Postpartum depression.** *Medscape General Medicine*, 2001; 3 (4).

Kirchengast, S. et Hartmann, B. **Maternal prepregnancy weight status and pregnancy weight gain.** *Annals of human biology*, 1998; 25 (1) : 17-28.

Koller, H., Lawson, K., Rose, S.A., Wallace, I. et Mc Carton, C. **Patterns of Cognitive Development in Very Low Birth Weight Children During the First Six Years of Life.** *Paediatrics*, 1997; 99 (3): 383-389.

Korfmacher, J., O'Brien, R., Hiatt, S. et Olds, D. **Differences in Program Implementation Between Nurses and Paraprofessionals Providing Home Visits During Pregnancy and Infancy : A Randomized Trial** *American Journal of Public Health*, 1999; 89 (12) :1847-1851.

Kumar, R. **Accouchement et maladie mentale.** *Triangle*, 1991; XXXI (1): 19-28.

Kumar, R. et Robson, K. **A prospective study of emotional disorders in childbearing women.** *British Journal of Psychiatry*, 1984; 144: 35-47.

Kumar, P. et Oyebode, F. **Prevention of postnatal depression** *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 2005; 125 (5): 221-227.

Kuo W., Hung., Wilson Tracey, E., Holman, S. et Fuentes-Afflick, E. **Depressive Symptoms in the Immediate Postpartum Period Among Hispanic Women in Three U.S. Cities** Journal of Immigrant Health. New York: 2004; 6 (4): 145-148.

Kurstjens, S. et Wolke, D. **Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life.** Journal Children Psychology and Psychiatry, 2001; 42: 623-636.

Laborit, H. **La légende des comportements.** Flammarion. Paris, 1994.

Lally, R.J. Mangione, P.L. Honing A.S. & Wittner, D.S. **More pride, less delinquency: Findings from the ten-year follow-up study of the Syracuse University Family Development Research Program.** Zero to Three, 1998 ; 8 (4) : 13-18.

Lamaze, F. **Qu'est-ce que l'accouchement sans douleur?** Editions sociales, Paris, 1953.

Lawrie, T.A., Hofmeyr, G.J., De Jager, M., Berk, M., Paiker, J., Viljoen, E. **A double blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate : the effect on postnatal depression and serum hormones.** British Journal Obstetric and Gynaecology, 1998 ; 105 : 1082-1090.

Leboyer, F. **Pour une naissance sans violence.** Éditions Seuil, 1974.

Le Camus, J. **Pères et bébés.** Editions L'Harmattan. Paris, 1995.

Lederman, E., Lederman, R., Work, B., et Mc Cann, D. **Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status.** American Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1981; 139 : 956-958.

Lewis, S.E., Nicolson, P. **Talking about early motherhood : Recognizing loss and reconstructing depression.** Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1998; 16 : 177-197.

Lindahl, V., Pearson, J.L., Colpe, L. **Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum.** Archives of Women's Mental Health, Jun 2005; 8 (2): 77.

Logsdon, M.C, Mc Bride A., Birkimer, J.C. **Social support and postpartum depression.** Research in Nursing and Health, 1994; 17: 449-457.

Logsdon, M.C. et Wayne, U. **Psychosocial predictors of postpartum depression in diverse groups of women.** Western Journal of Nursing Research. Beverly Hills, 2001; 23 (6): 563-575.

Logsdon, M.C., Wisner, K.L.,D. et Pinto-Foltz, M. **The Impact of Postpartum Depression on Mothering** JOGNN, 2006; 35 (5): 652-658.

Lopez Nahas, V., Hillege, S. et Amasheh, N. **Postpartum depression: The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia.** Journal of Nurse-Midwifery, 1999; 44 (1): 65-74.

Lumley, J. et Austin, M-P. **What interventions may reduce postnatal depression ?** Current Opinion : Obstetrics and Gynecology, 2001 ;13 : 605-611.

Lumley, J. Austin, M-P. et Mitchell, C. **Intervening to reduce depression after birth: A systematic review of the randomized trials.** International Journal of Technology Assessment in Health Care, 2004; 20 (2) : 128-144.

Malnory, M. **Developmental care of the pregnant couple.** Journal of Obstetric, Gynaecologic, and neonatal Nursing, 1996; 25 (6): 525-532.

Mamelle, N., Segueilla M., Berland M. et Racinet C. **Est-il possible de prévenir le risque d'accouchement prématuré par une intervention psychologique? Approche épidémiologique.** 22èmes Journées de Médecine Périnatale, Grenoble, Editions Arnette, Paris 1992 : 191-199.

Mamelle, N., Segueilla, M., Muñoz, F. et Berland, M. **Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor. The benefits of psychological support.** American Journal Obstetric Gynaecology, 1997; 177 (4): 947-952.

Manzano, J., Rigueti-Veltema, M. et Conne Perreard, E. **Le syndrome de dépression du pré-partum, résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du postpartum.** Psychiatrie de l'enfant, 1997 ; XL (2) : 533-552.

Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C., Barry, K.L. **Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings.** Journal of women's health, 2004; 12 (4): 373-380.

Marks, M. et Lovestone, S. **The role of the father in parental postnatal mental health.** British Journal of Medical Psychology, 1995; 68: 157-168 .

Marks M.N., Siddle, K. et Warwick, C. **Can we prevent postnatal depression? A randomised controlled trial to asses the effect of continuity of midwife care on rates of postnatal depression in high risk women.** Journal Maternal Fetal Medicine, 2003; 13 : 119-127.

Marmor, J. **Biologic psychiatry and the psychosomatic approach.** Psychosomatics, 1985; 26 (6): 478.

Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. et Waters, B. **Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood.** Journal of Affective Disorders, 2000; 60: 75-85.

Matthey, S., Kavanagh, D., Howie P., Barnett, B. et Charles, M. **Prevention of postnatal distress or depression: an evaluation of an intervention at preparation for parenthood classes.** Journal off Affective Disorders, 2004; 79 (1-3): 113-126.

Mauthner, N.S. **Towards a feminist understanding of postnatal depression.** Feminism and Psychology, 1993; 3 (3) ; 350-355.

Mauthner, N.S. **Postnatal Depression: The significance of social contacts between mothers.** Women's studies International Forum, 1995; 18 (3): 311-323.

Mauthner, N.S. **Feeling low and feeling really bad about feeling low: Women's experiences of motherhood and postpartum depression.** Canadian Psychology, 1999; 40: 143-161.

Mc Cormick, M.C., Workman-Daniels, K. et Brooks-Gunn, J. **The Behavioural and Emotional Well-being of School-age Children With Different Birth Weights,** Pediatrics, 1996; 97 (1) : 18-26.

Mcintosh, J. **The experience of motherhood and the development of depression in the postnatal period.** Journal of Clinical Nursing, 1993; 2: 243-249.

Mc Cullough, A.L., Kirksey, A., Wachs, T.D., Mc. Cabe, G.P., Bassily, N., Bishny, Z., Galal, OM., Harrison, G.G., Jerome, N.W. **Vit B6 status of Egyptian mothers: relation**

to infant behaviour and maternal-infant interactions. American Journal of Clinical Nutrition, 1990; 51 : 1067-1074.

Mc Farlane, F. et Fehir, J. **De Madres a Madres : A Community, Primary Health Care Program Based on Empowerment.** Health Education Quarterly, 1994; 21(3) : 381-394.

McGrath, J.M., Records, K. et Rice, M. **Maternal depression and infant temperament characteristics** Infant Behavior and Development, 2008; 31 (1): 71-80.

Mc Laughlin, F.J., Altemeier, W.A., Christensen, M. J., Sherrod, K.B., Dietrich, M.S. et Stern, D.T. **Randomized Trial of Comprehensive Prenatal Care for Low-Income Women : Effet on Infant Birth Weight** , Paediatrics, 1992; 89 (1).

McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N., Tennant, C. **Psychological factors associated with persistent postnatal depression: past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style.** Journal of affective Disorders, January 2005; 84 (issue 1): 15-24.

Morrell C.J., Spiby, H., Stewart, P., Walters S. and Morgan, A. **Costs and effectiveness of community postnatal support workers: randomised controlled trial.** British Medical Journal Sep 9, 2000; 321 (7261): 593-597.

Muñoz, R.F., Le, H.N., Ghosh Ippen, C., Diaz, M.A., Urizar, G.G., Soto, J., Mendelson, T., Delucchi, K. et Lieberman, A.F. **Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bébés/Mothers and Babies Course** Cognitive and Behavioral Practice, 2007; 14 (1): 70-83.

Murray, L. **The impact of postnatal depression on infant development.** Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1992; 33 : 543-561.

Murray L. et Carothers, A. **The validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale on a community sample.** British Journal of Psychiatry, 1990; 157: 288-290.

Murray L. et Cooper P.J. **The impact of postpartum depression on child development.** International Review of Psychiatry, 1996; 8: 55-63.

Murray, L. et Cooper, P.J **The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions and infant outcome** in L. Murray and P.J.

Cooper (Eds) Postpartum depression and child development, New York: The Guilford Press, 1997: 111-135.

Murray, L., Woolgar, M., Murray J. et Cooper, P. **Self-exclusion from health care in women at high risk for postpartum depression.** Journal of Public Health Medicine, 2003; 25 (2): 131-137.

Mustard C.A., Roos N.P. **The relationship of prenatal care and pregnancy complications to birth weight in Winnipeg.** Canada. American Journal of Public Health, 1994; 84: 1450-1457.

Najman, J.M., Andersen, M.J., Bor, W., O'Callaghan, M.J., Williams, G.M. **Postnatal depression- myth and reality: maternal depression before and after the birth of child.** Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2000; 35: 19-27.

Neter E., Collins N. L., Lobel M., Dunkel-Schetter, C. **Psychosocial Predictors of postpartum depressed mood in socioeconomically disadvantaged women.** Women's Health: Research on Gender, Behaviour, and Policy, 1995; I (1) : 51-75.

Nhiwatiwa, S., Patel, V. et Acuda, W. **Predicting postnatal mental disorder with a screening questionnaire : a prospective cohort study from Zimbabwe.** Journal of Epidemiology Community Health, 1998; 52 : 262-266.

Nicolson, P. **Loss, happiness and postpartum depression : The ultimate paradox,** Canadian Psychology, 1999; 40 (2): 162-178.

Nichols, F. et Zwelling, E. **Perinatal education** in F.H. Nichols and E. Zwelling. I. nursing. Philadelphia: W.B. Saunders, 1997: 589-621.

Nielsen Forman, D., Videbech, P., Hedegaard, M., Dalby Salving J. et Secher, N.J. **Postpartum depression: identification of women at risk.** British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2000; 107: 1210-1217.

Norbeck, J.S. et Anderson, N.J. **Life stress, social support and anxiety in mid-an-late-pregnancy among low income women.** Research in Nursing and Health, 1989; 12 : 281-289.

Norbeck, J. et Tilden, V. **Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy : A prospective multivariate study.** Journal of Health and Social Behaviour, 1983; 24 : 30-46.

Norbeck, J.S., DeJoseph, J.F. et Smith, R. **A Randomized Trial of an Empirically-Derived Social Support Intervention to Prevent Low Birthweight Among African American Women.** Social Science Medicine, 1996; 43 (6): 947-954.

Nott, P.N., Franklin, M., Armitage, C and Gelder, M.G. **Hormonal Changes and Mood in the Puerperium.** British Journal of Psychiatry, 1976; 128:379-383.

Nzama, B. et Hofmey, J. **Improving the experience of birth in poor communities.** BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2005; 112 (9): 1165-1167.

Odent, M. **El bebé es un mamífero.** Ediciones Mandala, 1990.

O'Hara, M.W., Neunaber, D.J., Zekoski, E.M. **Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course and predictive factors.** Journal of Abnormal Psychology, 1984; 93: 158-171.

O'Hara, M.W. **Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium.** Archives Gen Psychiatry, 1986; 43 : 569-573.

O'Hara, M.W. **Post-partum blues, depression and psychosis: A review.** Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 1987; 7 : 205-227.

O'Hara, M.W., Schlechte, J., Lewis, D., et Wright, E. **Prospective study of postpartum blues: Biologic and psychosocial factors.** Archives of General Psychiatry, 1991a; 48 : 801-806.

O'Hara, M.W., Schlechte, J.A., Lewis, D.A., Varner, M.W. **Controlled Prospective Study of Postpartum Mood Disorders: Psychological, environmental, and hormonal variables.** Journal of Abnormal Psychology, 1991b; 100 (1) : 63-73.

O'Hara, M.W. et Swain, A. **Rates and Risk of Postpartum depression a meta-analysis.** International Review of Psychiatry, 1996; 8 : 37-54.

O'Hara, M.W. et Gorman, L.L. **Can Postpartum Depression Be Predicted?** Primary Psychiatry, March 2004; 11 (3): 42-47.

Olds, D. **The prenatal early infancy project: A strategy for responding to the needs of high risk mothers and their children.** In R.P. Lorion (ed) *Protecting the children.* New York: Haworth Press, 1990: 59-88.

Olds, D. et Kitzman, H. **Can home-visitation improve the health of women and children at environmental risk?** *Paediatrics*, 1990; 86 : 108-116.

Olds, D., Eckenrode, J., Henderson, C., Kitzman, H., Powers, J., Cole, R., Sidora K., Morris, P., Pettit, L. and Luckey, D. **Long-term Effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomised trial.** *JAMA*, 1997; 278 (8) : 644-652.

Olds, D., Henderson, C.R., Cole, R., Eckhenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D., Pettit, L., Sidora, K., Morris, P., Powers, J. **Long term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior,** *JAMA*, 1998; 280 (14) : 1238-1244.

Olds, D. et Korfmacher, J. **Maternal psychological characteristics as influences on home visitation contact.** *Journal of Community Psychology*, 1998; 26 : 23-36.

Orr, S.T., James, S.A., et Blackmore Prince, C. **Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland.** *American Journal of Epidemiology*, 2002; 156 : 797-802.

Ortiz, A., Saucier, Jean-François et Valls, J. **Le niveau socioéconomique comme facteur de risque de la dépression post-natale non psychotique : une « méta-analyse ».** Article en préparation, soumis à la revue Canadienne de Psychiatrie.

Oyemade, U.J., Cole, O.J., Johnson, A.A., Knight, E.M., Westney, O.E., Laryea, H., Hill, G., Cannon, E., et al **Prenatal Predictors of Performance on the Brazelton Neonatal Behavioral Assessment Scale (African American Women and Their Pregnancies)** *Journal Nutrition*, 1994; 124 : 1000S-1005S.

Pagel, M., Smulkstein, G., Regen, H. et Montano, D. **Psychosocial influences on newborn outcomes : A controlled prospective study.** *Social Science in Medicine*, 1990; 30: 597-604.

Pape, T.M. **Evidence-based nursing practice : To infinity and beyond.** *Journal Continuing Education Nursing*, 2003; 34 (4): 154.

Patel, V., Araya, R., Lima, M.S., Ludemir, A. et Todd, C. **Women, poverty and common mental disorders in four restructuring societies.** Social science Medecine, 1999; 49: 1461-1471.

Patel, V., Rodrigues, M., De Souza, N. **Gender, poverty and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India.** American Journal Psychiatry, 2002; 159: 43-47.

Paykel, E.S., Prusoff, B.A., Conn, N.H. et Uhlenhuth, E.H. **Scaling of Life Events** Arch Gen Psychiatry, 1971; 25: 340-347.

Paykel, E.S., Emms, E., Fletcher, J., Rassaby, E. **Life events and social support in puerperal depression.** British Journal of Psychiatry, 1980; 136: 339-346.

Pedrés, R.A. **Influencia de la depresión postparto en el desarrollo y temperamento del niño.** Anales de psiquiatría. Madrid, 1998; 14 (10) : 446-457.

Pedrés, R.A., Tomás, A., Leal, C. et Aguilar, C. **Influencia de la conducta, las actitudes y el estilo de crianza sobre el desarrollo del niño en madres con depresión postparto.** Actas Españolas de Psiquiatría, 2002; 30 (5): 292-300.

Pérez, S. **Psicoterapia de pareja. Estudio longitudinal.** Thèse présentée à la Faculté de Psychologie de l'Université Ramon Llull de Barcelone en vue du Ph D en psychologie. Directeur de recherche Dr Manel Salamero. Barcelone, 2001 : 98-116.

Perreault, M., Boyer, G., Bouchard, F., Léveillée, D. et Colin, C. **Évaluation du contenu d'une grille d'intervention auprès de femmes enceintes vivant en grande pauvreté.** Ruptures, revue interdisciplinaire en santé, 1997 ; 4 (1) : 79-93.

Perreault, M., Boyer, G., Colin, C., Labadie, J-F. et Denis, J-L. **Naître Égaux-Grandir en santé, Evaluation de la mise en œuvre initiale du volet prénatal dans quatre CLSC de Montréal. RRSSS.** Direction de la santé Publique, 2000.

Patrick, J. **Postpartum depression : Identification of high-risk mothers.** Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing, 1984; 13: 37-40.

Petrou, S., Cooper, P., Murray, L. et Davidson, L.L. **Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort.** British Journal of Psychiatry, 2002; 181: 505-512.

Pfost, K.S., Stevens M.J. and Lum, C.U. **The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression.** Journal of Clinical Psychology, 1990; 46 (5): 588-592.

Pichon, M. **La dépression du post-partum. Le travail de prévention de la sage-femme.** Les dossiers de l'obstétrique, décembre 2000 ; 289 : 3-14,.

Plan de santé catalan : **Objectius e intervencions del Pla de salut en problemes de salut mental ; PLA DE SALUT DE CATALUNYA** 1996-98, Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, ed. 1998, 2000, 2002, 2004.

Polomeno, V. **Social Support During Pregnancy.** International Journal of Childbirth Education; Summer, 1996; 11 (2): 14-21.

Polomeno, V. **Health promotion for expectant fathers : Part I.** Documenting the need. Journal of Perinatal Education, 1998a; 7 (1): 1-8.

Polomeno, V. **Labour and birth : Supporting a couple's intimacy,** Part I. International Journal of Childbirth Education, 1998b; 13 (2): 18-24.

Polomeno, V. **Focal Point on Childbirth Education: Family Health Promotion from the Couple's Perspective,** Part 2; Practical Considerations. International Journal of Childbirth Education, Summer 1999; 14 (2): 31-36.

Polomeno, V. **The Polomeno Family Intervention Framework for Perinatal Education : Preparing Couples for the Transition to Parenthood.** The Journal of Perinatal Education, 2000; 9 (1): 31-48.

Pop, V.J.M., Essed, G.G.M., De Geus, C.A., Van Son, M.M., Komproe, I.H. **Prevalence of post-partum depression- or is it post puerperal depression?.** Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1993; 72 : 354-358.

Posner, NA., Unterman, RR., Williams, KN., Williams, GH. **Screening for postpartum depression. An antepartum questionnaire** Journal of reproductive Medicine, 1997; 42 (4): 207-215.

Priel, B. et Besser, A. **Vulnerability to postpartum depressive symptomatology : dependency, self-criticism and the moderating role of antenatal attachment.** Journal of Social and Clinical Psychology, 1999; 18 (2) : 240-253.

Raskin, J.D., Richman, J.A. et Gaines, C. **Patterns of depressive symptoms in expectant and new parents.** American Journal of Psychiatry, 1990; 147 : 658-660.

Rees, BL. **Effect of relaxation with guided imagery on anxiety, depression, and self-esteem in primiparas.** Journal Holistic Nursing, 1995; 13: 255-67.

Reid, M., Glazener, C., Murray, G.D., Taylor, G.S. **A two-centred pragmatic randomised controlled trial of two interventions of postnatal support.** BJOG, 2002; 109: 1164-1170.

REUNI, **Grupo de trabajo del centro coordinador REUNI para la investigación en enfermería.** Investigación clínica de enfermería en la red de Unidades de Investigación. Enfermería Clínica, 1997; 7 (1): 29-34.

Riecher-Rössner, A. et Hofecker, M. **Postpartum depression: do we still need this diagnostic term?** Act Psychiatric Scandinavian, 2003; 108 (sup 418): 51-56.

Riguetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., Manzano, J. **Risk factors and predictive signs of postpartum depression.** Journal of Affective Disorders, 1998; 49 : 167-180.

Riguetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. et Manzano, J. **Postpartum depression and mother-infant relationship at 3 months old.** Journal of Affective Disorders, 2002; 70 (3): 291-306.

Riguetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. et Manzano, J. **Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum.** La psychiatrie de l'enfant, 2006 ; 49 (2) : 513-541.

Roberts, E.M **Neighborhood Social Environments and the Distribution of Low Birthweight in Chicago.** American Journal of Public Health, 1997; 87 (4) : 597-603.

Robinson, G. **Postpartum psychiatric disorders.** Contemporary Obstetrics and Gynecology, 1994; 39 (4) : 11-19.

Rogers, C.R. **On personal power.** New York: Delacorte Press, 1977.

Romero, A. et Carrillo, A. **Alteraciones psiquiátricas en el postparto.** Jano, Medicina y Humanidades, 2002; 1449 (63): 30-36.

Romito, P. **Postpartum depression and the experience of motherhood.** Acta Obstetrical Gynaecological Scandinavian, Suppl., 1990; 154: 1-37.

Ross, L.E., Gilbert Evans, S.E., Sellers, E.M. et Romach, M.K. **Measurement issues in postpartum depression part 1: Anxiety as a feature of postpartum depression.** Archives of Women's Mental Health, 2003; 6: 51-57.

Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert Evans, S.E. et Romach, M.K. **Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model.** Act Psychiatric Scandinavica, 2004; 109 (6) : 457- 468.

Ross, L.E., Campbell, V.L.S., Dennis, C.L. et Robertson, E. **Demographic Characteristics of Participants in Studies of Risk Factors, Prevention, and Treatment of Postpartum Depression** The Canadian Journal of Psychiatry, 2006; 51 (11): 704-710.

Rothberg, A.D. et Lits, B. **Psychosocial support for maternal stress during pregnancy: Effect on birth weight.** American Journal Obstetrical Gynecology, 1991 ; 165 : 403-407.

Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P. et Rådestad, I. **Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample.** Archives of Women's Mental Health, jun 2005; 8 (2) : 97.

Saisto, T., Salmela-Aro K., Nurmi, J.E., Kononen, T., Halmesmaki, E. **A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth.** Obstetric Gynaecology, 2001; 98: 820-826.

Santé Canada- **Rapport sur les femmes et l'usage du tabac-** Gouvernement du Canada, 1993.

Saranson, I.G., Saranson, B.R. et Pierce, G.R. **Social Support : The Search for Theory.** Journal of Social and Clinical Psychology, 1990; 9 (1): 133-147.

Saucier, J.F., Borgeat, F., David, H., Bernazzani, O. et Casoni, D. **Des mères en quête de nouveaux liens? Signes avant-coureurs de la dépression post-natale et esquisse de l'hypothèse du dysenfancement.** Les cahiers de l'Afrée, 1993 ; 5 : 129-134.

Saucier, J.F., Bernazzani, O., Borgeat, F. et David, H. **La contribution de variables sociales à la prédiction de la dépression postnatale**, Santé mentale au Québec, XX, 1995 ; 2 : 35-58.

Séguin, L., Potvin, L. , St-Denis, M. et Loiselle, J. **Chronic stressors, social support and depression during pregnancy**. Obstetrics and Gynecology, 1995a; 85 (4): 583-588.

Séguin, L., Bouchard, C., St-Denis, M., Loiselle, J. et Potvin L. **Évolution du réseau de soutien social lors d'une première naissance : comparaison entre des mères défavorisées et des mères de classe moyenne**. Revue Canadienne de Santé Publique, 1995b ; 86 (6) : 392-396.

Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., Loiselle, J. **Depressive Symptoms in the Late Postpartum Among Low Socioeconomic Status Women**. Birth, September 1999; 26 (3): 157-163.

Seimyr, L., Edhborg, M., Lundh, W., Sjögren, B. **In the shadow of maternal depressed mood: Experiences of parenthood during the first year after childbirth**. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Mar 2004; 25, (1) : 23- 35.

Selye, H. et Bensabat, S. **Stress** Paris, Hachette, 1980 ; 350p.

Seyfried, L.S. et Marcus, S.M. **Postpartum mood disorders**. International Review of Psychiatry. August 2003; 15 (3): 231-232.

Sheppard, M. **Postnatal depression, Child Care and Social Support: A Review of Findings and their implications for Practice**. Social work and Social Sciences Review, 1994; 5: 24-46.

Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., Tran S. and Wilson C.L. **Adult Attachment, the Transition to Parenthood and Depressive Symptoms**. Journal of Personality and Social Psychology, 2003; 84 (6): 1172-1187.

Sloman, L., Gilbert, P. and Hasey, G. **Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression**. Journal of affective Disorders, 2003; 74: 107-121.

Soubieux, M.J. **La dépression précoce du nourrisson**. Les Dossiers de l'Obstétrique, octobre 2004 ; 331 : 18-20.

Spanier, G.B. **Measuring Dyadic Adjustment : New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads.** Journal of marriage and the family, february 1976; 38 : 15-28 .

Spinelli, M.G. **Interpersonal psychotherapy for Depressed Antepartum Women: A Pilot Study.** American Journal Psychiatry, 1997; 154 (7): 1028-1030.

Spinelli, M.G. et Endicott, J. **Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women.** American Journal of Psychiatry, 2003; 160: 555-562.

Spinelli, M.G. **Maternal Infanticide Associated With Mental Illness: Prevention and the Promise of Saved Lives.** American Journal of Psychiatry, 2004; 161(9): 1548-1557.

Stallard, P. **Psychological debriefing (Research methodology was inadequate)** BMJ.com Boyce et al. 2001; 322 (7291) : 928.

Stamp, GE., Williams, AS., Crowther, CA. **Evaluation of antenatal and postnatal support to overcome postnatal depression: a randomized, controlled trial.** Birth, 1995; 22: 138-143.

Statistical Package for Social Sciences SPSS, Version 10.1 Chicago: SPSS Inc, 1999.

Stein, A., Gath, D.H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., Cooper, P.J. **The relationship between postnatal and mother-child interaction.** British Journal of Psychiatry, 1991; 158 : 46-52.

Steiner, M. **Perinatal mood disorders: position paper.** Psychopharmacology Bulletin, 1998; 34 (3): 301-306.

Stice, E., Ragan, J. and Randall, P. **Prospective Relations Between Social Support and Depression: differential Direction of Effects for Parent and Peer Support?.** Journal of Abnormal Psychology, 2004; 113 (1): 155-159.

Stoppard, J.M. et McMullen, L. **Vers une compréhension de la dépression dans la perspective des femmes : exploration de la contribution des approches de la recherche qualitative.** Canadian Psychology, 1999 ; 40 (2) : 77-78.

Stout, A.E. **Prenatal Care for Low-Income Women and the Health Belief Model: A New Beginning.** *Journal of Community Health Nursing*, 1997; 14(3): 169-180.

Stuart, S., Couser, G., Schilder, K., O'Hara M.W., Gorman, L. **Postpartum Anxiety and Depression: Onset and Comorbidity in a Community Sample.** *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998; 186 : 420-424.

Sugawara, M., Sakamoto, S., Kitamura, T., Toda, M.A. et Shima, S. **Structure of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum periode.** *Journal of Affective Disorders*, 1999; 54: 161-169.

TALC, **Association Teaching Aids al Low Cost**, 24 diapositives pour sensibiliser à la maternité sans risque, TALC. Po Box, 49 ; St. Albans AL1 5TX, Royaume-Uni. Cité dans OMS. *Maternité sans risques*, 1995 ; 18 (2) :12.

Tam, V.H., Lee, D.T., Chiu, H.F., Ma, K.C., Lee, A. et Chung, T.K. **A randomised controlled trial of educational counselling on the management of women who have suffered suboptimal outcomes in pregnancy.** *BJOG*, 2003; 110: 853-859.

Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Tarkka, M.T. **Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality.** *Journal of Clinical Nursing*, 2004; 13 : 65-74.

Thoits, P.A. **Explaining Distributions of Psychological Vulnerability: Lack of Social Support in the Face of Life Stress,** *Social Forces*, 1984; 63 (2): 453-458.

Toubin, R.M., Baciou, O. et Molénat, F. **Prévention de la dépression du postpartum : un changement profond des pratiques.** *Les cahiers de l'Afrée*, juin 2006 ; 20 : 65-77.

Tourné, C.E. **Et s'il fallait du temps pour naître? Éléments pour une approche psychosomatique globale de la naissance.** Editorial Trabucaire, Perpignan, 1996.

Tourné, C.E. **Le naître humain.** L'Harmattan. Paris-Montréal, 1999.

Tourné, C.E. **Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle** Sauramps Medical, 2002

Urizar, G.G., Milazzo, M., Le, H.N., Delucchi, K., Sotelo, R., et Munoz, R.F. **Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy.** *Biology Psychology*, 2004 ; 67 : 275-282.

Vega-Dienstmaier, J.M., Mazzotti, G., Stucchi-Portocarrero, S. et Campos, M. **Prevalencia y factores de riesgo para depresion en mujeres postparto** Actas Españolas de Psiquiatria, 1999; 27 (5): 299-303.

Veldman, F. **L'approche haptonomique pré et périnatale** dans Clerget, J. Fantômes et masques de grossesse. Presses Universitaires de Lyon, 1986.

Vieten, C. et Astin, J. **Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood : results of a pilot study**. Archives of Women's Mental Health, 2008; 11: 67-74.

Villar, J., Farnot, U., Barros, F., Victoria, C., Langer, A. et Belizan, J. **A Randomized trial of psychosocial support during high-risk pregnancies**. The New England Journal of Medicine, 1992; 327 (18) : 29.

Waldenström U., Brown, S., McLachlan, H., Forster D. et Brennecke S. **Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care? A randomized controlled trial**. Birth, 2000; 27: 156-167.

Walker, N. **The definition of psychosomatic disorder**. The British Journal for the Philosophy of Science, 1956; VI (24): 265-298.

Warner, R., Appleby, L., Whitton, A. and Faragher, B. **Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity**. British Journal of Psychiatry, 1996; 168 (5): 607-611.

Watson, J.P., Elliot, S.A., Rugg, A.J., Brough, D.I. **Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year**. British Journal of Psychiatry, 1984; 144 : 453-462.

Webster, J., Linnane, J., Roberts, J., Starrenburg, S., Hinson, J., Dibley, L. **Identify, Educate and Alert (IDEA) trial: an intervention to reduce postnatal depression** BJOG, 2003; 110: 842-846.

Westney, Ouida E. ; Cole, J. et Munford, T.L., **The Effects of Prenatal Education Intervention on Unwed Prospective Adolescent Fathers**, Journal of adolescent health care, 1988; 9 : 214-218.

Whiffen, V.E. **Vulnerability to postpartum depression: A prospective multivariate study**: Journal of Abnormal Psychology, 1988; 97 : 467-474.

Whiffen, V.E. **Is Postpartum Depression a Distinct Diagnosis?** *Clinical Psychology Review*, 1992 ; 12(5) : 485-508.

Whiffen, V.E. et Gotlib, I.H. **Infants of postpartum depressed mothers : Temperament and cognitive status.** *Journal of Abnormal Psychology*, 1989; 98:274-279.

Whitton, A., Warner, R. et Appleby, L., **The pathway to care in postnatal depression: women's attitudes to post-natal depression and its treatment.** *British Journal General Practice*, 1996; 46: 427- 428.

Wickberg-Johansson, B., Erlandsson, B. et Hwang, C.P. **Primary healthcare management of postnatal depression in Sweden.** *Journal Reproductive Infant Psychiatry*, 1996; 14: 69-76.

Wickberg, B., Tjus, T. et Hwang, P. **Using the EPDS in routine care in Sweden: A naturalistic study.** *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, Feb.2005; 23 (1): 33.

Wisner, K.L. et Wheeler, S.B. **Prevention of recurrent postpartum major depression.** *Hospital and Community Psychiatry*, 1994; 45: 1191-1196.

Wisner, K.L., Perel, J.M., Peindl, K.S., Hanusa, B.H. et Findling, R.L. **Rapport D. Prevention of recurrent postpartum depression. A randomized clinical trial.** *Journal Clinical Psychiatry*, 2001; 62 (2): 82-86.

Wisner, K.L., Perel, J.M., Peindl, K.S., Hanusa, B.H., Piontek, C.M., Findling, R.L. **Prevention of Postpartum depression: A Pilot Randomized Clinical Trial.** *The American Journal of Psychiatry*; Jul 2004; 161 (7): 1290-1292.

Yoshikawa, H. **Long-term effects of early childhood programs on social outcomes and delinquency.** *The future of children*, winter 1995; vol.5 (3): 51-75.

Zare-Parsi, M. et Hoffman, B.F. **Les troubles mentaux du postpartum.** *Santé mentale au Canada*, mars 1989 : 14-18.

Zauszniewski, J. A., et Rong J-R. **Depressive Cognitions and Psychosocial Functioning : A Test of Beck's Cognitive Theory** *Archives of Psychiatric Nursing*, 1999; XIII (6) December: 286-293.

Zayas, L. H. et Busch-Rossnagel, N. A. **Pregnant Hispanic women: A Mental Health Study.** *Families in Society*, nov. 1992; 73(9) : 515-521.

Zimmerman-Tansella, C., Bertagni, P., Siani, R. and Micciolo, R. **Marital Relationship and Somatic and Psychological Symptoms in Pregnancy.** Social Sciences and Medicine, 1994; 38: 559-564.

Zlotnick, C., Johnson, S.L., Miller, I.W., Pearlstein, T., Howard, M. **Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention.** American Journal Psychiatry, 2001; 158: 638-640.

Zlotnick, C., Miller, I.W., Pearlstein, T., Howard, M., Sweeney, P. **A Preventive Intervention for Pregnant Women on Public Assistance at Risk for Postpartum Depression.** American Journal of Psychiatry, august 2006; 163(8): 1443-1445.

Liste des annexes

- 1) Article sur les théories de la dépression (en préparation, pour la revue l'encephale)
- 2) Le programme de préparation à la naissance : détail des séances
- 3) Formulaire de consentement (français et espagnol)
- 4) Lettre du Comité d'éthique, Fondation Clinique et lettre du Centre de recherche.
- 5) Programme de formation des sages-femmes
- 6) Bourses et financements obtenus
- 7) Questionnaires
 - 6.1 Détection du risque de DP (le questionnaire de sélection)
 - 6.2 EPDS (Edinburgh Postnatal Scale)
 - 6.3 D.A.S (Dyadic Adjustment Scale)
 - 6.4 Soutien social
 - 6.5 Stress
 - 6.6 Questionnaire de satisfaction du programme prénatal
 - 6.7 Questionnaire postnatal
- 8) Lettre aux mères pour accompagner l'envoi des questionnaires

Annexe 1

**La dépression postnatale: une réponse à l'inhibition de l'action.
La perspective psychosomatique comparée
aux théories de la dépression.**

La dépression postnatale : une réponse à l'inhibition de l'action. La perspective psychosomatique face aux théories de la dépression.

ORTIZ, A. *, TOURNÉ, C-E. **, SAUCIER, J.F ***

Résumé : Différents auteurs font appel aux théories concernant la dépression vue comme un trouble indicatif d'un défaut de fonctionnement, de compétence ou de normalité. Les mêmes choix s'appliquent souvent pour expliquer la dépression postnatale (DP). Nous avons étudié les diverses théories de la dépression pour comparer cette idée de maladie, souvent montrée dans les écrits, sous un autre angle. Nous voulons proposer à la réflexion l'idée d'une réponse adaptative, ressortissant plus de la santé que de la maladie, celle d'une dépression postnatale permettant un passage, autorisant à un organisme total une possibilité de s'adapter. Nous voulons enfin présenter une perspective que nous appellerons « psychosomatique »¹⁸ correspondant à la réalité de l'organisme qui, en pleine santé, fonctionne avec son psychisme et son corps intimement associés et qui réagit toujours à l'environnement immédiat.

Objectif : Comparer les théories de la dépression avec une perspective psychosomatique du trouble postnatal.

* Nursing Bc, M Sc santé com., candidate au Ph D Sciences biomédicales, Université de Montréal.

** Gynécologue-obstétricien, chargé d'enseignement à l'Université de Perpignan.

*** Chercheur titulaire, Médecin spécialiste en psychiatrie, Ph D en anthropologie. Département de Psychiatrie de l'Université de Montréal.

¹⁸ La définition « Psychosomatique » exprime ici une idée de physiologie somatique et psychique en interaction avec l'environnement: Les organismes humains sont des organismes psychosomatiques totaux; l'unité du soma et du psyché est une réalité systémique. Cette idée est contraire à celle du *trouble psychosomatique* qui, en effet signale une dissociation du corps et du psychisme. Nous ne retiendrons pas ce concept de trouble dans la présente étude.

Méthodes : Brève description des principales théories de la dépression publiées à ce jour et présentation de la perspective psychosomatique à l'appui des études de la dépression postnatal ayant référée des éléments somatiques.

Conclusions : Nous présentons nos idées en appui à une réalité démontrable par la voie médicale, psychologique et sociale. La présence de certains éléments somatiques à la période prénatale est pour nous une voie à suivre pour dépister le risque de dépression postnatale. Le stress se manifesterait par ces symptômes somatiques. Des études portant sur l'observation entre le stress, la présence de symptômes somatiques prénataux et la dépression postnatale seraient nécessaires afin de vérifier ces liens. Nous avons tout juste initié ce processus.

Mots clé : **dépression théories, dépression postnatale, psychosomatique.**

Introduction

La symptomatologie dépressive postnatale est un sujet abordé dans un nombre de plus en plus important de publications. Certaines études de la dépression maternelle font appel à des similitudes avec la maladie dépressive et la situent ainsi d'emblée. Les troubles de l'humeur après la naissance sont classifiés selon trois catégories: La plus grave est la psychose post-partum, maladie psychiatrique sur laquelle nous ne nous attarderons pas. La définition que nous retiendrons est celle d'un trouble observable à partir de la 4^{ème} semaine postnatale, trouble qui persiste plus de deux semaines¹ à la différence des « baby blues » de très courte durée que nous excluons des propos du present article. La symptomatologie dépressive non psychotique, affecte 13 à 14% des femmes^{2et3}. Cette dépression non psychotique est classée comme une dépression majeure ; elle soulève des controverses entre les auteurs selon le courant théorique postulé.

Les théories sur la dépression sont bien variées. Elles peuvent s'appliquer ou pas au trouble postnatal qui, en tous cas, est bien spécifique aux mères. Le modèle médical suivant la théorie biologiste présente la dépression postnatale comme une pathologie, une maladie conséquence de déficiences personnelles de la femme. La théorie féministe propose de tenir compte du contexte socioculturel, politique et économique provoquant des réactions d'incompétence et de culpabilité chez la femme non adaptée à la norme sociale. Selon la vision de la théorie interpersonnelle, c'est plutôt la transition au rôle parental, affectée par des rapports interpersonnels, qui entraîne des contradictions entre désirs de soutien, et soutien effectivement reçu. En plus, l'adaptation à la naissance se complique de la nécessité d'ajustement du couple avec leurs ressources et leurs carences émotionnelles mises à nu. Cet ensemble d'éléments montre la complexité du problème. Chaque théorie est intéressante quoique un peu partielle. La présente étude exposera succinctement chacune de ces théories pour ensuite évoquer les points d'accord et les questions qu'elles nous posent. Toutes ces théories concernant la dépression représentent des points de repère pour aboutir à une idée peu explorée à date. En résumé notre hypothèse est qu'à la suite d'un stress continu, la dépression postnatale permettrait de libérer la pression devenue insoutenable et enfin soulager l'organisme. Enfin, nous présenterons notre réflexion dans une perspective pouvant intégrer plusieurs théories et ce, à l'aide d'une approche psychosomatique en interaction avec le social.

Résumé des théories de la dépression

Diverses théories expliquent la dépression globalement et servent ainsi de base à certains auteurs pour décrire la dépression postnatale. Nous sommes obligés de limiter la description de chaque théorie car ceci n'est pas notre objectif. Nous avons des apports intéressants à faire et ces derniers sont la cible de notre travail. Ces apports sur une vision psychosomatique nécessitent un développement dans ce texte pour faciliter sa compréhension. Nous limiterons donc notre exposé aux théories principales avec un nombre restreint d'auteurs. Nous apporterons ensuite quelques brefs commentaires. Enfin, vu la complexité de notre perspective, nous voulons partager des questionnements auxquels

nous allons nous référer dans ce travail. Nous espérons provoquer des réactions si ces questions peuvent trouver un sens pour nos lecteurs à la suite de nos explications. Voici donc nos questions de départ :

1) Lorsque la dynamique vitale d'adaptation est à la limite et que l'action n'est plus possible, la dépression ne serait-elle pas la réponse du moindre mal? 2) La dépression maternelle ne serait-elle pas une sorte de démission, d'abandon de lutte, de lâcher prise dans une situation agressive de stress? Et 3) Tout comme l'inhibition de l'action qui permet de survivre encore un moment dans les conditions de la situation d'agression impossible à résoudre, la dépression postnatale ne résout-elle pas la tension découlant de la préparation des actions qui ne peuvent plus se mettre en œuvre?

Théorie biologiste

Les explications d'ordre biologique se basent sur des aspects génétiques (antécédents de dépression dans la famille) et/ou sur le déficit de *transmetteurs neuronaux* (hypothèse des catécholamines). En effet, l'inhibition de monoamines a été associée à la dépression⁴ ou bien, la dépression postnatale serait attribuée au déséquilibre hormonal.^{5,6} De cette façon, la DP est vue comme une déficience individuelle ou une pathologie de la mère.

D'un point de vue neurologique, la dépression est associée avec une hypoactivation des régions du côté gauche du cortex cérébral; Les auteurs postulant cette théorie ont proposé le « *affective working memory* » comme système pouvant impliquer l'évocation de l'émotion actuelle en l'absence d'un stimulus émotionnel.

La recherche biologique de la maladie mentale est basée sur le cerveau. La réalité mentale émerge de la remarquable activité cérébrale. Les états mentaux seraient des macro structures émergées des propriétés dynamiques des tissus corticaux neuronaux. L'articulation entre des états de normalité et de pathologie est expliquée par des changements de dynamique des tissus du cerveau⁸, la pensée, l'émotion et l'action découlent de l'activité cérébrale. Les relations entre des aspects neurobiologiques et psychologiques de l'activité neuronale sont difficiles à expliquer par un seul modèle. Il

existe une articulation entre l'activité cérébrale et les états mentaux au delà de l'opposition normalité/pathologie. Entre autres, il a été noté que lorsque, à un niveau d'observation macroscopique, on trouve des aspects cliniques d'un problème, ces observations peuvent se retrouver au niveau microscopique des dynamiques neuronales. Et, lorsque d'un point de vue clinique, le sujet est considéré comme en rémission on observe une réorganisation de la dynamique cérébrale⁷, il y a donc une relation entre la psychologie et la neurophysiologie, le rapport entre l'état mental et le cérébral est indiqué ainsi.

La théorie biologiste est à ce jour la plus dominante concernant la dépression postnatale car elle est sujette à un modèle médical très puissant dans notre société. Elle propose que ce trouble soit causé par une pathologie individuelle. En conséquence, le traitement est pharmacologique d'abord : hormones^{5,6} ou antidépresseurs^{4,8}, les conditions sociales, économiques, de relation, n'ont pas lieu d'être abordées.

La théorie cognitive

Dans cette vision cognitiviste, il existe une chaîne de pensées entraînant des interprétations négatives sur soi, sur le monde et sur l'avenir chez le sujet dépressif. Ces pensées deviennent automatiques tout en affectant le comportement qui conduit à la dépression.^{9,10}

Selon l'étude menée par *Zauszniewski et Rong*¹¹ la personne qui a une opinion négative de soi se croit déficiente, non adéquate, indigne, et/ou dénuée de charme. La pensée négative explique une part importante du fonctionnement psychosocial des groupes étudiés (patients en dépression aiguë, anciens patients, personnes jamais hospitalisées, personnes n'ayant pas fait l'objet d'un diagnostic). Pour ces auteurs, l'opinion négative englobe l'estime de soi et procure une faible valorisation personnelle. En conséquence, la personne a des difficultés pour prêter attention à ses compétences. C'est ainsi que ces auteurs expliquent l'association entre pensées négatives et détresse fonctionnelle, association constatée autant chez des personnes déprimées que chez celles non déprimées.¹¹ De fait, la dépression produit une faible fonctionnalité de la pensée, limite les motivations et les capacités. La personne

dépressive ne peut pas contrôler son opinion sur l'avenir. C'est pourquoi la thérapie cognitive cherche à changer le contenu de la pensée négative responsable de la dépression. Or, selon les auteurs mentionnés il faudrait, en plus, augmenter le contrôle de soi chez les personnes en dépression car ce contrôle et le sentiment de validité protègent face au désespoir et face à l'incapacité.

De ce même point de vue cognitif, d'autres problèmes de santé ont été observés. En effet, il existe une association linéaire entre les symptômes dépressifs en période d'infarctus et un risque de morbidité cardiaque, voir même de mortalité ultérieure.¹² C'est à partir de l'idée que les événements vécus dans un environnement psychosocial peuvent affecter l'humeur et vice versa, que *Davidson et al*,¹² expliquent leurs résultats : lorsque des événements difficiles surviennent, l'humeur se détériore. Cette humeur dépressive compromet la capacité de jouer ses rôles sociaux et ceci entraîne des expériences négatives.¹²

La théorie cognitive augmente la compréhension de ce qui se passe dans la dépression en general. Or, par rapport à la dépression du post-partum, le schéma qui s'installe est marqué par nombre d'autres facteurs, les événements négatifs font diminuer la capacité de réponse individuelle. Ainsi les effets des attitudes non fonctionnelles sur la symptomatologie dépressive postnatale sont signalés par des niveaux élevés de stress parental tel que montré par *Grazioli et al*¹³. Même si cette étude suggère un certain biais de sélection car les participantes ont été recrutées à partir des cours prénataux effectués dans un hôpital privé, les auteurs mettent en lumière une possibilité d'observer la variable stress et la variable capacité de réponse (action) et dépression, de sorte que, en présence de ressources nécessaires pour s'adapter à la naissance, il y a moins de risque de dépression.

Une autre théorie cognitive est celle appelée « *hopelessness theory* » de *Abramson et al*¹⁴. Cette version formule l'existence d'une attribution négative chez le sujet déprimé; c'est pourquoi, face aux événements difficiles il n'a pas d'espoir au préalable. L'attribution négative est celle dont la force des capacités est absente : « Je ne peux pas..., je n'ai pas... ». Lorsque le stress apparaît chez l'individu possédant une attribution négative, il est

plus à risque de dépression que d'autres sujets ayant une attribution positive.¹⁵ Pour ces derniers, le centre du problème ne s'explique pas par un manque interne mais, au dehors de soi: « ... J'ai vécu dans un contexte difficile ; Je suis tombé dans un piège ; J'ai trouvé un chemin sans issue... ». Ici le sujet n'a pas une perception de faute interne mais des problèmes retrouvés à l'extérieur pouvant expliquer son chagrin. Cette théorie propose que le style d'attribution modère la relation stress et dépression. Ceci fut vérifié par Kwon et Laurenceau¹⁵ à l'aide du modèle « *Diathesis-stress* ». Chez les sujets étudiés sans antécédents de dépression, les individus ayant un style d'attribution négatif ont montré plus de risque d'expérimenter un épisode dépressif comparativement aux sujets ayant un style d'attribution positif. Et, parmi les sujets ayant des antécédents de dépression, les sujets ayant un style d'attribution négative ont plus de possibilités de récurrence que les autres.

Le modèle vulnérabilité-stress met en évidence la contribution du stress à l'apparition de la symptomatologie dépressive. En effet, une étude menée sur 165 sujets évalués avec le EASQ (*Extended Attributional Style Questionnaire*), le CSQ (*Cognitive Style Questionnaire*), le CPQ (*Cognitive Priming Questionnaire*), le BDI (*Beck Depression Inventory*) et le NLEQ (*Negative Life Events Questionnaire*) révèle que les résultats du NLEQ peuvent prédire la symptomatologie dépressive au BDI. Une fois appariée (le *style inferential* dépressif et des niveaux de stress élevés) cette interaction prédit des symptômes dépressifs. D'abord, les styles appelés *depressogenic inferential*, concernant le *soi-même*, les conséquences et les causes interagissent avec les événements négatifs et puis cette interaction prédit l'augmentation de symptômes dépressifs, comme constatent Abela et al¹⁶.

Lorsque la théorie cognitive est capable d'intégrer des éléments de stress en interaction, elle devient moins partielle que celle biologiste. La vision et le traitement du problème semblent s'élargir un peu. Or, encore une fois l'explication principale est reliée à un trouble ou défaut personnel en lien avec des relations interpersonnelles. De plus, il est difficile de clarifier si les problèmes interpersonnels précèdent les épisodes dépressifs, ou bien si ce sont ces problèmes qui sont la conséquence des états dépressifs.

Théorie du comportement

Dans la vision « *behavioriste* », les expériences de stress les plus importantes dans la vie peuvent entraîner des épisodes dépressifs parce qu'elles affectent le modèle du comportement normal.¹⁷

La dépression serait une conséquence de la diminution d'efficacité du renforcement positif ; et parfois en plus, le comportement offrirait une punition.¹⁸ Dans cette perspective, le renforcement pourrait être offert par d'autres personnes sous forme de soutien social, soutien qui aura son impact par la suite.

Les auteurs présentent des controverses lors de l'intégration des théories « cognitivo-behavioristes » : le désespoir et les sentiments d'abandon ou de dévalorisation sont décrits comme symptômes de la dépression. Cependant, ces éléments n'ont pas une base expérimentale réelle car, la plupart des études expérimentales se sont basées sur des sujets en bonne santé ou des personnes avec une dépression modérée.²⁰ Et les études portant sur des patients déprimés utilisent des échantillons petits, ou bien ne rapportent que des analyses de corrélation. De plus, ainsi que l'ont constaté Henkel et al,¹⁹ les analyses de corrélation sont souvent interprétées comme des liens de causalité. Enfin, le désespoir peut exister en dehors des épisodes dépressifs et il est possible que ce soient plutôt les attitudes personnelles qui peuvent devenir un risque pour le sujet.¹⁹

Nous voulons juste apporter ici une réflexion: la pensée est-elle la première responsable, précédant un trouble dépressif? La sensation lui est-elle postérieure ou la précède-t-elle? La théorie cognitive nous explique que c'est à cause des pensées négatives que la personne s'implique dans des circonstances liées à une chaîne non favorable de comportements. Mais c'est quelque part une idée contre la loi naturelle de la vie. En effet, en général, la personne cherche à s'en sortir et à survivre par une loi interne, l'organisme sain réagissant ainsi grâce à ses mécanismes de protection. Il est probable que dans certains cas, la pensée négative peut marquer à tel point la personne, qu'elle ne peut pas s'en sortir. Cela pourrait expliquer certains cas de dépression grave. Mais, en est-il toujours ainsi? Peut-on appliquer cette

théorie à la situation de maternité, celle dont la survie passe avant tout? Puis, la plupart des femmes ont des pensées négatives avant la naissance (...et si le bébé n'arriverait pas au bout? Et, s'il manquait un morceau? Et l'accouchement?...) Pourtant, elles ne dépriment pas toutes, quoique les pensées soient là!

D'autre part, les états dépressifs sont associés à une série de traits personnels. Or, plusieurs de ces traits seulement sont observés dans les dépressions sévères. Il s'agit des traits spécifiques à la dépression (ex. baisse d'énergie, diminution de la libido, mépris de soi, baisse de l'estime de soi, perte d'appétit). Toutefois, on peut trouver ces signes en dehors d'une dépression. C'est pourquoi la compréhension de la dépression maternelle doit s'élargir pour revenir aux sources de l'évolution, par exemple. La dépression se développe en réponse à certains problèmes d'adaptation dans l'histoire de l'évolution.

Théorie évolutionniste

Le trouble dépressif ne serait pas simplement attribuable à l'individualité non fonctionnelle décrite par la théorie du comportement. Auparavant, dans certains cas, la dépression aurait eu un rôle d'adaptation et de survie pour l'espèce, voir même un rôle dans la reproduction. L'accès aux ressources varie selon le niveau d'appartenance ou la position dans le groupe social d'après la thèse évolutionniste. En ce sens, la dépression serait une stratégie involontaire permettant d'accepter l'échec dans cette compétition sociale pour mieux s'adapter à la perte de rang.²⁰

Face à une menace de danger vue en situation compétitive, l'individu adopte une stratégie de soumission qui est contraire à l'agression. Ce fait provoque chez l'adversaire la sensation de réussite sans besoin de lutte et donc il ne se produira pas un dommage dans cette compétition. L'individu choisit une stratégie d'agression ou de soumission selon l'évaluation de son potentiel de ressources propres et de celui de l'autre. S'il pense qu'il peut gagner, il attaque. Au contraire, si cela ne lui semble pas possible, il s'adapte à la perte de statut social. La gestion du pouvoir et l'affiliation sont les deux dimensions inhérentes à

cette perspective évolutionniste.²⁰ Dans une telle perspective, la dépression pourrait être une réponse psycho-biologique face à une menace de risque « social » (bien-être et réputation) pour la personne. Les états dépressifs se développent pour faciliter une possibilité d'interaction avec l'autre compétiteur au cas où l'individu perçoit la menace d'exclusion sociale.

Cette intéressante opinion prend en considération autant le processus neurobiologique et psychosocial que celui basé sur la survie et pourrait ainsi rejoindre notre vision. C'est pourquoi nous l'avons retenu même s'il n'est jamais considéré pour la dépression postnatale, car c'est une période d'adaptation. Toutefois, la fonction adaptative de la dépression est contestée.²¹ Puis, il n'existe pas d'études sur la dépression postnatale en lien avec cette théorie évolutionniste, qui en tout cas serait compliquée à valider dans le cadre du trouble postnatal.

La théorie du genre en lien avec le soutien social

Être une femme serait un facteur prédictif de vulnérabilité à la dépression pour certains auteurs.²² Des traits de personnalité mesurés chez les hommes et les femmes expliquent cette différence de vulnérabilité à la dépression. Le genre marque aussi une différence quant à la pauvreté chez les mères.²³

D'autre part, il y aurait une relation de réciprocité entre la perception de soutien social et la dépression. Cette relation serait plus évidente chez les filles.²⁴ L'étude menée par *Stice et al*²⁵ apporte une relation entre la perception de soutien social et la dépression, la nature de cette relation serait en lien avec les sources de soutien. Les déficiences ou le manque de soutien parental chez les adolescentes peuvent prédire dans l'avenir la survenue de symptômes dépressifs et même l'apparition des chutes de dépression majeure. L'humeur dépressive est souvent présente chez les adolescents. Or, les causes de ce problème et la façon de l'exprimer sont différentes chez les gars et les filles, ce qui suggère encore une fois cette perspective de genre.

Tout d'abord, une mère est une femme ou, au moins, une jeune femme. Et cette condition fait appel à la notion de genre. Dans cette vision, il est connu que les femmes présentent plus de risque de vivre un épisode dépressif que les hommes.²⁶ Elles sont plus vulnérables aux situations de pauvreté, plus souvent dénuées de soutien, plus souvent dénuées de ressources, plus sujettes à subir la violence et l'abus sexuel que les hommes.²⁷ Ce sont tous des événements négatifs pour lesquels le risque de dépression est plus fort chez les femmes. En ce sens, Carrillo et al²² ont utilisé le *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck, 1975)¹⁹, le *NEO Personality inventory* (Costa et Mc Crae, 1985)²⁰, l'échelle *BDI* de Beck (1979)²¹, le *Schizotypy Questionnaire* (Claridge et Broks, 1984)²², et l'*inventory Adjustment* de Bell (1974)²³, pour arriver à la conclusion que les femmes ont plus de facteurs de vulnérabilité à cause des émotions négatives. Ces émotions observées dans la personnalité, découlent de différents aspects :

- A) Le biologique : gènes, activité reproductive, climatère, post-partum ;
- B) Le social : la condition socioéconomique, le rôle et le soutien social ;
- C) Le plan psychosocial : la socialisation, la violence interpersonnelle, l'abus par des partenaires, etc.

Ce sont là tous des facteurs qui accompagnent la discrimination sociale. En conclusion les auteurs expliquent que la personnalité aurait des répertoires de comportement classifiés dans trois domaines du langage: cognitif, émotionnel et sensorimoteur. Les réponses spécifiques à chaque domaine sont les unités de base du comportement. Ces réponses positives ou négatives seraient conséquences de l'expérience de la vie. La personne qui aura appris plus de réponses négatives donnerait plus de réponses négatives, par exemple la

¹⁹ Eysenck, H.J. et Eysenck, S.B.G. EPQ-Personality Questionnaire for children (EPQ-J) and adults (EPQ-A). London: Hodder and Stoughton, 1975.

²⁰ Costa, P.T. et McCrae, R.R. The NEO Personality Inventory manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1985.

²¹ Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. et Emery, G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press, 1979.

²² Claridge, G. et Broks, P. Schizotypy and hemisphere function-I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 1984, 5: 633-648.

²³ Bell, H.M. The Adjustment Inventory (3rd ed.) Stanford, CA: Stanford University Press, 1974.

dépression. En fait, les filles présentent plus de symptomatologie dépressive que les garçons adolescents.²⁸

Des mécanismes particuliers facilitent l'émergence d'une différenciation de genre en ce qui a trait à la dépression. Par ailleurs, il serait pertinent de clarifier si la symptomatologie dépressive retrouvée chez les adolescents est clairement une maladie dépressive ou bien, juste une humeur dépressive. Deux possibilités pouvant créer la confusion. Même si l'humeur dépressive continue et prolongée dans le temps peut devenir une maladie dépressive,²⁹ la maladie dépressive, impliquant tout un attirail de symptômes est différente d'une humeur dépressive.³⁰

Des événements négatifs augmentent les affects reliés. Et des facteurs cognitifs inhérents au genre peuvent modérer ces affects négatifs tout en facilitant le risque de dépression.²⁹ De plus, la vulnérabilité à souffrir du stress serait plus élevée chez les filles et ce, à cause de facteurs sociaux inhérents à l'adolescence. Les besoins d'affiliation et de relations interpersonnelles sont plus importants chez les filles. Ces besoins comporteraient un risque particulier de vivre des événements négatifs. En fait, si la théorie du genre est intégrée avec celle du stress et celle des interactions sociales, l'explication de la dépression devient plus compréhensible. Nous pouvons essayer d'imaginer ces éléments dans la dépression maternelle: à la naissance d'un enfant, ces besoins d'affiliation et d'interaction mentionnés peuvent être ressentis par la jeune mère. Si elle trouve une réponse à ces besoins auprès de son partenaire et de son environnement, tout ira pour le mieux. Si elle ne peut pas interagir pour partager ses sentiments, elle demeure en manque. Ce manque permanent de la mère pourrait la rendre vulnérable à l'humeur dépressive. En outre, la femme a des besoins particuliers à son genre. Et, puisque ces besoins appellent l'interaction, le soutien social est essentiel. En l'absence de ce soutien, la femme risque d'avoir un trouble dépressif. Si elle est mère, la naissance lui apporte encore une expérience de stress en fonction des circonstances qui l'entourent. Des événements difficiles tels que la santé du bébé, la santé de la femme elle-même, un milieu défavorisé, etc. sont entre autres une source de stress et, à nouveau, le soutien joue un rôle de protection, ou de risque en cas d'absence. Voici donc

soutien, stress et condition de genre en interaction. Toutefois une question se pose : faut-il compléter ou intégrer cette théorie du genre avec d'autres idées? En tout cas, cette vision peut devenir plus large que les théories précédentes.

La théorie féministe

La contradiction entre les attentes et la réalité des mères serait une des explications assignées à la dépression maternelle, perçue par l'approche féministe comme le problème d'une culture moderne.³¹ La théorie féministe se situe en opposition au modèle médical concernant le terme maladie de cause interne assigné à la dépression postnatale et propose celui de réaction.³²

La maternité est une expérience attendue comme un événement normal qui se doit d'être heureux dans la vie d'une famille. Or, face à la maternité, de nombreuses femmes vivent cette expérience souvent avec souffrance en raison des pertes, des responsabilités, de la charge de travail et de la solitude dans laquelle se retrouvent beaucoup de mères.³³ Des facteurs d'ordre social et culturel semblent donc influencer chez elles la reconnaissance de leur souffrance maternelle puisque généralement la maternité est associée à la normalité et au bonheur. Par crainte d'anormalité, certaines femmes auraient tendance à minimiser ou à nier leurs manifestations psychologiques.^{33,34} C'est justement pour bien identifier les troubles émotionnels de la femme enceinte que Bydlowski³⁵ a conçu un modèle de consultation conjointe, obstétricien/psychiatre. Les résultats de cette étude démontrent que parmi les sujets traités, 30 % des femmes enceintes présentaient des problèmes de santé physiques ; 10 % des troubles émotionnels graves tels que l'anorexie, la toxicomanie, la psychose ; 25% ont signalé une histoire obstétricale considérée comme à risque en raison d'avortements répétés, de naissances prématurées et finalement, un pourcentage de 25% présentaient une pathologie de type somatique. Ce sont là des données compatibles avec l'idée exposée dans le schéma 1. Le fait que certains auteurs constatent des éléments somatiques au cours de la grossesse (éléments non inhérents à la maternité) et que d'autres auteurs trouvent un lien entre dépression prénatale et dépression postnatale, nous conduit à l'idée d'une interaction entre ce qui se passe au niveau psychosomatique selon la capacité

de réponse de chaque femme, et ce qui se passe au niveau social, environnement d'accueil à chaque naissance avec dépression ou pas.

Les études qualitatives apportent des éléments tels que : la perfection, les attentes élevées et la perception des femmes face aux demandes du bébé. Ce sont des aspects présents et source d'une certaine tristesse chez des mères deprimées.^{36,37} Cependant, les observations de cet ordre ne nous parlent que de certains groupes spécifiques. Ces théories en accord avec le modèle social semblent affecter certaines femmes dont les besoins de premier niveau sont satisfaits. Cependant, chez les femmes les plus défavorisées, le taux de prévalence de la dépression post-natale est plus élevé³ et pourtant, il y a beaucoup de priorités qui passent avant aux contradictions d'ordre social. Ou alors, est-ce que les causes de la dépression post-natale sont les mêmes pour toutes les femmes en dehors du contexte socioculturel et économique auquel elles appartiennent? Justement, cette théorie considère ces contextes.

Maintenant, est-ce que la théorie féministe de la dépression postnatale s'applique bien à tous ces éléments? En tout cas, elle suggère une vision des aspects social et économique peu abordés par d'autres théories. Cette théorie considère le problème en dehors d'un trouble interne et critique le fait que cette classification de trouble serait imposée par un modèle médical d'idéologie surtout masculine.³⁷ Le choix théorique est ici contraire à celui de la théorie biologiste. Comment éviter la dissociation entre l'interne et l'externe?

Théorie de l'Attachement

D'autres opinions sur la dépression ont mis l'accent sur l'attachement. Il est le fruit de la construction progressive d'une représentation interne de la relation. Et, cela se produit à partir de l'expérience de relation entre le bébé et sa mère selon la théorie de Bowlby³⁸ et Ainsworth³⁹. On peut considérer quatre styles d'attachement :

1) sécurisé : l'enfant perçoit sa figure d'attachement comme source constante et adéquate de protection;

- 2) ambivalent : l'enfant a la perception d'une figure inconsistante, non adéquate qui lui fait douter de sa sécurité;
- 3) évitativ : l'enfant perçoit un contact froid et du refus;
- 4) désorganisé : la figure d'attachement se comporte de façon menaçante et non prévisible pour l'enfant.

Le style d'attachement d'une personne aura des influences sur ses réactions face au stress.⁴⁰ Certains auteurs proposent que des mécanismes fixés par l'attachement en lien avec des comportements sociaux puissent être à la base de certaines formes de dépression, surtout celles associées au stress chronique⁴¹. La prise en considération des mécanismes de développement de l'attachement permet de proposer les idées suivantes:

- 1) La dépression est commune en présence de facteurs primaires de vulnérabilité (interruption de l'attachement, abandon, abus, mauvais traitement)
- 2) La dépression apparaît suite à des événements détonnants (perte de relations significatives, échecs, rester dans le piège d'environnements non gratifiants ou hostiles)
- 3) La dépression accompagne les préoccupations psychologiques des personnes.

Il existe une interaction entre le système d'attachement et la situation sociale. Les parents sont la source de la régulation primaire des systèmes de menace et de sécurité pour les enfants. Les parents autonomes ayant un attachement de sécurité proposent plus de réponses consistantes et sensibles à leurs enfants ; ils acceptent les émotions négatives, ils sont présents et ils assurent la régulation des états émotionnels de leurs enfants.⁴¹

Les femmes ayant un modèle d'attachement ambivalent présenteraient plus de risque de souffrir d'une dépression postnatale lorsque l'évaluation est faite à six mois de la naissance.⁴² Chez les femmes ayant un attachement fort ambivalent, l'association entre dépression prénatale et dépression postnatale est médiatisée par les perceptions de soutien du conjoint. Ces femmes seraient très méfiantes et auraient une faible satisfaction du soutien. Ainsi la perception que les femmes ont du soutien de leur conjoint aurait un effet médiateur entre l'interaction des femmes ayant un modèle ambivalent et une

symptomatologie dépressive pré et post natale.⁴² Enfin, le bien-être émotionnel des femmes très ambivalentes est en dépendance avec leur perception du mari, surtout si elles perçoivent le conjoint comme irritable et ce, au delà du stress présent. Les effets médiateurs sont très peu abordés et, en ce sens, l'étude de Simpson⁴² mérite d'être retenue. De plus, il suggère que les sujets ayant un attachement insecure présentent un biais quant à leur perception du soutien social, marqué par des attentes négatives⁴².

La dépression postnatale se développe lorsque le besoin d'attachement des mères n'est pas satisfait par leurs conjoints, selon *Whiffen & Johnson*.⁴³ Durant la transition au rôle parental, les deux parents ont besoin l'un de l'autre pour se soutenir; lorsque leur lien d'attachement est secure, ils vont répondre correctement aux besoins de l'autre. En cas d'attachement ambivalent ou évitativ, des problèmes surgiront au moment de la naissance. Enfin des objectifs non réalistes peuvent mener à la dépression ; l'insatisfaction due à la difficulté d'obtenir des compensations surtout de type affectif peut mener à la dépression chez la femme ayant des difficultés à créer des liens et/ou ayant une faible estime de soi.⁴⁴

Théorie interpersonnelle

Cette théorie dont l'auteur principal est Sullivan⁴⁵ postule que l'être humain est social par essence. La personnalité serait déterminée plutôt par les expériences interpersonnelles. D'où qu'il est reconnu une base de nature interpersonnelle à la dépression.⁴⁶ La théorie interpersonnelle met l'accent sur les compensations et les punitions provenant de l'environnement social des personnes.⁴⁷

Des mécanismes particuliers tels que l'inattention sélective, la dissociation et la sublimation sont utilisés pour faire face à l'anxiété résultant de réactions négatives provenant d'autrui. De cette compréhension fut développée la thérapie interpersonnelle,⁴⁸ thérapie qui a sa place pour les troubles de l'humeur.

Chez les mères déprimées, il est fréquent de noter des perturbations dans leurs relations interpersonnelles ainsi qu'un déséquilibre entre désir de soutien social pour soigner le bébé et réalité quant au soutien obtenu.⁴⁹ Des événements dans un contexte psychosocial concret affectent l'humeur dans un sens ou dans un autre. Lorsque des événements difficiles arrivent l'humeur se détériore. L'humeur dépressive a une influence sur l'habilitation à gérer des rôles sociaux, puis, ceci conduit souvent à des expériences négatives et au chagrin dans les relations interpersonnelles. Toutefois, il est difficile de clarifier si les problèmes d'ordre interpersonnel précèdent les épisodes dépressifs, ou bien si ces problèmes sont une conséquence des états d'humeur dépressive.

Dans une étude d'évaluation d'indicateurs interpersonnels, il a été noté que, les femmes ayant un antécédent d'épisode dépressif choisissent plus souvent des tactiques coercitives, ont plus de conflits, plus de traits de personnalité non fonctionnelle dans leurs relations interpersonnelles et un moins bon rapport de couple.⁵⁰ Maintenant, il reste à bien clarifier où se situe la cible du problème : dans les antécédents ou dans le rapport? Pour l'instant, il a été noté qu'une psychothérapie interpersonnelle de groupe est efficace pour diminuer la symptomatologie dépressive postnatale.⁵¹ En fait, les rôles différents d'une mère, les rapports sociaux, les changements externes, etc., affectent sans doute les femmes. Les aider à composer avec tous ces rapports et rôles devrait éliminer une part du stress.

En conclusion, toutes ces théories exposées sont intéressantes et pertinentes. Cependant, elles ne décrivent qu'un ou quelques aspects limités de la réalité de la femme qui vient d'accoucher. Il apparaît que ni les théories axées sur le sujet et son fonctionnement neurologique, cognitif ou bien son comportement, ni les théories interpersonnelles, mais plutôt l'interaction d'un ensemble de variables, ne peut nous apporter une compréhension claire du problème. Or, cette interaction des contextes interne et externe est peu abordée. Les auteurs se situent d'une part interne ou de l'autre, externe à la personne. Cependant, lorsque ces différents facteurs (externes/internes): stress psychosocial et risque biologique interagissent, une fois étudié dans un modèle biopsychosocial, il existe une relation avec la symptomatologie dépressive postnatale.⁵²

Considérations préliminaires : Une réflexion à propos du modèle social et culturel

Reprenons la notion du genre pour revenir à la dépression maternelle dans une autre hypothèse: Face à une perception de menace ou à une situation de stress, la réponse de la femme est réduite par sa condition de mère. Tandis que dans la même situation de stress (naissance) l'homme peut utiliser les trois possibilités de réponse (réponse agressive, fuite ou inhibition de l'action),²⁴ elle est portée surtout à s'inhiber.²⁵ Par exemple, elle ne peut pas fuir sa maternité et, souvent, elle a une faible possibilité du choix de réponse agressive. Lorsque toutes les possibilités de réponse au stress sont possibles, les affects négatifs seront probablement moins disponibles puisque l'on peut choisir et s'exprimer. Pendant la période de grossesse ou après la naissance, face à l'adversité ou face au stress, l'homme peut toujours choisir parmi les trois réponses alors que pour la femme ce sera plus compliqué. Ceci ne répond pas à une différence génétique, c'est tout juste une différence de choix touchant le genre, principalement à cause d'un modèle social.²⁶ La limitation des choix de réponse au stress pose un problème somatique. Faute de choix, ce qui ne peut pas être exprimé autrement, sera probablement somatisé.²⁷ Voir le schéma 1:

²⁴Les conditions agressives et les difficultés d'adaptation se comportent de manière parallèle, les éléments de repérage du stress sont présents dans les diverses conditions. La situation agressive engendre deux types de comportements de réponse : la réponse agressive ou la fuite. Chacune est préparée par une réaction organique qui permettra la mise en œuvre des moyens biologiques de l'action. C'est la réponse hypo-physosurrénalienne avec son prolongement cardiovasculaire et métabolique (*La réaction d'adaptation*) Selye H. et al. « Le stress ». Hachette, Paris, 1980.

²⁵ Inhibition de l'action. Il s'agit de l'impossibilité de mettre en œuvre une action efficace pour se soustraire à l'action de l'agent agressif. Le système nerveux se souvient des actions inefficaces ou douloureuses ainsi que des actions punies par la culture sociale. Le stress continu facilite l'apprentissage de l'inefficacité de l'action. Laborit H : « L'inhibition de l'action » Ed. Masson, Paris, 1986

²⁶ Il existe un modèle social pour la grossesse : A tout moment, une femme enceinte rentre dans le statut social de son état; ainsi, si elle cache sa grossesse ou la refuse, elle se classe dans la pathologie sociale. Son statut pourra être plus ou moins gratifiant pour elle, mais elle n'a pas trop de choix.

²⁷ L'action efficace, qu'elle soit réponse agressive ou lutte engendrera une sorte de satisfaction permettant d'échapper aux conséquences psychosomatiques de l'agression. Par contre, l'apprentissage de l'inefficacité de l'action (qui se produit souvent par un stress répétitif, itératif) va engendrer un syndrome d'inhibition de l'action avec la sécrétion de noradrénaline et ses conséquences (Laborit, 1986).

Schéma 1 :**Aspects de vulnérabilité et de risque prénatal versus facteurs de protection**

ENTRÉES EN PERIODE DE GROSSESSE	
<u>Facteurs de risque</u>	<u>Facteurs de protection</u>
Evénements source de stress,	
Manque de soutien,	soutien social,
Conflits du couple,	ajustement couple,
Symptômes somatiques,	soin et prévention du
Dépression prénatale,	processus de naissance
Antécédents traitement psychologique,	
Niveau socio-économique défavorisé,	
CONSÉQUENCES APRÈS L'ACCOUCHEMENT	
Possibilité 1 : Santé (interaction favorable entre facteurs risque/protection)	
Possibilité 2 : Symptômes somatiques <i>post partum</i> (résiste au stress : en action)	
Possibilité 3 : Dépression postnatale (inhibition de l'action ou échec des actions)	

Le système organique face à différentes difficultés (éléments de risque) se prépare à répondre à l'agression (qui est ainsi interprétée) et lorsque des facteurs de protection interagissent, la réponse pourra se faire dans une adaptation. La deuxième possibilité est celle d'une pression interne constante, sans éléments de protection et l'action organique qui en découle : somatique (adrénaline, cortisone, sérotonine). Finalement, l'action²⁸ pour répondre au stress ne peut plus être manifestée et la dépression devient un élément de survie. En d'autres termes, la femme qui subit un stress sous forme d'agression permanente et réitérée, probablement parce qu'elle chemine par une voie difficile, reçoit en conséquence des stimulus agressifs et ainsi de suite jusqu'à ce que la personne décide

²⁸ Chaque individu possède un système nerveux ayant l'action pour finalité. L'action est la condition de la survie. Si l'action est impossible, l'inhibition de l'action permet la survie tout en évitant la destruction (Laborit, H. 1979).

d'abandonner cette voie pour en sortir. La dépression serait une issue. Probablement plus facile à utiliser pour une mère tel que mentionnée ci-dessus.

Nonobstant, l'existence de différences liées au genre par plusieurs variables : physiologiques, sociales, possibilités de réponse, besoins d'interaction, soutien, etc., n'est abordée que par des études avec un faible échantillon et les analyses simples d'un modèle linéaire qui ne tient pas compte des interdépendances entre variables. Ce sont des éléments qui nous imposent la prudence pour nous prononcer en faveur de cette vision de genre. Les études qualitatives nous suggèrent d'autres types de limites mais nous apportent des détails pouvant aider à comprendre certaines lacunes. En ce sens, le contexte socioculturel dans lequel la naissance se présente, remet en question le noyau individuel de la dépression postnatale tel qu'indiqué par Crowe.⁵³

L'explication psychiatrique n'offre qu'une facette de cette expérience multifactorielle de dépression. Dans une culture portée par la séparation et dans une société moderne d'individualisme, l'expérience de maternité est en contradiction avec le modèle social,⁵³ ceci n'est que très peu pris en compte dans la littérature. Les attentes découlant du modèle culturel de normalité peuvent favoriser le sens de séparation. L'acceptation culturelle implique que la subjectivité et la séparation sont normales donc, les femmes réflexives envers elles-mêmes et capables de se séparer sont mieux acceptées. Mais, en même temps, dans notre société moderne, la femme est sujette à des attentes telles que sa capacité à nourrir les besoins des autres, ainsi que se séparer, penser à soi.^{31,32, 53} Comment ne pas être en contradiction? Pression interne encore!

Autres considérations: les signes somatiques prénataux

Lorsque des facteurs de risque rendent la femme vulnérable, elle peut expérimenter des symptômes « somatiques » durant la période de grossesse (avec le bébé en dedans). Ce sont là les signes du fait qu'elle souffre de stress (bien entendu sous réserve d'exclusion d'une cause organique). Il s'agit d'une forme d'adaptation qui traduit des difficultés. Puis, ces difficultés peuvent augmenter avec la nouvelle situation entraînée par l'enfant (bébé en

dehors). Si le stress continue, la mère augmentera ses symptômes jusqu'au moment où il lui sera impossible de continuer; la dépression serait alors la manifestation de la limite. Et les études des liens entre symptomatologie prénatale et postnatale nous offrent un appui à cette explication tout en montrant des différences : troubles somatiques au cours de la grossesse et dépression après la naissance.

Tout d'abord les auteurs travaillent autour de l'idée que les femmes ayant souffert d'une dépression prénatale sont par la suite plus à risque de dépression postnatale. Cette idée s'appuie sur le fait que les troubles dépressifs de la période prénatale exercent une influence sur la dépression postnatale ainsi que l'ont noté Cutrona,⁵⁴ O'Hara⁵⁵ et O'Hara.⁵⁶ Or, d'autres auteurs Long,⁵⁷ Graff et al,⁵⁸ Saucier et al⁵⁹ n'ont pas trouvé de lien entre les troubles dépressifs de la période prénatale et ceux de la période postnatale. L'utilisation de certains instruments d'évaluation de la dépression maternelle, validés ou non, complétés par le sujet directement ou au moyen d'une entrevue, utilisant deux formes de mesure (auto-rapportée et entrevue) ou une seule forme, appliqués à différents moments de la grossesse ou une seule fois, sont des éléments pouvant influencer les résultats de ces études d'association. En outre, les facteurs de risque associés à la symptomatologie prénatale sont enfin vus comme différents de ceux associés à la période postnatale.^{60,61} La nature, la forme de présentation et l'intensité des symptômes qui traduisent la souffrance chez la femme, semblent varier de l'étape prénatale à l'étape postnatale. Or, le même type d'instrument d'évaluation s'applique souvent aux deux périodes.⁶² L'évaluation de la dépression prénatale est faussée par les expériences somatiques de cette période.⁶³ Toutefois, peu d'instruments validés et permettant de contrôler ce biais ont été utilisés pour évaluer la dépression de la grossesse ; des instruments validés spécifiques à l'évaluation de la période prénatale seraient nécessaires pour bien identifier autant le risque que la dépression déjà latente au cours de la grossesse.⁶⁴

La dépression postnatale est un problème identifié par un diagnostic spécifique⁶⁵. A cet égard, nous voulons apporter tout de suite un questionnement principal: les instruments spécifiques ne devraient-ils pas inclure dans leur évaluation d'autres symptômes que ceux

qui sont pris en compte par les outils utilisés jusqu'ici. En particulier ne faut-il pas tenir compte de l'expression des aspects dits psychosomatiques de la grossesse? Et si oui, comment? Nous espérons en outre clarifier l'idée de complexité qui semble sous-jacente à la question proposée, laquelle est également soulevée dans la revue de la littérature qui accompagne nos réflexions.

La grossesse ne protège pas la femme de la dépression. Différents facteurs de risque rendent la femme enceinte vulnérable.⁶⁶ Des variables telles que la personnalité, une baisse de l'estime de soi, et l'apparition d'un événement négatif au cours de la grossesse peuvent influencer l'adaptation psychologique des femmes. Ces variables sont associées à la symptomatologie dépressive prénatale alors qu'elles ne sont pas associées à la dépression postnatale.⁶⁷

La relation de couple, la situation économique et le soutien social qui marquent la vie d'une femme enceinte sont des variables associées à l'adaptation de la femme à sa grossesse, à l'accouchement et à la naissance ainsi qu'à la période postnatale. Ces facteurs constituent des sources d'anxiété pour la femme et, de ce fait, ils la prédisposent à la symptomatologie dépressive prénatale.⁶⁷ Par la suite, d'autres variables, absentes durant la période prénatale, mais qui surviennent avec la naissance de l'enfant²⁹, peuvent augmenter le risque de dépression chez certaines femmes identifiées comme vulnérables pendant leur grossesse. Une fois combinés, le risque décelé par des variables identifiées lors de la période prénatale et le risque identifié par des variables présentes pendant la période postnatale, cette addition augmente la valeur prédictive de la dépression postnatale.

En Suisse, lors d'une étude portant sur les signes précurseurs de la dépression postnatale,^{34,62} les auteurs rapportent que 65,5% des femmes ayant eu une dépression postnatale auraient souffert de troubles dépressifs pendant la grossesse. Et, 31% des femmes souffrant d'une symptomatologie dépressive prénatale continuent d'être dépressives après la naissance du bébé.³⁴ Les auteurs de cette étude concluent toutefois que

la symptomatologie dépressive prénatale est souvent sous-estimée. D'autres auteurs ont estimé à 16,7% la prévalence de la symptomatologie dépressive prénatale.⁶⁸ D'autre part, Righetti-Veltema et al³⁴ ont identifié comme «marqueurs» certains facteurs de risque de dépression postnatale présents durant la grossesse :

- a) l'origine de la mère lorsqu'elle est migrante, nouvelle arrivée ayant un faible niveau de scolarité et un faible revenu ;
- b) la mère multipare ayant perçu la grossesse comme difficile et ayant présenté de l'hostilité et de l'anxiété pendant la période prénatale ;
- c) les femmes n'ayant pas participé à la préparation prénatale;
- d) les femmes ayant formulé plus de plaintes somatiques pendant la grossesse (maux de tête, démangeaisons, frissons et étourdissements) ;
- e) les femmes ayant vécu des circonstances impliquant une perte.

Les auteurs de cette étude se prononcent en faveur d'une étiologie à facteurs multiples dont l'interaction des facteurs personnels et sociaux favorise le risque de dépression postnatale.

Lopez et al⁶⁹ évoquent également le risque de symptomatologie dépressive chez certaines femmes migrantes. Lorsqu'une femme émigre pour accompagner son mari, sa nouvelle vie se solde très souvent par une expérience d'isolement et de solitude, notent les auteurs. Ces deux sentiments s'intensifient progressivement au cours de la grossesse et de la naissance surtout lorsque le réseau de soutien familial est absent. Un lien entre ce qui se passe avant et ce qui se produit après la naissance du bébé semble exister. Même si la nature de ce lien semble complexe et qu'il est contesté, certains auteurs ont tenté d'étudier les associations possibles. Voici quelques exemples.

Lors d'une méta-analyse incluant 44 études, l'auteur a trouvé une corrélation moyenne de $r = .49$ à $r = .51$ concernant la variable prédictive de la dépression prénatale sur la dépression postnatale.⁷⁰ De leur côté, Hock et al⁷¹ ont trouvé une corrélation significative entre les scores du CES-D évalués au temps 1, au 3^e trimestre de la grossesse, et au temps 2, à six

²⁹ Santé du bébé, santé de la mère, soins du bébé, besoins primaires (aliments, vêtements, toit,...)

semaines de la naissance. Cette corrélation se reproduit aussi entre les scores du CES-D évalués au temps 2 et les scores évalués à neuf mois après la naissance. Enfin, certaines femmes heureuses pendant la grossesse peuvent se sentir déprimées après l'accouchement.⁷² Il est connu que la période postnatale augmente la vulnérabilité à la dépression chez les femmes, surtout chez les femmes les plus vulnérables. Comment expliquer alors l'absence de symptômes dépressifs prénataux chez nombre de femmes vulnérables au cours de la grossesse ?

Une possibilité est la réponse somatique au lieu de la dépressive. Lors d'une étude longitudinale, il a été rapporté une corrélation positive entre la présence de symptômes « somatiques »³⁰ en période prénatale et de symptomatologie dépressive en période postnatale évaluée à 18 mois.⁷³ Ces auteurs ont relevé divers symptômes chez les femmes déprimées durant la période prénatale : diminution de l'appétit et de la libido, perte de poids, constipation et tachycardie pendant la grossesse. Ces symptômes, considérés comme de nature physique et attribuables au fait même d'être enceinte, sont pourtant exclus des questionnaires d'évaluation.

Cutrona et Troutman observent 55 femmes et cette fois, les auteurs utilisent le SPS (mesure de soutien social), le BDI et le PSCS, qu'ils appliquent entre le 2^e et le 3^e trimestre de la grossesse, pour le comparer par la suite aux résultats obtenus à 3 mois et à 1 an après la naissance. Ils trouvent une association entre ces variables prénatales de risque de dépression et la dépression postnatale.⁷⁴ Puis, Whiffen⁷⁵ étudie un échantillon constitué de 122 femmes de classe moyenne. Le BDI, le MAT (Marital Adjustment Test), le LEI (Life Events Inventory), et le questionnaire *Attributional Style* ont servi à évaluer les variables prénatales et postnatales au 1^{er} trimestre de la grossesse et à la 8^{ème} semaine après la naissance. Même si cet auteur a trouvé une association quant aux variables évaluées à la période prénatale et à la période postnatale, il conclut que la symptomatologie dépressive

³⁰ Il s'agit ici de symptômes physiques non spécifiques à la grossesse, sans cause organique. Ils suggèrent l'existence de stress (constipation, démangeaisons, étourdissements, pleurs, insomnie). Il peut s'agir également des symptômes habituels en période de grossesse, mais dans une dimension exagérée.

prénatale n'a pas de lien direct avec la dépression postnatale. Puis, seulement 10 % de la variance observée lors du diagnostic postnatal est expliqué par les variables mesurées lors de la période postnatale tandis que les variables prénatales comptent pour 22 % de la variance de la symptomatologie dépressive postnatale. Comment expliquer ceci?

La quantité et la nature du soutien que la femme reçoit de son partenaire, ajoutées aux attentes prénatales qu'elle avait, favorisent des sentiments dépressifs lorsque ces attentes diffèrent de la réalité à la naissance du bébé.⁷⁶ En effet, les auteurs ont trouvé une corrélation significative entre les sentiments dépressifs de la femme durant la période prénatale et la symptomatologie dépressive postnatale : $r(103) = .36, p = .01$. La dépression postnatale mesurée avec le CES-D explique 12 % de la variance de la dépression postnatale. La dépression postnatale serait associée ici surtout aux écarts entre les attentes et la réalité du soutien dont bénéficie la nouvelle mère.⁷⁶

Enfin, la symptomatologie dépressive prénatale n'a pas toujours de lien direct avec le diagnostic de dépression postnatale en tant que tel et avec les outils utilisés à ce jour.

LA PSYCHOSOMATIQUE COMME OUTIL

Des changements multiples survenus durant la grossesse et au moment de la naissance nuisent aux associations directes entre la symptomatologie dépressive prénatale et la symptomatologie dépressive postnatale. De plus, la présence de symptômes dépressifs pendant la grossesse n'a pas encore été étudiée de façon à pouvoir conclure à des associations possibles. Les éléments psychosomatiques ne sont étudiés que par peu d'auteurs. Or, il nous semble que cet aspect de la grossesse pour la mère et de la naissance pour l'enfant est un des éléments déterminants de la dynamique qui se met en place dès la fécondation et qui conduira à la venue au monde du bébé. Nous présentons à ce sujet une série d'hypothèses soutenues par les phénomènes psychosomatiques de la naissance, grossesse, enfantement et post-partum inclus.⁷⁷

L'hypothèse première est que la naissance n'est pas un moment mais une période, celle de la structuration de l'individu qui naît, particulièrement en ce qui concerne ses superstructures neuropsychiques. Ce « naissant » de l'espèce humaine, successivement dénommé embryon, fœtus puis nouveau-né, structure ses centres nerveux comme les autres mammifères en fonction du programme génétique d'espèce associé aux affects de l'environnement qui impriment leur influence en fonction des diverses « périodes sensibles ».³¹

La définition de la naissance intègre alors non seulement le temps de structuration de l'individu mais aussi le temps de structuration de son système relationnel qui fonde son humanité.³² L'accession de la mère à sa maternité impliquera pour elle l'intégration psychosomatique des nouveaux éléments actuels de la grossesse, tant au plan physique que social et relationnel, tant au plan du vécu corporel que de l'image qui s'en dégage pour soi et pour les autres. Elle impliquera donc une tolérance psychosomatique³³ aux changements, tolérance à tout instant réévaluée pour prendre en compte les nouvelles conditions de la dynamique gravidique. Par exemple, il est connu comme expulsion précoce, les avortements inexplicables du premier trimestre ; puis, l'expulsion tardive fait référence aux avortements spontanés du 2^{ème} trimestre, et les accouchements prématurés enfin. On pourrait bien considérer que les menaces d'avortements, d'accouchement prématuré ou les demandes de déclenchement sont des symptômes de l'intolérance psychosomatique. Il s'agit aussi d'un élément évolutif dans les mutations qui ont lieu pendant la grossesse : la

³¹ Le vocable « plasticité » fréquemment employé pour désigner cette faculté d'intégrer les influences de l'environnement ne nous paraît pas adéquat. En effet, il ne prend pas en compte le fait que cette faculté est spécifique et génétiquement programmée, indispensable à la structuration des individus. Elle ne peut ainsi pas rendre compte de l'influence du social, considéré comme un deuxième type d'environnement à côté de la biosphère, et spécifique de l'humain. C'est son influence aux différentes périodes sensibles qui permettra la structuration d'un cortex « imaginant » (Tourné, 2002)

³² « La naissance est la période de la vie où l'information-structure de l'individu est ouverte et soumise à des servomécanismes en relation avec l'environnement. Elle s'étend jusqu'à l'âge de 2ans 1/2 et peut-être au delà... Au cours de cette période la mère accède à sa maternité, le père à sa paternité, l'enfant à son humanité. » (Tourné, 2002)

³³ Tolérance psychosomatique: Il s'agit du résultat entre la volonté de retenir le fœtus ou le bébé et la volonté d'expulsion ; de la capacité à vivre ce processus et de la nécessité de l'interrompre tel que décrit par Claude Revault D'Allones(1976) « Le mal joli », Union générale d'éditions, Paris.

capacité à vivre ces mutations. Il y a une dynamique conditionnée par le temps et ces évolutions touchent la limite de la pathologie au moment de l'accouchement ; la tolérance représente le fait de ne pas franchir cette limite, donc retenir.

Le processus mutatoire que constitue la grossesse puis l'accouchement et le post-partum sera en permanence soumis aux contraintes de l'acceptation psychosomatique ; comme toute mutation, elle pourra faire l'objet d'un retard mutatoire voire d'un refus mutatoire. Ainsi devra-t-on prendre en compte une dynamique de la tolérance psychosomatique, se déroulant parallèlement dans le temps aux autres éléments de la dynamique gravidique (croissance fœtale, coagulation, tolérance aux hydrates de carbone, vieillissement placentaire, etc.). Tous ces autres éléments évoluent suivant une dynamique propre dans le temps, en durée et en intensité. Ils tendent naturellement vers une limite qui est celle de la « normalité » que l'accouchement les empêchera « normalement » de franchir. Des modifications dans la vitesse et dans l'intensité de l'un ou l'autre élément de la dynamique peuvent lui faire franchir la limite de normalité et verser dans la pathologie. Les liaisons étroites entre ces divers éléments sont telles que la perturbation de l'un d'eux induit souvent une perturbation des autres. C'est ce que nous avons qualifié de « maladie gravidique ».⁷⁷

La notion de tolérance psychosomatique nécessite un premier présupposé : le concept de psychosomatique uniquement réservé à la représentation des manifestations somatiques de perturbations psychiques nous paraît relever d'une attitude réductionniste. La psychosomatique est la caractéristique biologique des individus de l'espèce humaine. En ce sens elle recouvre avant tout une physiologie intégrant au fonctionnement du soma sa dimension psychique. L'homéostasie intègre ainsi de façon plus compréhensible et surtout plus efficace l'ensemble psychosomatique dans sa confrontation avec les deux types d'environnement que reconnaît notre espèce : la biosphère et la société. Le deuxième présupposé qui en découle est que tout symptôme, du moment qu'il est manifesté, est un symptôme psychosomatique. Son utilisation pertinente dans le processus de dépistage et de diagnostic, dans la prophylaxie, la prévention ou la thérapeutique, dépendra de la façon dont il sera interprété par le corps soignant. La relation établie par le soignant entre le

symptôme allégué (par le patient)³⁴ et le *symptôme objectif* (objectivable par la technique du soignant)³⁵ ainsi que la pondération entre les deux conduira au *syndrome utilisable*³⁶. C'est ce syndrome utilisable qui sera instrumentalisé par le soignant pour sa réflexion diagnostique et thérapeutique.⁷⁸ Enfin, cette symptomatologie « somatique » impliquera d'identifier le symptôme, le moment d'apparition et la pondération que l'on peut lui attribuer.

Considéré du point de vue d'un nombre si important de théories, l'observation de l'hétérogénéité de la dépression rend difficile une compréhension simple de l'étiologie. Les dépressions diffèrent biologiquement et de façon phénoménologique. Certaines sont cycliques, d'autres sont chroniques avec des épisodes aigus tandis que d'autres s'attachent à l'anxiété et à l'angoisse, voir même l'agitation. La dépression affecte les états biologiques, le fonctionnement psychologique et les relations sociales. C'est pourquoi les théories doivent tenir compte de l'unité biopsychosociale ainsi que le suggère Slogan.⁴¹ Lors d'une dépression il est fréquent de constater une affectation du système immunologique ainsi que l'affectation d'organes internes. Puis, le stress qui perdure un certain temps affecte le système immunologique. Le stress chronique est souvent associé à la dépression et augmente le risque d'avoir des infections. La dépression aurait ainsi une fonction si on considère que des formes fondamentales développées par le comportement social sont liées à la régulation d'affects et de comportements et, la façon dont ces derniers sont en relation avec les mécanismes du stress impliqués dans la dépression.

³⁴ Symptôme allégué : Tel que signalé par le sujet: « ...J'ai mal au pied... »

³⁵ Symptôme objectif : Tel qu'interprété par le soignant pour poser un diagnostic et un traitement

³⁶ Syndrome utilisable: Rapport entre le symptôme allégué et le symptôme objectif

Théories	Postulats	Idées de base	Modeles reliés	Interventions
Biologiste	La dépression est une maladie causée par des fonctionnements inadéquats (au niveau cortex)	Déséquilibre hormonal et biochimique	Médical	Pharmacothérapie avec médicaments psychotropes
Cognitive	Les idées négatives répétitives conditionnent des sentiments de faible estime de soi	Les opinions (-) sur soi, le monde et l'avenir amènent les femmes vers situations aussi (-)	<i>Diathesis stress</i>	Changer les idées en cause au moyen de la thérapie cognitive
Du comportement ou Behavioriste	La dépression est conséquence d'un manque de renforcement positif	Des expériences négatives affectent les modèles de comportement	<i>Diathesis stress</i>	Offrir un soutien thérapeutique pour changer les comportements
Evolutionniste	La dépression est une stratégie involontaire permettant l'adaptation face à une menace vitale	La compétition permet l'accès aux ressources ; Et l'éviter permet de sauver la vie		Travailler sur les compétences sociales : coopération, partage, etc.; développer des réponses assertives; soutien social
Du genre	C'est la condition socio politique - économique des femmes qui conduit au stress et puis à la dépression	L'inégalité de la socio culture crée des différences sociales négatives aux femmes		Soutien social; travail en groupe pour approcher les attentes à la réalité; augmenter l'estime de soi.
Féministe	En opposition à l'idée médicale, l'origine du problème est vue comme externe à la femme. C'est la construction sociale qui en est responsable	Le contexte social politique et économique crée des contradictions aux femmes face à leur maternité		Changer la contradiction par un concept plus réaliste, augmenter le pouvoir pour faire des choix; renforcer l'expression des émotions.
Attachement	Les besoins d'attachement insatisfaits créent une vulnérabilité à la dépression	Importance d'un lien étroit et secourable pour le couple de parents et pour leur bébé		Thérapie familiale pour renforcer les liens du couple. Education maternelle pour créer des liens avec le bébé
Interpersonnel	Les relations interpersonnelles sont source de chagrin (déséquilibre entre soutien désiré et soutien reçu); Rôle parental difficile à vivre.	La personne est sociale en essence. Des expériences interpersonnelles significatives créent un modèle interne de relation	<i>Diathesis stress</i>	Psychoéducation, thérapie de groupe avec jeux de rôle pour augmenter les habiletés de communication et pour développer le sentiment de compétence
Perspective psychosomatique	La dépression est une réponse permettant à l'organisme de s'ajuster lorsque le stress est trop lourd à vivre	L'organisme est total, le corps et le psychisme sont une unité associée	Pourra intégrer et compléter le modèle <i>diathesis stress</i>	Expliquer et soulager les signaux de stress. Travailler avec les sensations corporelles. Augmenter des compétences parentales
La perspective psychosomatique comparée aux théories de la dépression				

CONCLUSION

Des hypothèses concernant la possibilité de trouver une symptomatologie dépressive postnatale à un moment donné pendant l'année qui suit la naissance chez certaines femmes isolées, pauvres, bénéficiant de peu de soutien et ayant souffert d'une symptomatologie dépressive prénatale ou très somatique nous semblent pertinentes. La question se pose au niveau de l'identification des femmes qui seraient déprimées durant les deux périodes (pré et post natale) et de la pertinence à établir une théorie multifactorielle qui considère le risque social, les aspects somatiques et les aspects psychosociaux inhérents au genre ainsi que les interactions entre ces variables externes et les variables internes à la réponse de chaque femme. Les signes révélateurs d'un état dépressif (sentiment de solitude, anxiété dépressive, troubles du sommeil, trouble de forme somatique) ne se traduisent pas toujours par un sentiment de tristesse.⁴⁵ Il semblerait logique que, lorsque différents facteurs de risque interfèrent durant la période prénatale et que la femme souffre d'une symptomatologie somatique ou dépressive, une symptomatologie dépressive puisse apparaître après la naissance si ces problèmes n'ont pas été résolus et que la situation de la femme soit encore plus fragile en raison du stress naturel engendré par la naissance. Il reste à vérifier dans quelle mesure certains symptômes de type somatique peuvent cacher une dépression chez des femmes qui, à cause de leurs caractéristiques personnelles et sociales présentent davantage une symptomatologie dépressive somatique (plus acceptée durant la période prénatale) et une symptomatologie dépressive postnatale évidente seulement quelques mois après la naissance lorsqu'elle ne peut plus être dissimulée en raison d'une accumulation de stress, de fatigue et d'une baisse de résistances internes (émotionnelles et biologiques). Il semble y avoir des liens entre les variables somatiques, sociales, psychosociales et personnelles des femmes à risque qui pourraient présenter une symptomatologie dépressive postnatale à un moment donné durant la première année suivant la naissance. Ces liens, cependant, ne semblent pas encore avoir été suffisamment bien étudiés. En fait, aucune des théories abordées ici ne nous semble avoir élucidé assez la question du trouble de dépression. Il est difficile de se prononcer en faveur d'une théorie de

la dépression postnatale car, à la lumière de ce qui est constaté à ce jour, la perspective multifactorielle expliquerait mieux le problème or, elle est la moins abordée.

Les interactions entre différentes variables comme le stress, le soutien social, le niveau socio-économique, la position particulière des femmes dans la société moderne et, surtout, la manière psychosomatique de gérer tout ces changements que la naissance entraîne, représente un ensemble multifactoriel de variables liées à la capacité personnelle de répondre. Le résultat, s'adapter et rester en bonne santé, ou bien subir une dépression postnatale, ne peut pas être explicité par une seule optique. Que ce soit une théorie psychologique, ou une théorie plus physiologique, ou sociale quelconque, aucune n'arrive à expliquer le problème d'une façon suffisamment pointue. Alors, il est temps de vérifier si ce n'est pas la capacité de chaque femme de répondre à un ensemble d'interactions qui, en dernier lieu, arrive ou non à la pathologie par la réponse du être (psychosomatique) et la capacité de devenir (social).

Bibliographie

1. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. : DSM-4 Washington, D.C., 1994.
2. O'Hara, M.W. et Swain, AM. Rates and risk of postpartum depression: a meta análisis. *Int. Rev. Psychiatry*, 8: 37-54, 1996.
3. Ortiz, A., Saucier, J.F., Valls, J. Taux du risque de dépression post-natale non psychotique : une étude méta-analytique. Article en revissions. Soumis à la revue canadienne de psychiatrie en octobre 2004.
4. Stahl, S. *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*, Cambridge University Press; Cambridge England, 2000.
5. Abou-Saleh, M.T., Ghubash, R., Karim, L., Krymski, M. et Bhai, I. Hormonal aspects of postpartum depression. *Psychoneuroendocrinology*, 23 ; 465-475, 1998.
6. Nott, P.N., Franklin, M., Armitage, C., Gelder, M.G., *Hormonal changes in mood in the puerperium*. *British Journal of Psychiatry*, 128: 379-383, 1976.

7. Thomasson, N. et Pezard, L. Dynamical systems and Depression: A Framework for Theoretical Perspectives. *Acta Biotheoretica* 47: 209-218, 1999.
8. Wisner, K.L., Perel, J.M., and Findling, R.L. Antidepressant treatment during breastfeeding. *American Journal of Psychiatry*, 153: 1132-1137, 1996.
9. Beck, A.T. Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967.
10. Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. et Teasdale, J. Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87: 49-74, 1978.
11. Zauszniewski, J. A., et Rong, J-R, Depressive Cognitions and Psychosocial Functioning : A Test of Beck's Cognitive Theory. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol XIII, N.6 December; 286-293, 1999.
12. Davidson, K.W., Rieckmann N., Lespérance, F. Psychological Theories of Depression : Potential Application for the Prevention of Acute Coronary Syndrome Recurrence. *Psychosomatic Medicine* 66: 165-173, 2004.
13. Grazioli, R., Terry, D.J., The role of cognitive vulnerability and stress in the prediction of postpartum depressive symptomatology. *The British Journal of Clinical Psychology*, vol. 39 part 4, pag 329 (19pgs), Nov 2000
14. Abramson, L.Y., Metalsky, G.I., Alloy L.B. Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96: 358-372, 1989.
15. Kwon, P. and Laurenceau, J-P A Longitudinal Study of the Hopelessness Theory of Depression: Testing the Diathesis-Stress Model within a Differential Reactivity and Exposure Framework. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58; 10: 1305-1321, 2002.
16. Abela, J. R.Z., Brozina, K., Seligman, M.E.P., A test of integration of the activation hypothesis and the diathesis-stress component of the hopelessness theory of depression. *The British Journal of Clinical Psychology*. Leicester: vol 43, Part 2; pg 111, jun 2004.
17. Staats, A.W. A psychological behaviourism theory of personality in T. Millon & M.J. Lerner (Eds) *Handbook of psychology: vol.5 Personality and social psychology*: 135-158, Hoboken, NJ:Wiley, 2003.
18. Antonuccio, DO The coping with depression course: a behavioural treatment for depression. *Clinical Psychology*., 51: 3-5, 1998.
19. Henkel, V., Bussfeld, P., Möller H.J., Hegerl, U. Cognitive-behavioural theories of helplessness/hopelessness: Valid modèles of depression? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosciences*, 252: 240-249, 2002.

20. Allen, N.B. and Badcock, P. B.T. The Social Risk Hypothesis of Depressed Mood: Evolutionary, Psychosocial, and Neurobiological Perspectives. *Psychological Bulletin*, vol. 129, N.6: 887-913, 2003.
21. Nesse, R. Is depression an adaptation? *Archives Gen. Psychiatry* 57: 14-20, 2000.
22. Carrillo, J.M., Rojo, N., Staats, A.W., Women and Vulnerability to Depression: Some Personality and Clinical Factors *The Spanish Journal of Psychology*, vol. 7, n.1; 29-39, 2004
23. Patel, V., Rodrigues, M., De Souza, N. Gender, Poverty and postnatal depression: A study of mothers in Goa, India *American Journal Psychiatry*, 159: 43-47, 2002.
24. Slavin, L. A. and Rainer, K. Gender differences in emotional support and depressive symptoms among adolescents: A prospective analysis *American Journal of Community Psychology*, 18: 407-421, 1990.
25. Stice, E., Ragan, J., Randall, P. Prospective Relations between Social Support and Depression: Differential Direction of Effects for Parent and Peer Support? *Journal of Abnormal psychology*, vol. 113, 1: 155-159, 2004.
26. Ussher, J. "Women's madness" dans *Pathology and the post modern*, ed. D Fee, 86-112. London: Sage, 2000
27. Horsfall, J. Women's depression: Nursing theory and practice. *Contemporary Nurse*, 6: 129-35, 1997.
28. Hankin, B. & Abramson, L.Y. Development of Gender Differences in Depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-Transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, vol.127; 6: 773-796, 2001.
29. Weissman, M.M., Wolk, S., Wickramaratne, P., Goldstein; R.B., Adams P., Greenwald, S., Ryan N.D., Steinberg, D. Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up. *Archives of General Psychiatry*, 56, 794-801, 1999.
30. Coyne, J.C. Self reported distress: Analog or ersatz depression? *Psychological Bulletin*, 116; 29-45, 1994.
31. Lazarre, J. *The mother knot*. Durham, N.C: Duke University Press, 1997.
32. Nicolson, P. Understanding postnatal depression: A mother-centered approach. *Journal of Advanced Nursing*, 15 : 689-695, 1990.

33. Nicolson, P. Loss, Happiness and Postpartum Depression: The Ultimate Paradox. *Canadian Psychology*, 40 ; 2 : 162-178 : may, 1999.
34. Rigueti-Veltéma, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A. et Manzano, J. Risk factors and predictive signs of postpartum depression. *Journal of Affective Disorders*, 49 : 167-180, 1998.
35. Bydlowski, M., Pons, J.C. A modèle for prenatal care : joint consultation with an obstetrician and a psychiatrist. (Abstracts from the 12th international congress of the international society of psychosomatic obstetrics and gynecology. *Women's Health issues*, 8 ; n.3 : may-june, 1998.
36. Tammentie, T., Paavilainen, E., Astedt-Kurki, P., Tarkka, M.T. Family dynamics of postnatally depressed mothers – discrepancy between expectations and reality. *Journal of Clinical Nursing*, 13 : 65-74, 2004.
37. Mauthner, N. S. "It's a woman's cry for help: A relational perspective on postnatal depression" *Feminism & Psychology*, 8: 325-355.
38. Bowlby, J. *Attachment and loss, vol. I: Attachment*, New York: Basic books, 1969.
39. Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. et Wall, S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
40. Mikulincer, M., & Florian, V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds) *Attachment theory and close relationships*: pp 143-165, New York: Guilford Press, 1998.
41. Sloman, L., Gilbert, P., Hasey, G. Evolved mechanisms in depression: the role and interaction of attachment and social rank in depression. *Journal of Affective Disorders*, 74: 107-121, 2003.
42. Simpson, J.A., Rholes, W.S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, L. Adult Attachment, the Transition to Parenthood, and Depressive Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol.84 –N.6: 1172-1187, 2003.
43. Whiffen, V.E. and Johnson, S.M. An attachment theory framework for the treatment of childbearing depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5: 478-493, 1998.
44. Leahy, R.L., Sunk costs and resistance to change. *Journal Cognitive Psychotherapie Int. Q.*, 14: 355-371, 2000.
45. Sullivan, H. S. *Interpersonal theory of psychiatry*. New York : W.W. Norton, 1953.

46. Joiner, T., Coyne, J. and Blalock, J. On the interpersonal nature of depression: Overview and synthesis dans T.Joiner & J.Coyne (Eds) *The Interactional Nature of Depression* Washington, DC: American Psychological Association, 3-20, 1999.
47. Coyne, J.C. Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 186-193, 1976.
48. Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G. L. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York, NY: Basic Books, 2000.
49. O'Hara, M. W. *Postpartum depression: Cause and Consequences*. New York : Springer-Verlag, 1994.
50. Hammen C and Brennan P.A. Interpersonal dysfunction in depressed women: impairments independent of depressive symptoms. *Journal Affective Disorders*, v. 72: 145-156, 2002.
51. Klier, C.M., Muzik, M. Rosenblum, K.L., Lenz, G. *Interpersonal Psychotherapy adapted for the Group setting in the Treatment of Postpartum Depression*. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10: 124-131, 2001.
52. Ross, L.E., Sellers, E.M., Gilbert Evans, S.E., Romach, M.K. Mood changes during pregnancy and the postpartum period: development of a biopsychosocial model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol.109; 6: 457-466, 2004.
53. Crowe, M. Reflexivity and detachment: a discursive approach to women's depression. *Nursing Inquiry*, vol.9; 2: 126-132, June 2002.
54. Cutrona, C.E. Nonpsychotic postpartum depression : A review of recent research. *Clinical Psychology Review*, vol 2 ; 487-503, 1982.
55. O'Hara, M.W., Rehm, L.P., Campbell, S.B. Predicting Depressive Symptomatology : Cognitive-Behavioral Modèles and Postpartum Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, vol 91 ; n.6 : 457-461, 1982.
56. O'Hara, M.W. Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Archives of General Psychiatry*, v.43 : 569-573, june 1986.
57. Long, B.N., Effects of Neonatal Risk, Maternal Attitude, and Cognitive Style on Early Postpartum Adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, vol.89 ;2 : 139-150, 1980.
58. Graff, L.A., Dyck, D.G., Schallow, J.R. Predicting postpartum depressive symptoms : A structural modèleling analysis. *Perceptual and Motor Skills*, 73 ; 1137-1138, 1991.

59. Saucier, J.F., Borgeat, F., David, H., Bernazzani, O., Casoni, D. Des mères en quête de nouveaux liens ? Signes avant-coureurs de la dépression post-natale et esquisse de l'hypothèse du dysenfancement. Cahiers de l'Afrée, 5; 129-134, 1993.
60. Gotlib I.H., Whiffen V.E., Wallace P.M., Mount J.H., Prospective investigation of postpartum depression : Factors involved in onset and recovery. Journal of Abnormal Psychology, vol.100 ; n.2 : 122-132, 1991.
61. Berthiaume, M., David, H., Saucier, J-F., Borgeat, F. Correlates of prepartum depressive symptomatology : a multivariate analysis. Journal of Reproductive and Infant Psychology, vol.16 : 45-56, 1998.
62. Manzano, J., Righetti-Veltima, M., Conne Perreard, E. Le syndrome de dépression du pré-partum, résultat d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum. Psychiatrie de l'enfant, XL, 2 ; 533-552, 1997.
63. Llewellyn, A.M., Stowe, Z.N., Nemeroff, C.B. Depression during pregnancy and the puerperium . Journal of Clinical Psychiatry, 58 (Supp.15): 26-32, 1997.
64. Hendrick, V., Altshuler, L., Cohen, L., Stowe, Z. Evaluation of mental health and depression during pregnancy : position paper. Psychopharmacology Bulletin, 34 ; n.3 : 297-299, 1998.
65. Whiffen, V.E. Is postpartum depression a distinct diagnosis? Clinical Psychology Review, vol 12 ; 485-508, 1992.
66. Altshuler, LL., Hendrick, V., Cohen, L.S. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. Journal of Clinical Psychiatry, 59 (suppl.2) :29-33, 1998.
67. Cooper, P.J. et Murray, L. Postnatal depression. BMJ, volume 316 : 1884-1886, 1998.
68. Areias, M.E.G., Kumar, R., Barros, H., Figueiredo, E. Correlates of Postnatal Depression in Mothers and Fathers. British Journal of Psychiatry, 169 ; 36-41, 1996.
69. Lopez Nahas, V., Hillege, S., Amasheh, N. Postpartum depression : The lived experiences of Middle Eastern migrant women in Australia. Journal of Nurse-Midwifery, vol.44 ; n.1, 1999.
70. Beck, C.T. A meta-analyse of Predictors of Postpartum Depression. Nursing Research, 1996.
71. Hock, E., Schirtzinger, M.B., Lutz, W.J., Widaman, K. Maternal Depressive Symptomatology Over the Transition to Parenthood : Assessing the Influence of Marital

Satisfaction and Marital Sex Rôle Traditionalism. *Journal of Family Psychology*, vol.9, n.1 : 79-88, 1995.

72. Lee, C. Social context, depression and the transition to motherhood. *British Journal of Health Psychology*, 2 ; 93-108, 1997.

73. Sugawara, M., Sakamoto, S., Kitamura, T., Toda, M.A., Shima, S. Structure of depressive symptoms in pregnancy and the postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, 54: 161-169, 1999.

74. Cutrona, C.E. et Troutman, B.R. Social Support, Infant Temperament and Parenting Self-efficacy : A Mediational Modèle of Postpartum Depression. *Child Development*, 57 : 1507-1518, 1986.

75. Whiffen, V.E. Vulnerability to Postpartum Depression : A Prospective Multivariate Study *Journal of Abnormal Psychology*, 97 ; n.4 : 467-474, 1988.

76. Logsdon, M.C., McBride, A. et Birkimer, J.C. Social support and postpartum depression. *Research in Nursing and Health*, 17 ; 449-457, 1994.

77. Tourné, C-E. *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Sauramps médical. 482p. Montpellier, 2002.

78. Tourné, C-E . *Naissance, santé, société. Les relations soignants-patients à l'épreuve du marché*. 142 p. Presses Universitaires de Perpignan. Collection Études. Perpignan, 2001.

Annexe 2:

Le programme de préparation à la naissance : détail des séances

Séance n°1

L'organisme total psychosomatique

Objectifs de la séance

- Présenter le programme, les personnes, les participants et, décrire les objectifs au moyen de son questionnement.
- Éveiller l'intérêt des participants aux séances à partir d'un bref exposé sur le fonctionnement psychosomatique humain comparé à un œuf.
- Présenter la dynamique non directive à partir de son application dès le début des rencontres. Chaque personne est invitée à s'y joindre à partir de questions directes. Tout commentaire est accepté.
- Sensibiliser les participants au concept psychosomatique de l'organisme à partir d'exemples clairs et simples, de dessins et de questions.
- Créer le climat pour la construction d'un groupe.

Méthode

Le thème général de la séance est proposé progressivement au moyen de questions ouvertes, ensuite, on complète au tableau le contenu proposé par les participants. Des questions plus spécifiques se formulent en direction de chaque participant. Comment cela se passe-t-il pour vous?

On utilise aussi des dessins au tableau.

Contenu

- A) Présentation des professionnels, des participants et des séances.
- B) Description des objectifs à l'aide du questionnement. Pourquoi sommes-nous là? Pourquoi se préparer à la naissance? Se préparer à la naissance ou à l'accouchement?

- C) Discussion autour des réponses des participants
- D) Concept de naissance, préparation à la naissance, éducation
- E) À partir d'une question les participants sont appelés à réaliser la participation du bébé : -combien nous sommes ici et maintenant?
- F) Introduction à la dimension psychosomatique : L'organisme total. Ce contenu est proposé par le dessin d'un œuf au tableau suivi de questions telles que: Qu'est que c'est? Comment est-il fait? Comment fonctionne-t-il?
- G) La peau et la réception de stimuli; le cerveau et la distribution de signaux et de réponses; les connections normales.
- H) Influences de l'apprentissage, du modèle social. Exemples : l'envie de faire pipi chez l'enfant. Réponse automatique et réponse éduquée.
- I) La sensation, la douleur et la perception. Quelles sont les différences? Quelles sont les réponses éduquées? (fable du lion et du chat)
- J) La contraction utérine. Cet énoncé sert à finir la séance au moyen d'une question et d'une prise de conscience autant pour la femme que pour l'homme. Avez-vous des contractions, madame? Et vous monsieur, avez-vous remarqué les contractions de votre femme? Si non, comment les imaginez vous?

Messages sous-jacents de cette session

L'organisme est total. Les organismes humains sont des organismes psychosomatiques totaux; l'unité du soma et de la psyché est une réalité systémique. La connaissance de notre organisme nous aide à mieux situer les signaux et les réponses. L'éducation sociale a son influence particulière. Il y a un modèle social pour la perception de la douleur. Il est nécessaire de créer un modèle d'adaptation pour une situation non connue (fable du lion et du chat).

Activités

Partage de commentaires et des questions

Cette séance s'achève avec l'invitation à la recherche de contractions.

Objectifs de la séance

- Faire un lien avec la session précédente concernant la dynamique initiée.
- Connaître et reconnaître la structure et le fonctionnement du corps des parents du bébé.
- Prendre conscience de tous les organes qui participent à la reproduction
- Prendre conscience des probabilités de fertilité, de jumeaux, etc.
- Connaître ce qui se passe dans le corps de la mère tout au long du processus
- Sensibiliser les parents à l'importance de la respiration

Méthode

Les thèmes plus spécifiques se formulent pour chaque participant. Le thème général de la séance est proposé progressivement au moyen de questions précises, ensuite, on complète au tableau le contenu proposé par les participants. On utilise des dessins et des diapositives.

Contenu

- A) Un rappel à la dernière session : Avez-vous expérimenté des contractions? Avez-vous expérimenté des sensations? Est-ce que votre bébé s'est manifesté?
- B) Comment est-ce que nous faisons nos enfants?
- C) Quels sont les organes sexuels (génitaux) de la femme?
- D) Quels sont les organes sexuels (génitaux) de l'homme?
- E) Quels sont les organes participants de la naissance : fécondation, incubation, maintenance et survie du bébé, expulsion,....
- F) Observation du corps tendu sur le dos. Prise de conscience des points d'appui corporel. Observation de la respiration. Observation des sensations pouvant émerger du bébé après la détente.

Messages sous-jacents de cette session

Il est très important de nommer les parties et les fonctions du corps correctement, c'est la base pour y trouver un sens et une signification adéquats. Ceci permet d'assumer l'information et permet d'élaborer des comportements appropriés.

Activités

Partage de commentaires et de questions

Travail d'observation corporelle. Points d'appui au sol, respiration, sensations.

Cette séance s'achève avec l'invitation à la recherche des sensations.

Séance n° 3

Développement de l'embryon

Objectifs de la séance

- Faire un lien avec la session précédente concernant la dynamique initiée.
- Connaître et reconnaître le fonctionnement du corps du bébé.
- Reconnaissance du travail de développement du bébé.
- S'impliquer dans le travail du bébé en facilitant sa tâche de développement.

Méthode

Les thèmes plus spécifiques se formulent en direction de chaque participant. Le thème général de la séance est proposé progressivement au moyen de questions précises; ensuite on complète au tableau le contenu facilité par les participants. On utilise des dessins et des diapositives.

Contenu

- A) La nidation de l'œuf
- B) La multiplication cellulaire
- C) Discussion autour de la question : Est-ce que l'œuf fait partie de l'organisme de la mère?
- D) La grossesse en évolution et en lien avec le développement de l'embryon
- E) Eléments participants de ce processus : utérus, placenta, cordon ombilical, liquide amniotique, membranes,...
- F) Capacité du col de l'utérus à se garder fermé et capacité de dilatation
- G) Protection du bébé dans son milieu immédiat

Messages sous-jacents de cette session

Le bébé n'est pas « un morceau de sa mère », ce bébé a sa propre évolution, évolution conduisant à une séparation naturelle. Cette séparation conduit le bébé à être indépendant de la mère. Le bébé a ses propres capacités. Toutefois, il dépend des soins apportés par sa mère et son père pour atteindre l'indépendance.

L'ontogenèse d'un individu le fait passer d'une cellule originare à un organisme complexe, et ce en passant par différentes étapes. Le cerveau continue de se structurer approximativement jusqu'à l'âge de deux ans. Cette construction se voit influencée par les afférences qui s'impriment dans sa structure. La parole, le langage parlé propre à l'être humain facilitent ces empreintes naturelles. C'est pourquoi le bébé aura besoin de.....
(La réflexion des participants donne lieu à la réponse du groupe)

Activités

- . Partage de commentaires et de questions
- . Observation de la contraction utérine et description des sensations qu'elle produit.
- . Recherche de définitions personnelles.

- . Contractions ailleurs qu'à l'utérus. Muscles qui signalent une contracture
- . Basculer le pelvis
- . Connaissance de son périnée
- . Observation de la respiration
- . Quelques minutes en position de détente.

Cette séance s'achève avec l'invitation à la détente pour les deux parents et l'invitation au contact avec le bébé in utero.

Séance n° 4**Hygiène de la grossesse**

Objectifs de la séance

- Identifier les besoins de base de la mère, besoins nécessaires à satisfaire afin de répondre aux besoins du bébé.
- Comprendre les comportements permettant l'accès et l'échange d'apports entre la mère et le bébé.
- L'alimentation à deux, mythes et légendes.

Méthode

Le thème général de la séance est proposé progressivement au moyen de questions précises, ensuite, on complète au tableau le contenu proposé par les participants. Pour les thèmes plus spécifiques de nutrition, chaque participant est invité à parler des menus du pays d'origine pour discuter ensuite des variétés de modes de nutrition correcte. On cite des menus populaires complets.

Contenus

- a) Besoins de base du bébé
- b) Besoins de base de la mère pour satisfaire les besoins de son bébé
- c) La membrane placentaire. Séparations
- d) La séparation entre le sang du bébé et le sang de la mère. Accès à des substances qui passent de la mère au bébé.
- e) Substances possibles : favorables et non favorables
- f) Le placenta comme organe d'échange
- g) Le système circulatoire, un moyen de transport
- h) Les systèmes d'élimination
- i) Le système digestif et les apports nutritionnels

- j) Apports en transformation afin de devenir substances de nutrition assimilées
- k) Eléments d'échange : O₂ et CO₂ ; hydrates de carbone et graisses transformées en glucose; protéines transformées en aminoacides, le sel, les vitamines, etc.
- l) Comportements facilitant le bon fonctionnement
- m) Métaphore du moteur ou le résumé du fonctionnement général

Messages sous-jacents de cette session

Il faut favoriser au maximum le bon fonctionnement du corps et de la psyché de la mère pour assurer le développement sain du bébé. Le rôle du père et de l'environnement est essentiel pour y arriver.

L'alimentation idéale est la plus variée et au goût de chaque individu. Mieux vaut manger peu et souvent que manger beaucoup une ou deux fois par jour. Toutes les cultures ont des menus complets, riches et populaires. Le repos de la mère permet la nutrition du bébé et en même temps facilite l'élimination. Toutefois, l'activité permet la circulation; pour la future mère l'équilibre entre repos et activité est très important.

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. On propose des exercices pour faciliter la circulation
3. Visionnement d'une vidéo : Une naissance sans douleur

Cette séance s'achève après la vidéo sans donner lieu aux commentaires.

Séance n° 5**Sans thème**

Objectifs de la séance

- Fixer les contenus antérieurs au moyen de la discussion libre
- Donner place aux réactions suscitées par la vidéo de la dernière séance
- Donner place aux questions suscitées par les phrases écrites qui restent toujours affichées tout au long du programme: « L'accouchement peut et doit être sans douleur; toutefois il ne se fera ni sans efforts, ni sans travail ni sans sensations nouvelles », « Nous ne sommes pas partisans de l'assistance du mari à l'accouchement mais nous ferons tout notre possible pour permettre la participation du père à la naissance»
- Introduire l'aspect sexuel de la naissance
- Faire appel au rôle du père

Méthode

Pour le déroulement de cette séance, la participation active du groupe est essentielle, encore plus que d'habitude, ce qui est expliqué en premier lieu. Les participants sont informés de la méthode sans thème et de la liberté pour poser des questions, questions soulevées par les sessions précédentes ou par des commentaires du couple après les sessions. Il y a cependant trois normes : 1) Ne pas aborder des thèmes des futures séances, 2) Ne pas juger les commentaires des participants, le respect et l'écoute étant Essentiels, et 3) Comme le thème est libre on limite rigoureusement le temps (1h ½).

Contenu

Les contenus sont ici apportés par les participants. Chaque groupe a ses propres contenus. C'est une session spécialement dynamique.

Messages sous-jacents de cette session

Il est possible de vivre l'accouchement autrement qu'avec douleur. Tout comme la femme devient mère, le mari est son partenaire sexuel et pourtant, il doit devenir aussi partenaire parental. La naissance de son enfant est un moment privilégié dans l'intimité d'un couple. La sexualité est présente tout au long du processus. La communication est essentielle. La communication nous aide à tous. Les questions et les commentaires sont la référence que nous sommes présents.

Activité

1. Partage de commentaires et questions
2. Introduction à l'exercice de respiration : « souffler la bougie »
(Contrôle de la respiration pour faciliter l'accouchement et la détente).

Un des buts de l'exercice est la découverte de mécanismes fondamentaux du fonctionnement physiologique. C'est pourquoi les participants ne reçoivent que de très brèves explications. La séance s'achève avec l'invitation à pratiquer l'exercice à la maison.

Séance n° 6
Souffrance et douleur

Objectifs de la séance

- Prendre conscience du modèle social de douleur
- Éveiller l'intérêt sur d'autres possibilités de vivre les sensations
- Sensibiliser les participants à la construction de leur propre modèle
- Initier un modèle de comportement et d'attitude facilitant le travail d'accouchement facilitant le confort de la mère et du bébé à l'aide de l'implication du père
- Comprendre que la douleur est une construction mentale, image psychique de la souffrance des tissus
- Comprendre que le soutien du conjoint permet de diminuer la souffrance

Méthode

Le thème est exposé à l'aide d'une fable. Ensuite, des questions générales au groupe ouvrent le débat. Puis, des questions particulières adressées à chaque participant permettent de manifester autant des sensations, des histoires qu'ils ont entendues, des réalités qu'ils ont perçues, des peurs, etc.

Contenu

- A) La culture et la perception de sensations
- B) La culture, l'éducation et la réponse aux sensations
- C) Réponses automatiques et réponses construites à partir des modèles que l'on acquiert
- D) Capacité de l'être humain à générer de nouveaux modèles de comportement à partir de l'information et de l'intégration des concepts
- E) Révision des modèles de comportement autour de l'accouchement
- F) Révision des modèles de comportement autour de la douleur.

- G) La douleur: agression, réaction locale, réaction régionale, réponses différentes, fixation dans la mémoire. La répétition de l'agression génère un type de réponse concrète y compris la peur, la tension et la souffrance.
- H) Connaissance et méconnaissance des sensations corporelles: tout est douleur ou rien ne l'est.
- I) Méconnaissance de la signification des sensations chez certaines personnes.
- J) Fable d'une femme qui se rend à l'hôpital car elle pense avoir mal digéré lorsqu'elle commence à dilater (exemple d'erreur de modèle)
- K) Différentes sensations, différentes périodes de menstruation, différentes expériences d'accouchement.
- L) La douleur non expérimentée mais assumée à partir des commentaires d'autrui devient un choix.
- M) La « douleur » de l'accouchement est le seul exemple de sensation qui, avant qu'elle ne soit perçue, et même pour ceux qui ne la percevront jamais (les hommes) s'appelle douleur.

Messages sous-jacents de cette session

Il est possible de vivre l'accouchement autrement qu'avec douleur. D'autres sensations sont aussi présentes; l'inconnu favorise la peur, l'anxiété, l'insécurité, etc. Plus on connaît ses propres sensations, mieux on réagit et, moins on ressent de la peur. Plus on connaît un processus, mieux préparé on est pour y faire face. Si nous sommes deux à comprendre la même chose, nous sommes deux à agir; l'action de l'un sera renforcée par l'action de l'autre. La responsabilité de l'enfant est répartie entre les deux, surtout si la naissance est déjà préparée entre les deux. Tout comme la femme devient mère, le mari est son partenaire sexuel et pourtant, il doit devenir aussi partenaire parental; certaines difficultés culturelles ou psychologiques peuvent poser un obstacle. La communication permet de clarifier l'obstacle et de se détendre un peu. Les non-dits créent des tensions.

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. Participants allongés sur le dos. Travail de conscience des sensations au moment d'une relaxation partielle; une partie du corps est détendue et une autre partie du corps est tendue. Expérimentation de la possibilité de travailler juste avec une partie du corps tout en laissant reposer le reste. Le conjoint permet de faire l'exercice. Détente finale quelques minutes.
3. Répétition de la vidéo de naissance
4. Discussion autour de la vidéo. Les émotions éveillées sont ici resituées.

La séance s'achève avec l'invitation à pratiquer l'exercice du jour à la maison.

Séance n° 7**Sans thème**

Objectifs de la séance

- Fixer les contenus antérieurs au moyen de la discussion libre
- Donner la place aux réactions suscitées par les exercices effectués
- Donner la place aux questions importantes pour les participants
- Donner la place aux réflexions découlant des séances
- Donner la place aux peurs, conflits, ou autres obstacles

Contenu

Les contenus sont ici apportés par les participants. Chaque groupe ayant ses propres contenus. C'est une session spécialement dynamique et productive car le climat du groupe est déjà plus confiant, même pour certains, il constitue un bon soutien.

Méthode

Pour le déroulement de cette séance, la participation active du groupe est essentielle, encore plus qu'à l'accoutumée, fait qui est expliqué d'abord comme pour la séance n°5. Les participants sont informés de la méthode sans thème et de la liberté pour poser des questions, questions soulevées par les sessions précédentes ou des commentaires du couple après les sessions, ainsi que du temps limité imparti. Il est fréquent qu'à ce moment les participants qui ont manqué des séances posent des questions relatives à un contenu que les autres connaissent. C'est pourquoi, ces questions sont renvoyées au groupe et seulement complétées au besoin.

Messages sous-jacents de cette session

Il n'y a pas des messages préconçus dans cette session. À ce moment du programme, les participants sont en mesure de construire leurs propres messages; ils peuvent poser des questions, juste pour clarifier, souligner, ou pour renforcer leurs choix.

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. Invitation à parler des sensations actuelles
3. Temps de travail corporel : Basculer le bassin; soulever le bassin; la fable du chat et du lion; massage sur le dos en couple; massage au bébé au moyen du massage du ventre féminin effectué par le futur père;
4. L'exercice de respiration : « souffler la bougie ».
5. Autre activité au sol proposée par les participants eux-mêmes
6. Relaxation, un temps de détente pour tous les participants.

La séance s'achève avec l'invitation à pratiquer les exercices en couple et observer les réactions émises par le bébé in utéro.

Séance n° 8**La dilatation, première étape de l'accouchement**

Objectifs

- Comprendre comment s'efface le col de l'utérus
- Comprendre la fonction des contractions durant cette étape
- Comprendre comment se produit la dilatation
- Sensibiliser les participants sur les attitudes et comportements pouvant éviter la souffrance
- Évoquer les éléments pouvant favoriser le travail de cette étape
- Situer la place du père durant cette étape de l'accouchement
- Comprendre la différence entre les contractions de la grossesse et celles du travail d'accouchement

Méthode

Le thème est présenté à l'aide d'une question principale qui ouvre le débat : Quand commence l'accouchement? Il y a un temps de réflexion suivi des réponses des participants. Ensuite, d'autres questions générales posées au groupe préparent la séance. – Est-ce qu'il y a une date précise pour accoucher? - Comment sommes-nous au courant que l'accouchement commence? Puis, les questions et commentaires particuliers à chaque participant permettent de manifester autant des sensations, des histoires qu'ils ont entendues, des réalités qu'ils ont perçues, des peurs, etc.

Le débat est accompagné par des explications de physiologie et d'obstétrique, par des dessins au tableau et par le recours à la métaphore du fonctionnement d'un moteur, histoire qu'à ce moment là tous les participants sont capables de suivre.

Contenu

- a) Le calcul de la DPP (date probable d'accouchement) ou TTC (terme théorique calculé)
- b) L'utilité du calcul de la DPP
- c) Les conditions nécessaires à la dilatation
- d) Des situations de risque : prématurité, pathologie de la mère ou du bébé
- e) Particularités des contractions spécifiques à la dilatation
- f) Explication du processus de dilatation : l'ouverture du col utérin
- g) Les éléments qui favorisent le fonctionnement du muscle utérin
- h) La respiration adaptée
- i) Le comportement adapté
- j) Distension du périnée à l'aide d'un contrôle d'expiration et du laisser-faire à la contraction

Messages sous-jacents de cette session

Il est important d'avancer dans le modèle d'adaptation à la nouvelle situation car elle se profile à terme. Il est nécessaire de renforcer l'humanité du bébé qui communique à sa façon à son niveau. Il faut renforcer les responsabilités de chaque acteur de la naissance : la mère, le père, le bébé, l'équipe de soins. En fonction du contexte de soins, il faudra devenir plus actif pour obtenir la naissance souhaitée et ce, autant dans la consultation prénatale que dans l'accouchement et le post-partum; pour ce faire il faudra bien communiquer ou poser les questions nécessaires.

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. Invitation à parler des sensations actuelles
3. Répétition de l'exercice de respiration : « souffler la bougie »
4. Exercice de position à adopter pendant la dilatation et l'expulsion à l'aide de la participation du père
5. Répétition de la vidéo de la naissance. Cette fois-ci, les participants sont en mesure d'apprécier beaucoup de détails; ils peuvent comprendre, d'une part l'utilité des exercices pratiqués et d'autre part, le comportement du couple.

La séance s'achève avec l'annonce des deux dernières séances qui terminent le programme. La séance n° 9 inclura une visite à la salle d'accouchement.

Objectifs

- Connaître en détail le processus de mise au monde du bébé. Discuter sur le terme d'expulsion qui signifie mettre en dehors en poussant, puis, en préférant le terme d'enfantement puisque l'un des fondements de l'attitude efficace au moment de la mise au monde est surtout de NE PAS POUSSER, le modèle de pousser incluant une « fermeture du périnée antérieur » alors que justement il faut qu'il s'ouvre.
- Apprendre comment accompagner le bébé dans cette étape de sortie au monde extérieur à sa mère
- Rassurer les participants sur leurs capacités et celles du bébé
- Valoriser l'importance de l'accueil des parents au bébé
- Sensibiliser les participants sur les attitudes et comportements pouvant éviter la souffrance
- Évoquer les éléments pouvant favoriser le travail de cette étape

Méthode

Le thème est présenté comme il est de coutume sous la forme de question globale. Les participants créent le contenu à partir de leurs commentaires. Le recours à la session précédente crée un lien avec le contenu ponctuel. Une poupée bébé et un bassin anatomique servent à montrer le processus.

Contenu

- a) Métaphore de la boule qui doit passer par l'anneau
- b) Le bassin et la poupée : descente, rotation et adaptation au canal de sortie
- c) Nutation et contra nutation du sacrum
- d) Distension du périnée

- e) Application de la technique de respiration : « souffler la bougie » qui est l'alternative à la poussée ; il est démontré que celle-ci est inefficace et nocive
- f) Attitude de l'équipe de soins en cette étape
- g) Accueil par les parents de leur bébé : le regard, le contact direct avec la peau, la voix par l'appel à son nom, tout pour lui manifester la bienvenue
- h) Importance de la respiration et des autres éléments nécessaires au fonctionnement des organes concernés

Messages sous-jacents de cette session

Chaque expérience de naissance est extraordinairement unique. La mère possède en elle toutes les compétences pour mettre son enfant au monde. Elle a pu reconnaître les contractions et les différentes adaptations automatiques spontanées au phénomène. Elle a pu ainsi apprendre comment, non pas inventer un comportement nouveau extraordinaire, mais au contraire adopter des comportements facilitant l'adaptabilité spontanée et susceptibles d'augmenter cette adaptabilité par une meilleure efficacité.

Les soins à l'enfant sont très importants. On peut soigner mieux son enfant lorsqu'on s'est bien soigné soi-même; la période de la grossesse est l'occasion de prendre en considération les soins de soi et les améliorer au besoin.

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. Invitation à parler des sensations actuelles
3. Répétition de l'exercice de respiration : « souffler la bougie »
4. Postures d'accouchement pour la mère et position pour le père
4. Visite à la salle de dilatation et salle d'accouchement

La séance s'achève avec l'annonce de la prochaine session, la dernière séance.

Séance n° 10

L'allaitement et la période postnatale

Objectifs

- Connaître les changements psychophysiologiques des femmes après l'accouchement
- Comparer les différentes possibilités d'allaitement du bébé afin de faire un choix personnel
- Aider les participants à identifier des ressources internes facilitant l'adaptation à la nouvelle situation parentale
- Aider les participants à identifier des ressources externes facilitant un soutien formatif, instrumental, émotionnel et récréatif après la naissance
- Donner des éléments de renforcement de l'attachement déjà initié

Méthode

Cette session commence autour « du bébé né au cours de la session précédente ». Le recours à la session précédente crée un lien avec le contenu ponctuel de cette dernière session et favorise la clarification d'idées particulières. Le thème du jour est présenté à l'aide de questions et les participants organisent le contenu à partir de leurs commentaires. Le tableau est divisé en deux colonnes, soit une pour l'allaitement au sein et une autre pour l'allaitement au biberon; ensuite, s'inscrivent les bénéfices et les inconvénients de chaque possibilité. Le débat est ouvert entre les participants.

Contenu

- a) Changements psychophysiologiques chez les mères.
- b) Changements dans la relation de couple.
- c) Les besoins de base du bébé à la naissance: chaleur, sécurité, confort,... Importance du nom du bébé. Un rappel sur l'accueil par les parents du bébé : Le regard, le contact direct avec la peau, la voix par l'appel de son nom, tout pour lui manifester la bienvenue au monde social.
- d) L'alimentation du bébé : différentes options; bénéfices et inconvénients de chaque option. L'expulsion du placenta et les bénéfices de l'allaitement au sein immédiat.
- e) Sexualité et allaitement au sein
- f) Hygiène de la mère pour le choix d'allaitement au sein
- g) Hygiène et procédures pour le choix d'allaitement au biberon
- h) Contraception du post-partum immédiat

Activités

1. Partage de commentaires et questions
2. Invitation à parler des sensations actuelles
3. Débat autour des différentes positions face à l'allaitement
4. Positions d'allaitement. Expérimentation
5. Exercices conseillés pour le post-partum
6. Vision de la vidéo : L'allaitement au sein

Lorsque cette séance s'achève, il est temps de se dire au revoir. A cet effet se présente l'option de distribuer un papier avec les noms et les téléphones des participants. Une fois le groupe d'accord, les coordonnées sont distribuées. Cette séance est spécialement sociale. Il est fréquent d'observer l'initiative des participants qui apportent à boire et à manger pour que ce dernier jour soit un jour de partage pour le groupe.

Annexe n. 3
Formulaire de consentement

Je, soussignée, _____ consens à participer à un programme de prévention ayant pour principal objectif le bien-être et la santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse, la naissance et le premier trimestre postnatal. J'ai reçu à cet effet les renseignements nécessaires.

Ma participation à cette étude impliquera une entrevue qui aura lieu pendant le premier trimestre de ma grossesse et une série de quatre questionnaires que je devrai compléter avant et après la naissance du bébé, entre la 5ème et 12ème semaine postnatale. Ces questionnaires me seront confirmés au préalable au moyen d'un appel téléphonique, je les recevrai au domicile.

Une série de dix rencontres de groupe de pères et de mères "enceintes", dans une situation similaire à celle de mon conjoint et à la mienne, aura lieu au cours de ce programme. Seulement une partie de personnes qui auront accepté de participer à cette étude pourra bénéficier de ces rencontres à l'hôpital. J'accepte donc de participer ou non à ces rencontres, selon le choix du hasard. Toutefois, nonobstant ma non-participation je pourrai toujours bénéficier des soins habituels et participer aux entrevues d'évaluation.

Je déciderai moi-même du suivi que je souhaite pour ma grossesse. Je devrai néanmoins en faire état lors des entrevues auxquelles je serai convoquée afin que l'étude puisse tenir compte des différents aspects de ma grossesse.

Je suis au courant que tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce travail seront traités confidentiellement et codifiés sous couvert de l'anonymat. Aucun détail spécifique concernant les personnes ne sera publié.

En résumé, ma participation à cette étude m'engage à:

- a) Accepter de répondre aux questions posées en entrevue et remplir 4 questionnaires portant sur ma santé et sur mon vécu maternel à ce moment de ma grossesse et après la naissance;
- b) Accepter de me présenter aux rencontres de groupe de préparation à la naissance dans le cas où, choisie par le hasard, je serais invitée à y participer;
- c) Permettre aux chercheurs l'accès à mon dossier médical afin d'obtenir les informations concernant l'évolution de la grossesse et de la naissance.
- d) Consciente que cette étude ne présente pas le moindre risque pour moi, je consens enfin à consacrer environ une demi-heure à chaque étape, l'entrevue et les questionnaires.
- e) Il me sera possible de recevoir sur demande un rapport global concernant les résultats de cette recherche dans l'année suivant la fin du programme. Il suffit de m'adresser à la personne responsable: Lila Audier: 0467357216, bip 085; Aline Ferrini: 0467357752 ou bien demander ces personnes au secrétariat: 0467357214 hôpital de Béziers. Vous pouvez également vous adresser à: Assumpta Ortiz (972418917 Gerona, Espagne).

Signature de la femme

Signature du professionnel

FORMULE DE CONSENTEMENT (conjoint)

Je, soussigné, _____ consens à participer à un programme de prévention ayant pour principal objectif le bien-être et la santé de la mère et de l'enfant pendant la grossesse, la naissance et le premier trimestre postnatal. J'ai reçu à cet effet les renseignements nécessaires.

Ma participation à cette étude impliquera de compléter deux questionnaires qui auront lieu respectivement pendant le premier trimestre de la grossesse et à la suite de la naissance du bébé, entre la 5ème et 12ème semaine postnatale.

Une série de dix rencontres de groupe de pères et de mères "enceintes", dans une situation similaire à celle de ma conjointe et à la mienne, aura lieu au cours de ce programme. Seulement une partie de personnes qui auront accepté de participer à cette étude pourra bénéficier de ces rencontres à l'hôpital. J'accepte donc de participer ou non à ces rencontres, selon le choix du hasard. Toutefois, nonobstant ma non participation je pourrai toujours compléter l'évaluation.

Je suis au courant du fait que tous les renseignements recueillis dans le cadre de ce travail seront traités confidentiellement et codifiés sous couvert de l'anonymat. Aucun détail spécifique concernant les personnes ne sera publié.

En résumé, ma participation à cette étude m'engage à :

- a) Remplir un questionnaire portant sur ma relation de couple d'abord en ce moment, antérieur à la naissance de l'enfant et ensuite, après la naissance de l'enfant.
- b) Accepter de me présenter aux rencontres de groupe de préparation à la naissance dans le cas où, choisis par le hasard nous serons invités à y participer;
- c) Conscient que cette étude ne présente aucun risque pour moi, je consens enfin à consacrer environ quinze minutes à chaque questionnaire.
- d) Il me sera possible de recevoir sur demande un rapport global concernant les résultats de cette recherche dans l'année suivant la fin du programme. Il suffit de m'adresser à la personne responsable: Assumpta Ortiz (tél: 00 34 972 41 89 17 Gerona, Espagne)

Signature du conjoint

Signature du professionnel

La version espagnole du consentement

Yo, la abajo firmante, _____, estoy de acuerdo en participar en un estudio de prevención cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la madre y del bebé durante el embarazo, el nacimiento y los primeros meses de vida. He sido informada a este fin de todas las cuestiones relacionadas con el desarrollo de este estudio y de mi participación en el mismo. Mi participación en este estudio implicará una entrevista y una serie de cuatro cuestionarios que se efectuarán respectivamente durante el primer trimestre de mi embarazo y antes de finalizar el tercer mes postparto.

Este proyecto en el que yo participaré tiene dispuesto un funcionamiento que distribuye a unas embarazadas en un curso de preparación al parto en el hospital de referencia y a otras embarazadas no. Si por azar soy elegida para hacer la preparación en el hospital, debo intentar asistir a las 10 sesiones acompañada de mi pareja. Será el azar quien decidirá. Yo acepto esta condición sabiendo que de todas formas, tendré las entrevistas, mi situación será estudiada tanto como las otras y cualquier dato importante acerca de mi salud que sea detectado en dichas entrevistas me será notificado. La detección precoz y el cuidado de mi salud se hará en cualquier caso, sobretodo, porque ese es el fin de este estudio.

En todo momento, seré libre de elegir la atención que deseo tener para mi y mi bebé. Igualmente, puedo decidir de dejar de participar en este estudio en cualquier momento. Mientras yo no diga lo contrario, figuraré como participante con las condiciones y beneficios que esto implica.

Estoy informada de que todos los datos recogidos en las entrevistas serán tratados confidencialmente y codificados respetando el anonimato. Ningún detalle que concierna específicamente a mi persona será jamás publicado y tengo una constancia escrita de ello en esta carta. En conclusión, mi participación me compromete a:

1. Responder a las preguntas de los cuestionarios relacionadas con mi salud y con mi experiencia de embarazo y de maternidad.
2. Aceptar el compromiso de asistir a todas las clases de preparación siempre que sea posible.
3. Permitir a los responsables de este estudio el acceso a los datos de mi dossier asistencial para que puedan estudiar la evolución de mi embarazo y el nacimiento de mi bebé.
4. Hablar con mi pareja de este estudio de prevención, de los cursos de preparación para parejas así como de la importancia de su consentimiento.
5. Obtener respeto y confidencialidad en todo momento. Todas las informaciones que yo facilite serán confidenciales. Todo el dossier será codificado y en ningún caso nadie a excepción de los responsables de este trabajo, tendrá acceso a esta información confidencial sin mi consentimiento.
6. Podré obtener tanto un resultado personal de mi participación en este estudio como un resultado global de este proyecto. En el plazo de dos años y medio, yo misma podré saber para qué ha servido todo esto llamando a la persona responsable (Assumpta ORTIZ: 676174369/972418917).

Firma de la participante

Firma del profesional

Annexe 4

**Lettre du Comité d'éthique et lettre du Centre de recherche
de l'hôpital de Barcelone et lettre de l'hôpital de Figueres**

Lettre du Comité d'éthique

(traduction de la version espagnole, la version originale figure à la page suivante)

CLINIC
Barcelone
Hôpital Universitaire

D. Miguel Angel Asenjo Sebastian, Professeur titulaire de Medecine Preventive et de Santé Publique, Directeur Tèchnique de l'Hôpital Clinic de Barcelone et responsable du Comité d'Éthique de la recherche clinique,

CERTIFIE:

Que le Comité d'Éthique de la recherche clinique a analysé le projet de recherche présenté à ce jour ainsi qu'il est enregistré à l'intérieur de l'acte de la reunion tenue aujourd'hui. Le titre de ce projet est le suivant:

Évaluation d'un programme prénatal adressé aux couples de parents mères et pères pendant la grossesse et repercussions sur la santé mentale des femmes

La responsable principale et chercheur premier est Mme Ortiz, Assumpta avec l'appui du Dr. Cararach. Nous avons compris que ce projet est conforme aux normes éthiques essentielles et également conforme aux critères déontologiques de notre Centre. Dans ces conditions, nous avons décidé l'approbation de ce projet.

Je soussigne à Barcelone, le 17 juillet 2001

Ref.: 828

Hôpital Clinique et Provincial de Barcelone
Villarroel, 170 – Telf.: 93 2275400 Fax: 93 2275454
Barcelone 08036 (Espagne)

D. Miguel Angel Asenjo Sebastian, Profesor Titular de Medicina Preventiva y Salud Pública, Director Técnico del Hospital Clínic de Barcelona y Secretario del Comité Ético de Investigación Clínica,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación Clínica, según consta en el acta de la reunión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Avaluació d'un programa de profilaxis adreçat a pares i mars durant l'embaràs, part, post-part, i repercussions en salut mental de les dones i de llurs nadons

cuya investigadora principal es la Dra. **Ortiz, Assumpte / Dr. Cararach**, entendiendo que dicho estudio se ajusta a las normas éticas esenciales y criterios deontológicos que rigen en este Centro, y, por tanto, ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona, a 17 de julio de 2001

(Traduction)

L'original de cette lettre en espagnol figure ci-joint à la page suivante

Lettre du Comité de recherche de l'hôpital Clínic de Barcelone

D. Joan Rodés Teixidor, Doyen de la Faculté de Médecine de l'Université de Barcelone et Directeur de la recherche à l'hôpital Clínic de Barcelone

CERTIFIE :

Que le Comité de recherche de l'hôpital Clinique a étudié le projet ci-joint dans la session effectuée aujourd'hui,

Évaluation d'un programme prénatal adressé aux couples de parents mères et pères pendant la grossesse et répercussions sur la santé mentale des femmes

Ce projet a été approuvé. L'investigatrice principale Ortiz, Assumpta à l'appui du Docteur Cararach est autorisée à mener à terme cette recherche car elle s'inscrit dans une des lignes de recherche accréditées dans notre Centre de recherche. Ce projet dispose d'une méthodologie adéquate et nous semble viable dans tous les termes. Dans ces conditions, nous avons décidé de son approbation.

Signé à Barcelone, le 17/07/2001.

D. Joan Rodés Teixidor, Catedrático de Medicina de la Universidad de Barcelona, Director de Investigación del Hospital Clínic de Barcelona,

CERTIFICA:

Que el Comité de Investigación del Hospital Clínic, en la sesión celebrada en el día de hoy, ha analizado el proyecto de investigación titulado:

Avaluació d'un programa de profilaxis adreçat a pares i mars durant l'embaràs, part, post-part, i repercussions en salut mental de les dones i de llurs nadons

cuya investigadora principal es la Dra. **Ortiz, Assumpta / Dr. Cararach**, entendiendo que dicho estudio se incluye en una de las líneas de investigación biomédica acreditadas en este centro, cumpliendo los requisitos metodológicos necesarios, y que es viable en todos sus términos, por lo que lo ha considerado adecuado y ha decidido su aprobación.

Lo que firmo en Barcelona. a 17/07/2001 .

CLÍNIC
BARCELONA
Hospital Universitari

Ref: 828

(Traduction)

L'original de cette lettre *en catalan* figure ci-joint à la page suivante

La langue officielle à Figueres est le catalan

Hôpital de Figueres
Ronde Rector Aroles, s/n.
17600 Figueres
email : hospital@hospfig.es

Madame Assumpta ORTIZ
Rue Jean Bruguera, 17 2^{ème} étage
Girona 17003

Figueres, 4 de mars 2004

Madame,

Nous avons le plaisir de vous communiquer que la demande que vous avez formulée à la direction de l'hôpital le 3 mars, est acceptée. La Direction de l'hôpital de Figueres ne trouve aucun inconvénient à accepter votre proposition, car les thèmes abordés nous semblent pertinents. Vous pouvez initier votre travail dans notre hôpital quand vous le souhaitez. Seulement, nous vous prions que cette activité ne représente aucun obstacle au bon fonctionnement du Centre de santé.

Je vous prie d'agréer, Madame, mes salutations distinguées.

Madame Montserrat Sargatal Deulofeu
Directrice de soins infirmiers



**HOSPITAL
DE
FIGUERES**

Rda. Rector Arolas, s/n
17600 FIGUERES
Tel. 972 50 14 00
Fax 972 67 03 13
E-mail: hospital@hospfig.es

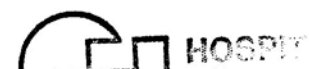
Sra. ASSUMPTA ORTIZ
Crer./ Joan Bruguera, núm. 17 bis, 2n, 1^a
GIRONA

Figueres, a 4 de març de 2004

Senyora,

En resposta al seu escrit del dia 3 de març, li comuniquem que la Direcció d'aquest Centre no té cap inconvenient en accedir a allò sol·licitat, en els temes establerts a la petició, i en el moment que vostè estimi oportú, sempre que la seva activitat no suposi cap trava per a la bona marxa del Centre.

Atentament,



Sra. Montserrat Sargatal Deulofeu
Directora Infermeria

Annexe 5:
Programme de formation des sages-femmes

PROGRAMA DE FORMACIÓ PER LES LLEVADORES QUE PARTICIPEN
EN EL PROJECTE DE “PSICOPROFILAXIS PRENATAL”

Títol del curs:

**LA PREPARACIÓ AL NAIXEMENT AMB UNA PERSPECTIVA
PSICOSOMÀTICA**

Director del curs:

Doctor Claude-Emile Tourné, metge d'obstetrícia, autor de la tècnica psicosomàtica de preparació al naixement, professor del diploma universitari “naixement i societat”

Calendari i distribució del curs, any 2002

El programa té 28 hores de formació repartides entre classes i seminaris. El curs pot establir-se dos vegades al mes amb una duració de tres hores/classe. Les classes serien els divendres de 15 a 18hores (després tindrem els grups de preparació). A més hi ha dos seminaris intensius de 5h de duració al juny i octubre.

Abril: divendres dies 5 i 19

Maig: divendres dies 10 i 24

Juny: divendres dies 14 i 21

Total d'aquestes classes = (6x 3h) 18 hores

Els dos seminaris representen un total de = 10 hores

Dades provisionals des seminaris: 22 juny i 19 d'octubre

OBJECTIUS DEL CURS:

- a. Sensibilitzar les llevadores vers una perspectiva psicosomàtica de l'anatomia i la fisiologia de la dona.
- b. Facilitar una reflexió sobre la praxis actual mitjançant les aportacions de la visió psicosomàtica del cos humà.
- c. Recrear un espai per valorar la dimensió relacional del naixement tot i adaptant-se a la tecnologia que servirà per millorar i mai per substituir la capacitat de parir.
- d. Conèixer el funcionament de les sensacions profundes facilitades per la kinesiologia. Aquesta tècnica ajuda a reconstruir una imatge personal anatòmica i fisiològica útil per el naixement.

- e. Explorar una forma d'ajudar la parella a adoptar comportaments que serveixen per augmentar l'adaptabilitat espontània automàtica.
- f. Analitzar el fet de donar el protagonisme principal del naixement als seus autors de forma que puguin gaudir, aprendre, experimentar completament el seu rol en un espai que els hi pertany.
- g. Valorar una necessitat fundamental dels pares de ser més responsables i conscients de la pròpia salut i de l'utilització adequada dels serveis assistencials.

“...Per augmentar el poder dels usuaris i de les comunitats cal donar una visió o una actitud positives vers l'autonomia d'aquests usuaris; això implica trencar l'aïllament, facilitar la participació en les decisions i en les accions sobre la salut de les persones i compartir el poder...”

(Chamberland, Dallaire et al 1998: “Les conditions de réussite en prévention/promotion” Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, vol.17;1)

CONTINGUTS DEL CURS:

L'organisme total i psicossomàtic
 El patiment i el dolor
 Òrgans genitals, cicle menstrual, embaràs
 El part
 Naixement i lactància
 Gènesis de maternitat/paternitat
 Cos dels cuidadors i naixement
 Responsabilitats i autonomia
 El pare, la mare, el nadó, la parella
 La psicoprofilaxis obstétrica
 La depressió maternal

PROGRAMME DE FORMATION POUR LES SAGES-FEMMES

La préparation à la naissance avec une orientation psychosomatique
--

Directeur du cours: Docteur Claude-Emile Tourné, médecin d'obstétrique, auteur de la technique psychosomatique de préparation à la naissance et professeur du diplôme universitaire "naissance et société"

Calendrier et distribution du cours: printemps 2002

Le programme est composé de 28 h. de formation distribuées en périodes de cours et périodes de séminaires. Le cours peut s'établir deux fois par mois avec une durée de 3 h. par cours. Les classes seront les vendredis de 15 à 18h (après les classes nous aurons les groupes de préparation avec les couples). Les séminaires seront intensifs en juin et octobre.

Avril: vendredi le 5 et le 19

Mai: vendredi le 10 et le 24

Juin: vendredi le 14 et 21

Au total ces cours représentent (6 x 3h)	18h
--	-----

Les séminaires représentent un total de	10h
---	-----

OBJECTIFS DU COURS:

- a. Sensibiliser les sages-femmes en vue d'une orientation psychosomatique de l'anatomie et la physiologie de la femme.
- b. Faciliter une réflexion sur la praxis actuelle à l'aide des apports de la vision psychosomatique du corps de l'être humain.
- c. Créer une place pour l'évaluation de la dimension relationnelle de la naissance tout en faisant une adaptation de la technologie qui doit servir pour améliorer et non pour remplacer la capacité d'accoucher.

- d. Connaître le fonctionnement des sensations profondes. Connaissance de quelques éléments et activités permettant la construction d'une image corporelle anatomique et physiologique qui soit utile à l'accouchement.
- e. Explorer une manière d'aider le couple dans l'adoption de comportements pouvant servir à augmenter l'adaptabilité spontanée automatique.
- f. Analyser le fait d'accorder une place principale aux parents pendant l'accouchement de façon à ce qu'ils puissent avoir plaisir, apprendre et expérimenter complètement leur rôle dans une place qui leur appartient.
- g. Évaluer le besoin fondamental des parents d'être plus responsables et conscients de leur santé et de l'utilisation adéquate des services de soins.

“... Pour augmenter le pouvoir des clients et des communautés il faut donner une vision ou une attitude positives en direction à l'autonomie de ces personnes; cela implique une rupture de l'isolement, une plus facile participation aux décisions et aux actions concernant la santé des personnes et un partage de pouvoir...” Chamberland, D. et al, 1998*

THÈMES DU COURS

L'organisme total psychosomatique

La souffrance et la douleur

Organes génitales, cycle de la menstruation, grossesse

L'accouchement

Naissance et allaitement

Le corps soignant et la naissance

Responsabilités et autonomie

Le père, la mère, le bébé et le couple

La dépression maternelle

Chamberland, D. et al, 1998* Les conditions de réussite en prévention/promotion. Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire, 17 (1).

Annexe 6:
Bourses obtenues

Le 1er juin 2000

Madame Maria Asuncion Ortiz
4448 Hôtel de ville
Montréal, Québec
H2W 2H5

Madame,

J'ai le plaisir de vous informer que votre candidature au Programme de bourses de mobilité de l'Université de Montréal a été retenue. Le Comité de sélection s'est dit fort impressionné par la qualité de votre dossier. Ses membres sont convaincus que vos études à l'étranger constitueront une expérience extraordinaire et vous souhaitent un excellent séjour à l'Université de Perpignan. Le taux de succès au concours a été d'environ 25 %.

La bourse est d'un montant de 1 500 \$; les modalités de versement sont des plus simples. Vous n'avez qu'à vous présenter à nos bureaux (voir l'adresse ci-dessous) avec cette lettre et votre titre de transport. Les étudiants qui séjournent à l'étranger à la session d'automne peuvent entreprendre cette démarche dès le 1er août 2000, et recevront un chèque environ deux semaines plus tard. Les étudiants dont le séjour à l'étranger n'est prévu qu'en 2001 peuvent se présenter à nos bureaux dès le 15 novembre 2000.

Je vous rappelle que l'Université ne permet pas le cumul des bourses de mobilité étudiante (sauf en ce qui a trait au " forfait " de l'Office Franco-Québécois de la Jeunesse). Vous devez donc nous aviser de l'octroi de toute bourse de cette nature (p. ex. les bourses CIME de l'Agence universitaire de la Francophonie).

Je vous signale par ailleurs que le Gouvernement du Québec devrait, nous dit-on, annoncer sous peu un programme de bourses de mobilité, lequel prendrait effet dès septembre 2000. Nous n'avons pu obtenir confirmation de cette annonce. Si le programme devait bel et bien être mis en place pour l'année universitaire 2000-2001, notez que l'Université suspendrait l'octroi de la présente bourse, à laquelle on substituerait automatiquement la bourse provinciale (pécuniairement plus intéressante). Nous vous ferons parvenir de plus amples informations à ce sujet dès que possible.

Je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments distingués.

Le directeur

Bernard Landriault

**ASSOCIATION DE DIFFUSION ÉTUDES ET RECHERCHE POUR MIEUX
NAÎTRE EN CATALOGNE NORD (ADERMNCN)
7, rue de Cerdagne
F-66000PERPIGNAN**

**Sra Assumpta Ortiz Collado
Joan Bruguera, 17 bis - 2 ème
Girona 17003
CATALUNYA**

Le 8 juillet 2003

Madame,

Le 9 juillet 2002, le bureau de notre Association décidait de répondre favorablement à votre demande de bourse pour mener à bien votre projet recherche visant à évaluer l'effet bénéfique de la préparation des couples à la naissance sur le risque de dépresssion du post-partum tel que vous nous l'avez exposé dans votre lettre citée en référence.

Nousavons bien reçu les comptes-rendus de l'avancée de la recherche que vous nous avez fait parvenir.

En conséquence, le bureau de l'Association a décidé de donner suite à votre demande de renouvellement de bourse. pour une année supplémentaire.

Il sera indispensable que vous continuiez à tenir trimestriellement informée l'association de l'avancée de vos travaux. De plus, vous devrez mentionner cette aide dans toutes les publications ayant trait à ce travail et en prévoir un résumé pour la revue de l'Association.

Veillez agréer, Madame, l'expression de nos encouragements.

La Présidente de l'ADERMNCN,
pour la Présidente et par délégation,


Claude-Émile Tourné



Generalitat de Catalunya
 Departament d'Universitats, Recerca
 i Societat de la Informació
Direcció General de Recerca

Dra. Assumpta Ortiz Collado
 Departament d'Infermeria
 Universitat de Girona
 Emili Grahit, 77
 17071 Girona

Generalitat de Catalunya
 Departament d'Universitats, Recerca
 i Societat de la Informació

100437 03.02.03 17:13

Núm. Data Hora
 Registre de Sortida UOO1

Benvolguda Dra. Ortiz,

Ens plau informar-vos que us ha estat atorgat un ajut de 3.000 euros, per portar a terme una acció integrada amb la regió de Languedoc-Roussillon, França, en el marc de la convocatòria d'Ajuts per realitzar accions de cooperació i mobilitat amb institucions, regions i consorcis interregionals signataris d'acords de col.laboració amb Catalunya (PCI 2002).

La Resolució de concessió d'aquest ajut es va fer pública en el tauler d'anuncis del nostre Departament i en el de l'Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca (AGAUR) el passat 27 de desembre. Igualment es pot consultar en el nostre web: <http://dursi.gencat.net>

Per tal d'iniciar els tràmits per fer efectiu l'atorgament de l'ajut, adjunt us enviem el document d'acceptació, el qual ens heu de retornar signat, el més aviat possible.

Tal com disposa la convocatòria, tramitem el pagament del 80% de l'import atorgat en concepte de bestreta. Per altra part, caldrà que abans del 30 de setembre de 2004, ens justifiqueu l'ajut, d'acord amb el document d'acceptació, per tal de poder tramitar el pagament de la quantitat restant de l'ajut atorgat.

Atentament,

Joaquim Casal i Fàbrega
 Director General de Recerca

Barcelona, 3 de febrer de 2003
 ABM/acs/ACI2002-53

Annexe 7
Les questionnaires

Questionnaire no 1 : Dépistage

(Questionnaire (1))
 No du questionnaire (----/----/----/----)
 No de l'enquêtrice sage-femme (----/----)
 Date de remplissage: J(----/----) M(----/----) A(----/----)
 Semaine de grossesse (-----)
 Terme prévu J(----/----) M(----/----) A(----/----)
 Date de naissance de la patiente J(----/----) M(----/----) A(----/----)

Parmi les questions suivantes, certaines vous concernent, d'autres pas. Suivant que pour vous le problème est très important, moins important ou relativement léger, vous répondez OUI beaucoup ou OUI souvent, OUI moyennement, ou OUI un peu. Si vous ne vous sentez pas du tout concernée par la question, vous répondez NON.

1. Avez-vous des démangeaisons ?
 OUI beaucoup (= 1) OUI moyennement (= 2) OUI un peu (= 3) NON (=4) (----) (----)
2. Est-ce que vous vous reprochez des choses ?
 OUI souvent (= 1) OUI moyennement (=2) OUI un peu (= 3) NON (= 4) (----) (----)
3. Avez-vous mal à la partie inférieure du dos ?
 OUI beaucoup (= 1) OUI moyennement (= 2) OUI un peu (= 3) NON (=4) (----) (----)
4. Avez-vous un sentiment de solitude ?
 OUI souvent (= 1) OUI moyennement (= 2) OUI un peu (= 3) NON (= 4) (----) (----)
5. Avez-vous l'impression que les autres ne vous comprennent pas ou qu'ils ne vous montrent pas de sympathie ?
 OUI souvent (= 1) OUI moyennement (= 2) OUI un peu (= 3) NON (= 4) (----) (----)
6. Avez-vous du mal à vous endormir ou à rester endormie ?
 OUI souvent (= 1) OUI moyennement (= 2) OUI un peu (= 3) NON (= 4) (----) (----)
- SCORE (.....)
- 7.) Est-ce que c'est votre premier enfant?
 OUI (= primipare = I) NON (=multipare = MP) (----)
- Pour les **PRIMIPARES**:
 8.) Depuis que vous êtes enceinte, vos relations avec votre mère sont-elles :
 plus chaleureuses (= oui = R) ; plus difficiles (= R) ; y a-t-il eu rupture (= R) ; sans
 changement (= Non = N) ; plus de mère (=non = N) ? (une seule réponse possible) (----)
Si R = à risque ; (si N , pas de risque)
- Pour les **MULTIPARES**:
 9.) Pleurez-vous facilement ?
 OUI beaucoup, OUI moyennement (= oui = R) OUI un peu, NON(= non = N) (----)
Si R = à risque ; Si N , pas de risque.
- 10.) Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance avec une sage-femme ?
 OUI (=O) NON (=R) (----)
Si R = à risque ; (si O, pas de risque).

SERVICE DE PRISE EN CHARGE :

(pag 2- Détection)

Pays de naissance de la mère.....(0/1/2)

- **Niveau de scolarité** (marquer 1 si études finis, 2 si études en cours ou sans finir, 0 si ne s'applique pas. Plusieurs réponses sont possibles).

Ecole primaire	0()
Ecole secondaire	1()
Formation d'entreprise	2()
CEGEP ou son équivalent	3()
Formation artisanale ou professionnelle non	
Universitaire	4()
Diplôme	5()
Maîtrise	6()
Autre,.....	

- **Niveau socio économique (marquer avec une croix)**

Vous travaillez Mme avec régularité, de façon permanente () dans quoi ?.....

Vous travaillez seulement de façon temporaire () dans quoi ?.....

Vous ne travaillez pas mais vous recevez l'aide sociale ()

Vous ne travaillez pas et vous ne recevez l'aide ()

Votre mari travaille de façon permanente ? () dans quoi ?.....

Votre mari travaille seulement à l'occasion ? () dans quoi ?.....

Votre mari ne travaille pas mais il reçoit l'aide sociale ou autre ()

Votre mari ne travaille pas et il ne reçoit pas de l'aide économique ()

Est-ce que vous êtes préoccupée par votre économie familiale ?

Non pas de tout () Oui, quelque fois () Oui, assez souvent () Je suis très inquiète ()

- **Antécédents pharmacologiques (psychiatriques) préalables à la grossesse actuelle**

Est-ce que vous avez pris de médicaments pour la dépression, l'anxiété, somnifères, avant de tomber enceinte ? Oui() Non()

Si oui, les avez-vous arrêtés à cause de votre grossesse Oui() Non()

Encerclez le risque obstétrique si connu :

Non 1 2 3

Adresse :

Date naissance de la mère : _____ Date prévue naissance _____ H.C. _____

1-CUESTIONARIO DE SELECCIÓN (Detección precoz de DP)

Fecha probable de parto -----
 N° de teléfono (dos o tres) -----
 Fecha de realización -----
 Hospital -----

0. Fecha de nacimiento D(----) M(----) A(19-----) Edad----- [cód.:]
 1. Semana de gestación _____

2. Gestación (.....) ♣Paridad, hijos nacidos (-----) []
 (♣La paridad se refiere aquí al momento actual, por lo tanto el niño que va a nacer **no** cuenta)

3. Origen de la mujer (nacionalidad de nacimiento)..... (0/1/2)

4. Nivel de formación (poner un 1 sí se ha terminado la formación indicada, un 2 sí está en curso o no se terminó, un 0 sí la respuesta no concierne. Varias respuestas son posibles. No dejar nada sin respuesta)

Estudios elementales (primarios o equivalente)	0 (--)
Graduado escolar o su equivalente	1 (--)
Formación en la empresa	2 (--)
B.U.P. o su equivalente	3 (--)
Formación profesional	4 (--)
Diploma	5 (--)
Estudios superiores, universitarios	6 (--)

4.1 Nivel económico (Marcar con una cruz lo que proceda)

Su pareja trabaja de forma regular	(---)1	en qué -----
Su pareja solo trabaja temporalmente	(---)2	
Su pareja no trabaja y no cobra desempleo	(---)3	
Su pareja no trabaja pero cobra subsidio	(---)4	
Ella trabaja de forma regular	(---)1	en -----
Ella trabaja temporalmente	(---)2	
Ella se dedica solo a su casa	(---)3	
Ella cobra pensión o desempleo	(---)4	

4.3 Actualmente, ¿ le causa preocupación su economía familiar? :

No (---)0 Algunas veces (---)1 Con frecuencia (---)2 Me preocupa mucho (---)3
 Comentarios si hay -----

Sólo procede si es primipara:

5. Desde que está embarazada, las relaciones con su madre son:

(Redondear con un círculo la respuesta que proceda. Solamente una respuesta es válida)

Más cálidas (=1); más difíciles (=2); ha habido ruptura (=3); sin cambios (=0); no hay madre porque falleció o porque se separaron definitivamente (=3) []

Questionnaire 2: EPDS

Voici les dernières questions avec leurs réponses possibles. Nous vous proposons de choisir la réponse qui se rapproche le plus de vos sentiments durant ces 7 derniers jours et non pas seulement aujourd'hui. Veuillez s'il vous plaît entourer le chiffre qui correspond à votre réponse.

Durant ces 7 derniers jours:

1. J'ai été capable de rire et de voir les aspects amusants des choses (----)
 - 0 aussi souvent que d'habitude
 - 1 un peu moins que d'habitude
 - 2 beaucoup moins que d'habitude
 - 3 as du tout

2. Je me suis réjoui par rapport à diverses choses (----)
 - 0 autant que d'habitude
 - 1 moins que d'habitude
 - 2 nettement moins que d'habitude
 - 3 pas du tout

3. Je me suis fait inutilement des reproches lorsque les choses allaient mal (----)
 - 0 non, jamais
 - 1 rarement
 - 2 oui, parfois
 - 3 oui, très souvent

4. J'ai été anxieuse ou en souci sans raison véritable (----)
 - 0 non, jamais
 - 1 rarement
 - 2 oui, parfois
 - 3 oui, très souvent

5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans raison véritable (----)
 - 0 non, pas du tout
 - 1 non, pas souvent
 - 2 oui, parfois
 - 3 oui, très souvent

6. Des choses me sont tombées dessus (----)
 - 0 non, j'ai fait face aussi bien que d'habitude
 - 1 non, la plupart du temps j'ai fait face assez bien
 - 2 oui, parfois je n'ai pas pu faire face aussi bien que d'habitude
 - 3 oui, la plupart du temps je n'ai pas du tout pu faire face

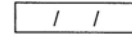
7. J'ai été tellement malheureuse que j'ai eu des difficultés à dormir (----)
 - 0 non, pas du tout
 - 1 rarement
 - 2 oui, parfois
 - 3 oui, très souvent

8. Je me suis sentie triste et abattue (----)
 - 0 non, jamais
 - 1 rarement
 - 2 oui, parfois
 - 3 oui, très souvent

9. J'ai été tellement malheureuse que j'ai pleuré (----)
 - 0 non, jamais
 - 1 seulement de temps en temps
 - 2 oui, assez souvent
 - 3 oui, la plupart du temps

10. J'ai été tellement triste que j'ai pensé que cela ne valait pas la peine de vivre; l'idée d'en finir avec ma vie m'a traversé l'esprit (----)
 - 0 jamais
 - 1 rarement
 - 2 parfois
 - 3 oui, assez souvent

Somme (----)



EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale; J.L. Cox et al, 1987. Validación española Ll. Garcia Esteve, C. Ascaso, J. Ojuel, P. Navarro, J. Aguado).

CONTROL PUERPERAL : Como usted ha tenido un bebé recientemente, nos gustaría conocer cómo se siente ahora. Por favor, **SUBRAYE** la respuesta que encuentre más adecuada a cómo se ha sentido durante la semana pasada

EN LOS PASADOS 7 DIAS:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas

Igual que siempre
Ahora, no tanto como siempre
Ahora, mucho menos
No, nada en absoluto

2. He mirado las cosas con ilusión

Igual que siempre
Algo menos de lo que es habitual en mí
Bastante menos de lo que es habitual en mí
Mucho menos que antes

3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal

Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, a veces
No muy a menudo
No en ningún momento

4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo

No, en ningún momento
Casi nunca
Sí, algunas veces
Sí con mucha frecuencia

5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo

Sí, bastante
Sí, a veces
No, no mucho
No, en absoluto

6. Las cosas me han agobiado

Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, a veces
No muy a menudo
No en ningún momento

8. Me he sentido triste o desgraciada

Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, bastante a menudo
No con mucha frecuencia
No, en ningún momento

9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

Sí, la mayor parte del tiempo
Sí, bastante a menudo
Sólo en alguna ocasión
No, en ningún momento

10. He tenido pensamientos de hacerme daño

Sí, bastante a menudo
A veces
Casi nunca
En ningún momento



Version espagnole de l'EPDS

Questionnaire 3 : (FEMME) ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre qui correspond à votre réponse. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. **Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants:**

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois d'accord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial	5	4	3	2	1	0
2. Le domaine des sports et de la récréation	5	4	3	2	1	0
3. Les questions religieuses	5	4	3	2	1	0
4. Les manifestations d'affection	5	4	3	2	1	0
5. Les amis	5	4	3	2	1	0
6. Les relations sexuelles	5	4	3	2	1	0
7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)	5	4	3	2	1	0
8. La façon de voir la vie	5	4	3	2	1	0
9. Les relations avec les parents et les beaux-parents	5	4	3	2	1	0
10. Les buts, objectifs et choses jugées importantes	5	4	3	2	1	0
11. La quantité de temps passé ensemble	5	4	3	2	1	0
12. La manière de prendre des décisions importantes	5	4	3	2	1	0
13. Les tâches à faire à la maison	5	4	3	2	1	0
14. Les intérêts de loisir et les activités de détente	5	4	3	2	1	0

15. Les décisions concernant le travail (métier/ profession/ carrière)	5	4	3	2	1	0
		La plupart du temps	Plus souvent qu'autrement	Occasionnellement	Rarement	Jamais
16. Est-ce qu'il vous arrive ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	0	1	2	3	4	5
17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage?	0	1	2	3	4	5
18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble)?	0	1	2	3	4	5
21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire?	0	1	2	3	4	5
22. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs?	0	1	2	3	4	5
		Tous les jours	Presque chaque jour	A l'occasion	Rarement	Jamais
23. Embrassez-vous votre partenaire?	4	3	2	1	0	

	Dans tous	Dans la majorité	Dans quelques-uns	Dans très peu	Dans aucun
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	4	3	2	1	0

D'après vous, combien de fois les événements suivants se produisent-ils?

	Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux?	0	1	2	3	4	5
26. Rire ensemble?	0	1	2	3	4	5
27. Discuter calmement de quelque chose?	0	1	2	3	4	5
28. Travailler ensemble sur quelque chose?	0	1	2	3	4	5

Les couples ne sont pas toujours d'accord. **Indiquez si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinions ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines.** (Cochez oui ou non).

- | | Oui | Non | |
|-----|---|-----|--|
| 29. | 0 | 1 | Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles. |
| 30. | 0 | 1 | Ne pas manifester son amour. |
| 31. | Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. Entourez le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple. | | |

Extrêmement malheureux	Assez malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
0	1	2	3	4	5	6

32. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation?** (Choisissez une seule réponse en entourant le chiffre correspondant.)
- 5 Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour que ça arrive.
- 4 Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise.

- 3 Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise.
- 2 Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver.
- 1 Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation.
- 0 Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir.

© Spanier (1976). Adaptation Baillargeon, Dubois, & Marineau (1986).

(HOMME) ÉCHELLE D'AJUSTEMENT DYADIQUE

Ce questionnaire s'intéresse à votre perception de votre vie de couple. Il s'agit donc de votre opinion personnelle. Ne soyez pas préoccupé(e) de ce que peut ou pourrait répondre votre partenaire. Pour chaque question, indiquez votre réponse en encerclant le chiffre qui correspond à votre réponse. Assurez-vous de répondre à toutes les questions.

La plupart des gens rencontrent des problèmes dans leurs relations. **Indiquez dans quelle mesure vous et votre partenaire êtes en accord ou en désaccord sur chacun des points suivants:**

	Toujours d'accord	Presque toujours d'accord	Parfois d'accord	Souvent en désaccord	Presque toujours en désaccord	Toujours en désaccord
1. Le budget familial	5	4	3	2	1	0
2. Le domaine des sports et de la récréation	5	4	3	2	1	0
3. Les questions religieuses	5	4	3	2	1	0
4. Les manifestations d'affection	5	4	3	2	1	0
5. Les amis	5	4	3	2	1	0
6. Les relations sexuelles	5	4	3	2	1	0
7. Les conventions sociales (se comporter de façon correcte et appropriée)	5	4	3	2	1	0
8. La façon de voir la vie	5	4	3	2	1	0
9. Les relations avec les parents et les beaux-parents	5	4	3	2	1	0
10. Les buts, objectifs et choses jugées importantes	5	4	3	2	1	0
11. La quantité de temps passé ensemble	5	4	3	2	1	0
12. La manière de prendre des décisions importantes	5	4	3	2	1	0
13. Les tâches à faire à la maison	5	4	3	2	1	0
14. Les intérêts de loisir et les activités de détente	5	4	3	2	1	0
15. Les décisions concernant le travail (métier/ profession/ carrière)	5	4	3	2	1	0

	Toujours	La plupart du temps	Plus souvent qu'autre- ment	Occasion- nellement	Rarement	Jamais
16. Est-ce qu'il vous arrive ou est-ce qu'il vous est déjà arrivé d'envisager un divorce, une séparation ou de mettre fin à votre relation actuelle?	0	1	2	3	4	5
17. Combien de fois arrive-t-il, à vous ou à votre partenaire, de quitter la maison après une chicane de ménage?	0	1	2	3	4	5
18. De façon générale, pouvez-vous dire que les choses vont bien entre vous et votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
19. Vous confiez-vous à votre partenaire?	5	4	3	2	1	0
20. Avez-vous déjà regretté de vous être mariés (ou de vivre ensemble)?	0	1	2	3	4	5
21. Combien de fois vous arrive-t-il de vous disputer avec votre partenaire?	0	1	2	3	4	5
22. Combien de fois vous arrive-t-il, vous et votre partenaire, de vous taper sur les nerfs?	0	1	2	3	4	5
	Tous les jours	Presque chaque jour	A l'occasion	Rarement	Jamais	
23. Embrassez-vous votre partenaire?	4	3	2	1	0	
	Dans tous	Dans la majorité	Dans quelques- uns	Dans très peu	Dans aucun	
24. Partagez-vous ensemble des intérêts extérieurs à la maison?	4	3	2	1	0	

D'après vous, combien de fois les événements suivants se produisent-ils?

	Jamais	Moins qu'une fois par mois	Une ou deux fois par mois	Une ou deux fois par semaine	Une fois par jour	Plus souvent
25. Avoir un échange d'idées stimulant entre vous deux?	0	1	2	3	4	5
26. Rire ensemble?	0	1	2	3	4	5
27. Discuter calmement de quelque chose?	0	1	2	3	4	5
28. Travailler ensemble sur quelque chose?	0	1	2	3	4	5

Les couples ne sont pas toujours d'accord. **Indiquez si les situations suivantes ont provoqué des différences d'opinions ou des problèmes dans votre relation au cours des dernières semaines.** (Cochez oui ou non).

- | | Oui | Non | |
|-----|-----|-----|--|
| 29. | 0 | 1 | Être trop fatigué(e) pour avoir des relations sexuelles. |
| 30. | 0 | 1 | Ne pas manifester son amour. |

31. Les cases sur la ligne suivante correspondent à différents degrés de bonheur dans votre relation. La case centrale "heureux" correspond au degré de bonheur retrouvé dans la plupart des relations. **Entourez le chiffre qui correspond le mieux au degré de bonheur de votre couple.**

Extrêmement malheureux	Assez malheureux	Un peu malheureux	Heureux	Très heureux	Extrêmement heureux	Parfaitement heureux
0	1	2	3	4	5	6

32. **Lequel des énoncés suivants décrit le mieux ce que vous ressentez face à l'avenir de votre relation?** (Choisissez une seule réponse en entourant le chiffre correspondant.)

- 5 Je désire désespérément que ma relation réussisse et je ferais presque n'importe quoi pour que ça arrive.
- 4 Je désire énormément que ma relation réussisse et je ferai tout ce qui est en mon pouvoir pour que cela se réalise.
- 3 Je désire énormément que ma relation réussisse et je vais faire ma juste part pour que cela se réalise.
- 2 Ce serait bien si ma relation réussissait mais je ne peux pas faire beaucoup plus que ce que je fais maintenant pour y arriver.
- 1 Ce serait bien si cela réussissait mais je refuse de faire davantage que ce que je fais maintenant pour maintenir cette relation.
- 0 Ma relation ne pourra jamais réussir et je ne peux rien faire de plus pour la maintenir.

DAS (Escala d'Ajustament Diàdic)

N.Història:.....

Sexe: M F

La majoria de persones tenen desavinences en la seva relació. Si us plau, indiqueu el grau aproximat d'acord o desacord entre vostè i la seva parella en cadascun dels temes següents:

	Sempre d'acord	Gairebé sempre d'acord	A vegades en desacord	Desacord freqüent	Gairebé sempre en desacord	Sempre en desacord
1. Administració de l'economia familiar	5	4	3	2	1	0
2. Temes d'esbarjo	5	4	3	2	1	0
3. Temes religiosos	5	4	3	2	1	0
4. Demostracions d'afecte	5	4	3	2	1	0
5. Amics	5	4	3	2	1	0
6. Relacions sexuals	5	4	3	2	1	0
7. Convencionalismes (mostres d'educació)	5	4	3	2	1	0
8. Filosofia de la vida	5	4	3	2	1	0
9. Manera de tractar familiars propers	5	4	3	2	1	0
10. Objectius, propòsits i coses considerats importants	5	4	3	2	1	0
11. Quantitat de temps passat junts	5	4	3	2	1	0
12. Presa de decisions importants	5	4	3	2	1	0
13. Feines de la casa	5	4	3	2	1	0
14. Interessos i activitats de temps lliure	5	4	3	2	1	0
15. Decisions professionals	5	4	3	2	1	0

	Sempre	Gairebé sempre	Sovint	A vegades	Rarament	Mai
16. Amb quina freqüència han considerat el divorci, la separació o trencar definitivament la relació?	0	1	2	3	4	5
17. Amb quina freqüència vostè o la seva parella se'n va de casa després d'una discussió?	0	1	2	3	4	5
18. En general, amb quina freqüència pensa que les coses entre vostè i la seva parella van bé?	5	4	3	2	1	0
19. Confia en la seva parella?	5	4	3	2	1	0
20. Mai no es penedeix d'haver-se casat (o de viure plegats)?	0	1	2	3	4	5
21. Amb quina freqüència vostè i la seva parella discuteixen?	0	1	2	3	4	5
22. Amb quina freqüència vostè i la seva parella acaben perdent el control?	0	1	2	3	4	5

Amb quina freqüència diria que passen les següents situacions entre vostè i la seva parella?

	Mai	Menys d'un cop al mes	Un o dos cops al mes	Un o dos cops per setmana	Un cop al dia	Més sovint
25. Tenen un intercanvi estimulant d'idees	0	1	2	3	4	5
26. Riuen plegats	0	1	2	3	4	5
27. Dialoguen amb tranquil·litat	0	1	2	3	4	5
28. Treballen plegats en algun projecte	0	1	2	3	4	5

Aquestes són qüestions en les quals les parelles a vegades estan d'acord i a vegades en desacord durant la seva relació. Indiqui si qualsevol dels temes següents va ser motiu de discussió o va generar problemes en la seva relació durant les últimes setmanes (Contesti SI o NO).

	SI	No
29. Estar massa cansat per tenir relacions sexuals	0	1
30. No donar mostres d'afece	0	1

Els punts de la següent línia representen diferents graus de felicitat en la seva relació. El punt mig "Feliç" representa el grau de felicitat de la majoria de relacions. Si us plau, encercleu el punt que millor representi el grau de felicitat, considerant tots els aspectes, de la vostra relació.

	Extremadament infeliç	Força infeliç	Una mica infeliç	Feliç	Molt feliç	Totalment feliç	Perfecte
	0	1	2	3	4	5	6
31.							

32. Quina de les següents frases descriu millor el que sent sobre el futur de la seva relació?

- 5 Desitjo desesperadament que la meva relació tingui èxit, i faria gairebé l'impossible per aconseguir-ho
- 4 Desitjo molt que la meva relació tingui èxit, i faré tot el que pugui per aconseguir-ho
- 3 Desitjo molt que la meva relació tingui èxit, i faré el que correspongui per aconseguir-ho
- 2 Seria bonic que la meva relació tingui èxit, però no puc fer res més del que ja estic fent per mantenir la relació
- 1 Seria bonic que la meva relació tingui èxit, però refuso fer res més del que ja estic fent per mantenir la relació
- 0 La meva relació mai no funcionarà, i no hi ha res més que jo pugui fer per mantenir-la

Traduïda al català: S. Pérez i Testor, I. Corbera, C. Costas, I. Leonart, M. Guixèr, E. Trepal i Ch. Simmons.
Aquesta escala, impresa amb permís de l'autor, procedeix de: Spanier G. B. (1976). "The Dyadic Adjustment Scale by Spanier". *Journal of Marriage and the Family*, 38:15-28.

Appendix

Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire

HERE IS A LIST OF SOME THINGS THAT OTHER PEOPLE DO FOR US OR GIVE US THAT MAY BE HELPFUL OR SUPPORTIVE. PLEASE READ EACH STATEMENT CAREFULLY AND PLACE A CHECK (✓) IN THE BLANK THAT IS CLOSEST TO YOUR SITUATION.

HERE IS AN EXAMPLE:	As much as	Much less
I get . . .	I would like	than I
enough vacation time	_____ ✓ _____	would like

If you put a check where we have, it means that you get almost as much vacation time as you would like, but not quite as much as you would like.

ANSWER EACH ITEM AS BEST YOU CAN. THERE ARE NO RIGHT OR WRONG ANSWERS.

I get . . .	As much as I would like	Much less than I would like
1.* visits with friends and relatives	_____	_____
2.* help around the house	_____	_____
3.* help with money in an emergency	_____	_____
4.* praise for a good job	_____	_____
5. people who care what happens to me	_____	_____
6. love and affection	_____	_____
7.* telephone calls from people I know	_____	_____
8. chances to talk to someone about problems at work or with my housework	_____	_____
9. chances to talk to someone I trust about my personal and family problems	_____	_____

* Items deleted from final questionnaire.

QUESTIONNAIRE DE SOUTIEN SOCIAL (FSSQ)

N° de code	Date de naissance	Terme théorique	N° d'histoire
------------	-------------------	-----------------	---------------

Recevez-vous des visites de votre famille?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Avez-vous des personnes aidantes pour les tâches ménagères ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Recevez-vous des éloges, des remerciements, des félicitations lorsque votre tâche est faite ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Pouvez-vous compter sur quelqu'un pour s'occuper de vos problèmes?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Recevez-vous de l'amour et de l'affection ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos problèmes au travail ou à la maison ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos problèmes personnels et familiaux ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Avez-vous quelqu'un à qui parler de vos problèmes d'argent?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Recevez vous des invitations pour sortir ou vous distraire ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Pouvez-vous compter sur quelqu'un qui vous conseille pour les choses importantes de votre vie?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

Êtes-vous aidée si vous êtes malade au lit ?

à volonté oui un peu seulement fort peu Beaucoup moins que je ne le voudrais

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL:

Nº de código	Fecha nacimiento	Fecha probable parto	Nº Historia
_____	_____	_____	_____

¿Recibes visitas de amigos y familiares?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes ayuda para las tareas de la casa?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes elogios, reconocimiento, felicitaciones cuando haces bien tu trabajo diario?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Puedes contar con personas que se preocupan de lo que te sucede?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes amor y afecto?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Puedes hablar con alguien de tus problemas acerca de tu trabajo o la casa?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Puedes hablar con alguien de tus problemas personales y familiares?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Puedes hablar con alguien de tus problemas económicos?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes invitaciones de otras personas para salir y distraerte?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes consejos útiles de alguien en relación a cosas importantes en tu vida?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

¿Recibes ayuda cuando estás enferma en la cama?

Tanto como deseo si solo un poco apenas Mucho menos de lo que deseo

quiera de estas fuentes puede proporcionar apoyo material, comunicacional-informativo o emocional.

Descripción

La escala Duke-UNC, modificada por Broadhead, es un cuestionario de autoevaluación formado por 11 ítems que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades, facilidades para la relación social y para comunicarse de forma empática y emotiva. En general, los ítems del cuestionario recogen valores referidos a dos dimensiones del apoyo social funcional, esto es, al confidencial y al afectivo. Cada uno de estos aspectos se evalúa mediante una escala Likert con valores de 1 a 5. La versión española del cuestionario se muestra en la tabla 4.1.

Aunque el cuestionario podría ser autoadministrado, en el estudio de validación realizado con el cuestionario en español, éste fue administrado de forma dirigida y personal por los profesionales sanitarios.

TABLA 4.1. Cuestionario de Apoyo Social Funcional DUKE-UNK

	<i>Tanto como deseo</i>	<i>Mucho menos de lo que deseo</i>
1. Recibo visitas de mis amigos y familiares	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
3. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
5. Recibo amor y afecto	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o en la casa	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida	/ _ / _ / _ / _ / _ /	
11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama	/ _ / _ / _ / _ / _ /	

Questionnaire 5 : stress (version originale)

214

THOMAS H. HOLMES and RICHARD H. RAHE

TABLE 1. SOCIAL READJUSTMENT RATING QUESTIONNAIRE

Events	Values
1. Marriage	500
2. Troubles with the boss	—
3. Detention in jail or other institution	—
4. Death of spouse	—
5. Major change in sleeping habits (a lot more or a lot less sleep, or change in part of day when asleep)	—
6. Death of a close family member	—
7. Major change in eating habits (a lot more or a lot less food intake, or very different meal hours or surroundings)	—
8. Foreclosure on a mortgage or loan	—
9. Revision of personal habits (dress, manners, associations, etc.)	—
10. Death of a close friend	—
11. Minor violations of the law (e.g. traffic tickets, jay walking, disturbing the peace, etc)	—
12. Outstanding personal achievement	—
13. Pregnancy	—
14. Major change in the health or behavior of a family member	—
15. Sexual difficulties	—
16. In-law troubles	—
17. Major change in number of family get-togethers (e.g. a lot more or a lot less than usual)	—
18. Major change in financial state (e.g. a lot worse off or a lot better off than usual)	—
19. Gaining a new family member (e.g. through birth, adoption, oldster moving in etc.)	—
20. Change in residence	—
21. Son or daughter leaving home (e.g. marriage, attending college, etc.)	—
22. Marital separation from mate	—
23. Major change in church activities (e.g. a lot more or a lot less than usual)	—
24. Marital reconciliation with mate	—
25. Being fired from work	—
26. Divorce	—
27. Changing to a different line of work	—
28. Major change in the number of arguments with spouse (e.g. either a lot more or a lot less than usual regarding childrearing, personal habits, etc.)	—
29. Major change in responsibilities at work (e.g. promotion, demotion, lateral transfer)	—
30. Wife beginning or ceasing work outside the home	—
31. Major change in working hours or conditions	—
32. Major change in usual type and/or amount of recreation	—
33. Taking on a mortgage greater than \$10,000 (e.g. purchasing a home, business, etc.)	—
34. Taking on a mortgage or loan less than \$10,000 (e.g. purchasing a car, TV, freezer, etc.)	—
35. Major personal injury or illness	—
36. Major business readjustment (e.g. merger, reorganization, bankruptcy, etc.)	—
37. Major change in social activities (e.g. clubs, dancing, movies, visiting, etc.)	—
38. Major change in living conditions (e.g. building a new home, remodeling, deterioration of home or neighborhood)	—
39. Retirement from work	—
40. Vacation	—
41. Christmas	—
42. Changing to a new school	—
43. Beginning or ceasing formal schooling	—

Questionnaire de stress (adaptation espagnole de l'échelle du niveau de stress de Holmes et Rahe, 1967)

	PUNTUACIÓN	
1. MUERTE DE LA PAREJA	100	
2. DIVORCIO	60	
3. MENOPAUSIA	60	
4. SEPARACIÓN DE LA PAREJA	60	
5. ENCARCELAMIENTO	60	
6. MUERTE DE UN PARIENTE CERCANO	60	
7. ENFERMEDAD O INCAPACIDAD	45	
8. MATRIMONIO	45	
9. DESPIDO DEL EMPLEO	45	
10. RECONCILIACIÓN DE LA PAREJA	40	
11. RETIRO	40	
12. CAMBIO DE SALUD EN PARIENTE CERCANO	40	
13. TRABAJAR MAS DE 40 HORAS POR SEMANA	35	
14. EMBARAZO	35	
15. PROBLEMAS SEXUALES	35	
16. LLEGADA DE UN NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA	35	
17. CAMBIO DE ROL EN EL TRABAJO	35	
18. CAMBIO EN EL ESTADO FINANCIERO	35	
19. MUERTE DE UN AMIGO (NO MIEMBRO DE LA FAMILIA)	30	
20. CAMBIO EN EL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	30	
21. HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25	
22. PROBLEMAS CON HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25	
23. DORMIR MENOS DE 8 HORAS	25	
24. CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	25	
25. PROBLEMAS CON LA FAMILIA POLÍTICA O HIJOS	25	
26. LOGRO PERSONAL SOBRESALIENTE	25	
27. LA PAREJA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	20	
28. COMENZAR O TERMINAR LA ESCUELA	20	
29. CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE VIDA (Remodelación, visitas, etc...)	20	
30. CAMBIO EN HABITOS PERSONALES	20	
31. ALERGIA CRÓNICA	20	
32. PROBLEMAS CON EL JEFE	20	
33. CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABJO	15	
34. CAMBIO DE RESIDENCIA	15	
35. SÍNDROME PRE-MENSTRUAL	15	
36. CAMBIO DE ESCUELA	15	
37. CAMBIO DE ACTIVIDAD RELIGIOSA	15	
38. CAMBIO EN ACTIVIDADES SOCIALES	15	
39. PRÉSTAMO MENOR	10	
40. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE REUNIONES FAMILIARES	10	
41. ÉPOCA DE VACACIONES NANIVEÑAS	10	
42. INFRACCIÓN MENOR DE LA LEY	10	
43. VACACIONES	10	
PUNTUACIÓN TOTAL		

*Adaptada de la escala de reajuste social de Holmes y Rahe (1967)

QUESTIONNAIRE POUR MESURER LE NIVEAU DE STRESS

Vous lirez ensuite une série de situation qui, quand elles se produisent, altèrent l'état habituel des personnes. SVP jetez un coup d'oeil circulaire sur tous les évènements qui ont pu vous arriver pendant les derniers 6 mois et qui sont inscrits ci-après :

- | | |
|--|--|
| 1. décès du conjoint, | 26. changement d'emploi dans un poste identique, |
| 2. Separation | 27. changement d'emploi dans un poste différent, |
| 3. Divorce, | 28. changement d'horaires de travail, |
| 4. Mariage, | 29. augmentation du revenu financier |
| 5. Reconciliation, | 30. diminution des revenus financiers |
| 6. rupture de fiançailles, | 31. problème légal grave avec risque d'emprisonnement, |
| 7. vous ne désiriez pas cette grossesse, | 32. problème légal mineur ou moins grave |
| 8. votre conjoint ne désirait pas cette grossesse, | 33. problème suite à une rixe, |
| 9. relation sexuelle hors du couple, | 34. maladie ou accident nécessitant l'alitement |
| 10. Rupture de relation sexuelle hors du couple, | 35. décès d'un ami, |
| 11. difficultés sexuelles, | 36. déménagement |
| 12. difficultés dans l'éducation des enfants, | 37. achat d'une maison, |
| 13. enfants en garde chez d'autres personnes, | 38. changement des habitudes, |
| 14. décès d'un proche, | 39. changement d'opinions ou de croyances, |
| 15. maladie d'un proche, | 40. changement d'habitudes sociales, |
| 15. entrée d'un nouveau membre dans la famille, | 41. changement de rithme de sommeil, |
| 16. un membre de la famille est parti de la maison, | 42. changement d'habitudes alimentaires, |
| 17. séparation des parents, | 43. vacances hors du foyer, |
| 18. problèmes avec des voisins ou avec des parents qui ne vivent pas dans la maison, | |
| 19. périodes d'éloignement du foyer, | |
| 20. enfants loin du foyer, | |
| 21. se retrouver sans travail, | |
| 22. arrêt de travail, retraite ou chômage, | |
| 23. mise à la porte (au travail), | |
| 24. avancement, amélioration au travail, | |
| 25. problèmes avec les supérieurs au travail, | |
-

Questionnaire de satisfaction du programme prénatal

Évaluation des sessions de préparation à la naissance

Chers parents,

Ce questionnaire fait partie de la dernière étape du suivi de naissance que nous avons partagé. Nous vous remercions de votre participation à l'étude. Nous aimerions savoir si les séances prénatales que vous avez effectuées vous ont aidé et dans quelle mesure ces séances sont efficaces. Pour cette raison nous vous demandons de répondre aux questions qui suivent. Vous pouvez répondre ensemble ou bien, si vous le souhaitez vous pouvez remplir deux questionnaires, un pour chaque parent et, ensuite vous pouvez partager vos réponses ensemble. Nous souhaitons que vos réponses et commentaires puissent nous permettre d'avancer dans les connaissances sur le vécu des parents, et des services de santé à organiser autour de la naissance.

Vos commentaires et suggestions sont très appréciés. Nous vous remercions beaucoup de votre collaboration et nous vous rappelons qu'il est très important de répondre à toutes les questions. Avec nos salutations les plus sincères,

Les sessions de préparation à la naissance...

- 1) Vous ont-elles permis de comprendre mieux **les symptômes** apparus pendant la grossesse ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 2) Vous ont-elles permis de clarifier **les informations** provenant d'autres personnes concernant la grossesse ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 3) Lors des séances de groupe, **le partage avec autres couples** vous a permis de clarifier les informations concernant l'accouchement ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 4) Est-ce que **les dessins effectués au tableau** vous ont permis de mieux comprendre les informations ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 5) Est-ce que **la vidéo d'une naissance** vous a permis de mieux comprendre le comportement pendant l'accouchement ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 6) Croyez-vous que les séances de préparation vous ont aidé à **corriger des idées o des informations** fausses concernant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 7) En général, les séances de préparation vous ont-elles **répondu à vos questions** ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 8) Vous considérez que à la fin de ces séances vous **exprimez mieux des sentiments difficiles** telles que la tristesse, la déception, la rage ou la culpabilité ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 9) Est-ce que les séances vous ont aidé à **diminuer le sentiment de solitude** grâce au partage en groupe ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 10) Est-ce que le fait de participer aux séances vous a aidé à **améliorer la communication**, ou partager plus souvent des sentiments ou émotions **en couple** ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 11) Est-ce que les séances vous ont permis **d'exprimer mieux vos besoins** (soutien moral, affectif, soutien pour effectuer des tâches ou pour soigner le bébé) ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours
- 12) Croyez vous que les séances vous ont motivé à **communiquer plus avec le bébé** ?
 Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

13) Croyez vous que les séances vous ont aidé à **identifier mieux votre nouveau rôle** ?
Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

14) Croyez vous que les séances ont contribué positivement à **la décision d'allaiter** ?
Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

15) Est-ce que les séances vous ont motivé à **chercher de l'aide** pour vous ou le bébé ?
Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

16) Est-ce que les séances vous ont aidé à **demandeur plus de soutien** pour vous ou pour votre bébé ?
Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

17) Est-ce que vous pensez **recommander ces séances** à d'autres couples ou amis ?
Non, pas du tout Juste un peu Oui, souvent Oui, toujours

18) Pouvez vous expliquer brièvement les aspects que vous n'avez pas aimé des séances

19) Pouvez vous expliquer brièvement les aspects que vous avez plus apprécié des séances ?

20) Avez-vous des commentaires ou suggestions pour les séances de préparation

Questionnaire postnatal

Âge de la mère:

Nom du bébé :-----

Âge du père:

Poids du bébé à la naissance:-----

Antécédents maternels:

Avez-vous eu : des bébés prématurés Bébés de petit poids à la naissance

Votre poids immédiatement avant cette grossesse était : bas poids supérieur

Consommez-vous des cigarettes d'habitude? Non Oui Combien par jour? ____

Vous avez diminué les cigarettes pendant la grossesse? Oui Non

Spécifier _____

Pendant la grossesse:

Le père de l'enfant vous a accompagnée aux visites médicales? Oui Non

Est-ce que vous avez vu au moins une échographie ensemble? Oui Non

Le père de l'enfant a participé avec vous aux groupes prénataux? Oui Non

Après la naissance du bébé:

Est-ce que le père de l'enfant vous accompagne aux visites médicales? Oui Non

Vous partagez les tâches ménagères avec votre conjoint ? Oui Non

Vous cherchez autres types d'aide pour le soin du bébé ou pour le ménage Oui Non

Vous et votre conjoint, prenez vous le temps pour parler ? Oui Non

Conditions de la naissance:

Naissance à terme Le bébé est né prématuré

L'accouchement a été naturel physiologique Par césarienne

L'accouchement s'est produit avec difficultés Quelles difficultés

Le bébé est né en bonne santé Oui Non

Si votre bébé est né avec problèmes de santé, s.v.p. les expliquer

Le père du bébé était présent à l'accouchement Oui No

Votre expérience de la naissance était positive : Oui No

Avez-vous des difficultés importantes dans votre relation de couple : Oui No

Vous vous êtes séparés pendant la grossesse ou après la naissance : Oui No

Santé de la mère après la naissance:

Fatigue intense hypotension artérielle hypertension artérielle

fièvres irritabilité anxiété mal au dos Insomnie

Du mal être non spécifique (vous vous sentez mal mais vous ne savez pas comment le décrire)

Dans quelle semaine postnatale vous répondez à toutes ces questions n° -----

CUESTIONARIO POSTPARTO

Edad de la madre: _____ **Nombre del bebé :-----**

Edad del padre: _____ **Peso del bebe al nacer:.....**

Antecedentes maternos:

Bebés prematuros _____ Bebés de bajo peso al nacer _____
 Antes del embarazo, su peso era bajo _____ Tenia sobrepeso _____
 Madre fumadora ¿cuántos cigarrillos? _____ Disminuyó durante embarazo? Si No
 Especificar _____

Durante el embarazo:

Acompañamiento del papa en las visitas médicas, asistenciales Si No
 Vieron juntos alguna ecografía Si No
 Participación del padre en los grupos de preparación al nacimiento Si No

Después del nacimiento del bebé:

Acompañamiento del papa en las visitas médicas, asistenciales Si No
 Vd. y el papa del bebé, reparten tareas domésticas Si No
 Buscan otras ayudas para las tareas Si No
 Vd. y su pareja, toman tiempo para conversar Si No

Nacimiento:

A término Prematuro
 Natural fisiológico Si Cesárea
 Con dificultades Explicar.....
 Bebé nació sano Si No
 ¿Bebé nació con problemas de salud? Explicar.....
 Padre participó en el nacimiento Si No
 La experiencia del nacimiento, ¿fue positiva para Vd. ? : Si No
 ¿Tiene Vd. problemas importantes en su relación de pareja? : Si No
 Ha habido separación de la pareja durante el embarazo o tras el parto? Si No

Salud de la madre:

cansancio hipotensión hipertensión fiebres irritabilidad insomnio
 malestar inespecífico (se siente mal y no sabe cómo definirlo) ansiedad

Semana del postparto en que responde estas preguntas -----

Annexe 8

Lettre aux mères pour accompagner l'envoi des questionnaires

HÔPITAL DE BÉZIERS

Étude longitudinale : de l'entrevue de grossesse (vos premières échographies) au premier trimestre postnatal.

Responsable de l'étude: Assumpta Ortiz, infirmière diplômée en santé mentale et candidate au doctorat.

Sage femme responsable : Aline Ferrini

Béziers, 2003 - 2005

Chère maman,

Ainsi que nous avons expliqué lors de notre première entrevue à l'hôpital de Béziers, nous reprenons à nouveau le contact. Cette fois-ci, nous voulons juste savoir que tout va bien pour vous. C'est à ce sujet que nous vous envoyons ci-joint cinq questionnaires pour mieux connaître la situation des mamans suite à la naissance. Nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions et nous renvoyer s.v.p. le tout complété dans l'enveloppe cachetée. On profite de l'occasion pour vous souhaiter une belle maternité.

Nous voulons vous remercier de votre collaboration et de votre disponibilité pour compléter les questionnaires. À cet égard, nous espérons que cette trousse pour le bébé que nous joignons au colis soit de votre goût. Avec gratitude,

Aline Ferrini, sage femme

Service de maternité de l'hôpital de Béziers

Assumpta Ortiz

Responsable de l'étude